

ФЕДЕРАЛЬНОЕ СОБРАНИЕ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ДУМА

Материалы парламентских слушаний
и «круглых столов», проведенных
Комитетом Государственной Думы
по охране здоровья

*Осенняя сессия 2012 года,
весенняя сессия 2013 года*

Издание Государственной Думы
Москва • 2013

УДК 328.124:614
ББК 66.3 (2Рос)
М 34

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

Составители:

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

Материалы парламентских слушаний и «круглых столов», проведенных Комитетом Государственной Думы по охране здоровья: Осенняя сессия 2012 года, весенняя сессия 2013 года. – М.: Издание Государственной Думы (электронное), 2013. – 330 с.

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

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

УДК 328.124:614
ББК 66.3 (2Рос)

© Аппарат Государственной Думы, 2013

**Материалы парламентских слушаний
на тему «Законодательное регулирование исчисления
времени на территории Российской Федерации»**

СТЕНОГРАММА
парламентских слушаний

*Здание Государственной Думы. Зал 830.
27 сентября 2012 года.*

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

Председательствующий. Мы с вами, большинство здесь присутствует, провели два «круглых стола» на эту тему, начиная с февраля 2012 года. Работал постоянный экспертный совет. Так что мы можем сказать, что более полугода мы достаточно интенсивно занимались ситуацией, которая сложилась после августа 2011 года, когда вышло постановление правительства, которое определило времяисчисление на 2011-й и последующие годы.

Накоплен очень большой материал и самое главное – это то, что и в обществе, и у руководства страны сложилось понимание, что такая проблема есть. Наши парламентские слушания как раз и должны помочь на сегодняшний день правительству осознать реальную ситуацию. Я вам напомню, что и в выступлениях Владимира Владимировича Путина, и в таких вот неосвещаемых прессой выступлениях Дмитрия Анатольевича была высказана мысль о том, что принятые решения не являются догмой, и, наверное, самое разумное – отрегулировать этот вопрос не через законодательство, а через исправление того постановления, которое было принято правительством в августе.

Анализ в Комитете по охране здоровья показал, что действительно наша попытка отрегулировать этот вопрос законодательно была связана с тем, что закон, как нормативный акт более высокого уровня, имеет возможность быстро поправить те, на мой взгляд, несуразности, которые были в августовском 2011 года постановлении правительства. Что касается юридической техники, то, безусловно, изменение постановления правительства без принятия какого-либо закона является более эффективным, более быстрым и надёжным способом. Приведу такой пример.

У нас в настоящее время 7 регионов живут по астрономическому времени. Если мы автоматически переведём всё время на час, установим то, что называется зимним временем, то у нас к тем регионам прибавится ещё целый ряд регионов, и 54 станут жить по астрономическому времени. Но 7 регионов окажутся в минусе. Поэтому, наверное, в постановлении правительства,

которое исчисляет время в каждой часовой зоне, эту проблему можно было бы устранить гораздо более эффективно, и тогда у нас уже бы 61 регион жил по астрономическому времени, то есть 54 плюс 7.

В чём на сегодняшний день я вижу проблему? Она, на мой взгляд, заключается в том, чтобы исправить ту ситуацию, которая сейчас сложилась. На сегодняшний день в Комитет по охране здоровья приходит достаточно много писем примерно такого содержания. «Я с ужасом думаю о том, что наступит зима, и мы опять будем жить в этой темноте, в которой жили предыдущую зиму». Я уже не говорю о негативном влиянии на медицинскую статистику, это тоже перечеркнуть нельзя.

Так что или мы продолжаем эксперимент над целой страной, над людьми, или мы всё-таки оперативно, правительство в данном случае, принимает соответствующее решение. Поэтому я вижу главную задачу наших сегодняшних парламентских слушаний в том, чтобы предоставить правительству максимально объективную информацию о реальной ситуации вокруг перевода времени. То сомнение, которое сейчас есть в правительстве, стоит ли городить огород, может быть, не так уж это всё и страшно, оно должно быть развеяно. Потому что те люди, которые сталкиваются с этой статистикой, они знают её, но есть и другие точки зрения, они тоже будут высказаны, здесь, на «круглом столе».

Поэтому я вижу главную задачу – это ответить на вопрос: какова же реальная на сегодняшний день ситуация, польза и вред, которые есть от перевода или не перевода времени.

Герасименко Николай Фёдорович – первый заместитель председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья.

Герасименко Н. Ф. Я был на том совещании правительства, где обсуждали проблему перевода на зимнее время. Какие мнения высказаны?

Первое – мало обращений от людей о проблемах, связанных с зимним временем. Про негатив где-то около тысячи обращений, то есть не так вроде много.

Вторая проблема, это разные точки зрения у экспертов. Вот «Рамир» давал исследования: 30 процентов – за перевод, 44 – против, 27 – равнодушно. Это было зимой 2011 года. Дальше, РИА «Новости»: отказ от зимнего времени комфортен для людей, считают эксперты. Другие же, наоборот, считают, что возвращение перевода стрелок назад одобряют почти 30 процентов россиян и так далее. Вот пишут: переход на летнее и зимнее время не влияет на здоровье, считают учёные и так далее. То есть, нет консолидированного мнения, прежде всего, науки – и географической, и медицинской. Регионы тоже выступают по-разному. Я, например, сторонник перевода, я уже неоднократно говорил, возврата к зимнему времени, перевести стрелки на час назад. Я выступал в Алтайском крае на эту тему, провели голосование и, следовательно, две трети голосовавших не хотят переходить на зимнее время. Там и Минтранс выступал и ряд других ведомств. Минздрав пока не сформулировал свою чёткую позицию в отношении, будем говорить, вреда, нанесённого переводом стрелок.

Поэтому, какое предложение? Вот Сергей Вячеславович правильно сказал, сейчас нам нужно построить своё выступление, не уговаривать друг друга, мы все хотим этого. Но больше всего желающих перейти на зимнее время, прежде всего в западной части, начиная с Калининграда, Санкт-Петербурга, Мурманска, Москвы, дальше уже идёт некий разброс мнений. По-

этому не столько важно сейчас убеждать друг друга и рассказывать, в общем-то, очевидные вещи, сколько сосредоточиться на следующем, на мой взгляд.

Было решение: предложить Российской академии медицинских наук, Академии наук провести исследования, чтобы было не мнение отдельного эксперта очень уважаемого и так далее, а уже мнение Российской академии наук, Российской академии медицинских наук, Министерства здравоохранения о последствиях для здоровья человека при переводе стрелок.

Второе, необходимо провести большие полевые исследования и с регионами определиться всё-таки, какие регионы преимущественно за то, чтобы было понятно мнение именно людей, исследования, а какие регионы против.

И вопрос, я сказал, не закрывается. Он будет поддержан в случае хорошей доказательной базы.

Вот Вячеслав Иванович проводил тогда исследования, мы их все эти знаем и цитируем, но вот, допустим, как повлиял перевод стрелок сейчас, таких исследований нет. Поэтому сейчас нам нужно, в результате парламентских слушаний сформулировать предложения, чтобы провела исследования РАН – Российская академия наук, и какие, допустим, социологические исследования по регионам были сделаны. Вот как я считаю, чтобы мы потом в рекомендациях парламентских слушаний записали.

Председательствующий. Я хотел бы предоставить слово Вячеславу Пантелеймоновичу Апрелеву в знак признания его многолетней борьбы за проблему возврата к астрономическому времени.

Апрелев В. П. Отечественными и зарубежными учеными доказаны условия нормального ночного сна человека, как важнейшей составляющей суточного цикла жизнедеятельности. Мы сейчас на схеме 1 видим, что и нынешнее административное время, и предыдущее с круглогодичным декретным часом и летним сдвигом не отвечают здоровью. Наоборот, нарушают его. Ведь мы помним, что введенное поясное время тоже уже в некотором роде отличалось от астрономического, по которому жило население.

Поэтому наш комитет уполномочил меня просить депутатов Государственной Думы Российской Федерации сосредоточиться на проблеме здоровья человека, хотя есть и привходящие проблемы экономики страны, обороноспособности и прочего. Мы просим депутатов оказаться выше партийных интересов, встать на точку зрения людей, у которых есть дети, внуки и другие близкие, где их здоровье определяет не только настоящее, но и будущее страны. Кроме отрицательного воздействия административного двойного декретного часа и первичного декретного часа, с которым Советский Союз жил до 1991 года, на здоровье детей, внуков в первую очередь, да и на взрослых влияет постоянство времени начала работы и учебы в течение года.

Академик Михайлов ещё в конце 70-х годов в журнале «Наука и жизнь» написал: «Мы все понимаем, что летом надо раньше начинать работу, а зимой позже». Но он же, пренебрегая вопросами здоровья, предложил тот вариант, который реализован сейчас в административном и в предыдущем времени.

Поэтому мы считаем, что основные усилия должны быть направлены на то, чтобы отказаться от круглогодичных декретных времен – и вторичного 2011 года происхождения и первичного, которое было восстановлено в январе 1992 года Президентом России.

Кроме этого, нужно перейти к разному зимой и летом времени начала работы и учебы.

На схеме 2 показаны негативные последствия круглогодичного декретного времени, к которому призывают некоторые представители Комитета по охране здоровья.

Схема 3 показывает, как можно организовать жизнь так, чтобы комплексно использовать поясное время для счета времени, а солнечное местное время, к которому наш организм тянется, организовать на основе комплексного применения и поясного, и местного солнечного времени, путем установления особых режимов работы и учебы для разных широтных зон России.

Работы нашего комитета опубликованы в Интернете, в энциклопедии Российской Федерации, на сайте «Открытие мира. Научные версии». И мы сейчас готовим английский перевод этой работы, потому что Европейский экономический комитет ООН до сих пор в плену своей же рекомендации: не печатать ничего ни в газетах, ни в журналах, то есть не просвещать население.

И вот перед тем, как прибыть сюда, я послушал двух молодых 30-летних людей, они ведь выросли в этой самой свистопляске игр со временем. Многие забыли о декретном времени.

Я, кроме этого считаю, что наш комитет не исключает возможности возврата к поясному времени, а потом и к разным временам работы, на основе возврата непосредственно от часовых зон, ошибочно введенных, к поясному времени, но не в 54-х или в 60-ти субъектах, а во всех.

Или мы просим рассмотреть и вариант переноса Москвы в центр второго часового пояса, о чем мечтали академик Агаджян и покойный автор известных работ по хронобиологии Аркадий Федорович Пчелинов. Спасибо за внимание. Я готов ответить на все вопросы.

Председательствующий. Я хотел бы предоставить слово Панину Андрею Валерьевичу – доценту географического факультета МГУ имени Ломоносова.

Панин А. В. Я уже много выступал, много написал, и чтобы не повторяться, значит, есть конкретные данные, о которых здесь говорилось уже, многократно опубликованные и сказанные, мне показалось интересным для этого заседания поговорить об общих принципах, без которых, как мне кажется, эта дискуссия уже многолетняя, будет бесконечна и будет напоминать спор остроконечников и тупоконечников, из известного произведения эпохи Возрождения.

Так вот принципы организации системы времени, на мой взгляд, вот если обобщить то, что предлагается, можно на три группы разделить.

Первая, которая была изложена, которая была изложена предыдущим докладчиком: надо жить по солнцу, вставать с рассветом, ложиться с закатом, так, как это делали люди эпохи камня, так, как это делают разные существа и так далее.

Но вторая более может быть, реальная, – это то, что нужно стрелки часов поставить таким образом, чтобы максимально близко вставать к рассвету, потому что это влияет на здоровье человека. С этим поспорить, конечно, трудно.

Ну и третья группа. Я бы назвал первые два предложения, скажем так, биологическими, которые ориентируются, прежде всего, на биологическую природу человека и во главу угла ставят вопросы здоровья.

Третье предложение и принцип, точнее, состоит в том, чтобы наиболее полно использовать светлое время суток. И, смею предположить, что наша действующая система времени в стране, которая была в последние два года установлена, она исповедует, примерно, этот принцип. Об этом многократно говорилось. Был взят суточный ритм жизни людей, взято изменение в течение года светлого времени в разных городах и найдено оптимальное положение стрелки часов, чтобы их не двигать, и чтобы на время бодрствования людей приходилось максимально светлого времени.

Но вот я бы хотел прокомментировать свое сообщение: компромисс между биологическим и социальным аспектом этого времени, всё-таки как жили наши предки, об этом многократно говорится.

Наши предки имели возможность регулировать свой рабочий день. Но, к примеру, у них час длился разное время. Летом час был длиннее, а зимой – короче. Вот вам ответ на естественные природные изменения продолжительности дня. Русский крестьянин летом вставал в четыре утра и шёл либо сеять, либо косить, а зимой до 10 лежал на печи. Но у него часов не было, он не знал, что это 10. Как солнце встанет, он вставал. Он тоже имел возможность регулироваться.

Так вот, когда изменились общественные отношения и мы перешли, в индустриальную фазу, сейчас уже в постиндустриальную, мы стали жить по часам.

Современное общество, оно отличается от того, традиционного общества, которое жило по солнцу.

Первое, мы живём по расписанию. Мы к 9 утра идём на работу, а не когда нам захочется, во столько-то должны встать, во столько-то лечь спать.

И вторая интересная вещь, которая доказана социологическими исследованиями, и об этом я тоже много говорил, эти графики иллюстрируют как раз, – этот процент, сколько людей бодрствует, сколько спит в разное время года. Мы видим, что социальный ритм сдвинут на вечер. Но обсуждать – это уже, видимо, другая задача, – это факт.

Соответственно, если мы будем учитывать современные реалии и современное социальное общество, то понятно что никаким образом мы не сможем вставать по солнцу и ложиться по нему.

Если мы возьмём Москву – это все четыре возможных варианта системы времени, которые мы вообще прожили, начиная с конца 20-х годов. Сейчас мы живём по такой системе, ушли от такой системы. Видите, тут на час время скакало. А изначально была вот такая, а потом, в 30-м году мы перешли на декретное время, которое многим сейчас не нравится.

Но видно, что никак мы не можем позволить себе, имея такую неравномерность хода света и темноты в течение года, и при этом реалии современного общества в том, что никак мы не можем себе позволить приближать нашу жизнедеятельность целиком к рассвету и закату.

Мне кажется, что в деталях мы всегда тонем, а вот общие принципы какие-то нужно всё-таки установить, в чём состоят приоритеты наши.

Если мы хотим второй принцип использовать, просыпаться максимально близко к рассвету, то посмотрите, современная наша система нам и даёт такую возможность. Какую-то часть года мы чуть раньше рассвета просыпаемся, какую-то чуть позже. Но если мы будем жить по пояскому времени, посмотрите, мы будем всегда, практически, просыпаться позже рассвета. А что, это хорошо для здоровья?

Самое главное, на мой взгляд, наша система времени сейчас вполне сбалансирована с точки зрения плюсов и минусов. Вопрос комплексный, мы не можем однобоко смотреть только на то, чтобы выспаться или на что-то другое.

И второе. У нас есть реальная проблема – это неупорядочность часовых зон. Вот там дальше у меня есть картинки, вы посмотрите, у нас в реальности сейчас значительная часть территории страны где-то опережает почти на три часа астрономическое время, а где-то на час впереди живёт. Значит, у нас в четыре часа разница соотношение с местным временем. Это благодаря этим нашим неупорядочным с 80-х годов перемещением часовых зон. Вот этим, я думаю, и нужно заняться.

Председательствующий. Я хотел бы предоставить слово начальнику отдела Департамента охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека Минздрава России Серede Зое Сергеевне.

Серeda З. С. В соответствии с поручением Правительства Российской Федерации о проведении в 2011–2012 годах мониторинга реализации Федерального закона «Об исчислении времени» министерством в рамках плана научно-практических мероприятий в прошлом году был проведён анализ риска здоровья населению регионов Российской Федерации при десинхронозе, связанном с сезонным исчислением времени и уменьшением числа часовых поясов.

Данный анализ выполнен Федеральным научным центром медико-профилактических технологий управления рисками здоровья населения Роспотребнадзора.

В ходе анализа была проведена оценка влияния на здоровье населения сезонного изменения исчисления времени на примере одного из регионов – это Удмурдская Республика, регион, осуществивший смену административного времени на один часа к западу в 2010 году.

Оценка проводилась среди групп трудоспособных возрастов, среди групп риска, к которым были отнесены старшие возрастные контингенты, лица, страдающие хроническими соматическими заболеваниями и дети.

Исследование влияния на здоровье фактора изменения исчисления времени проводилось по данным суточной обращаемости населения за медицинской помощью в городе Пермь (это город с миллионом населения) до и после сезонных изменений исчисления административного времени для маркерных патологий, в генезе которых вклад десинхроноза представляется значимым.

К маркерным патологиям были отнесены травмы, другие эффекты воздействия внешних причин, а также невротические, психические, поведенческие расстройства, функциональные расстройства пищеварения, сердечно-сосудистые кризы, сахарный диабет, патология беременности.

В ходе аналитической работы были проанализированы как хронические эффекты, связанные с длительным хроническим действием десинхроноза (это более двух с половиной часов – трёх и далее), так и острые нарушения здоровья, возникающие в момент перехода на летнее – зимнее время.

Полученные данные показали, что длительная хроническая действие десинхроноза (это более двух с половиной – трёх часов) оказывает влияние на показатели здоровья населения в виде повышенной травматизации во всех группах населения, нарушение сердечного ритма и патологии беременности, функциональных нарушений со стороны органов пищеварения у детей.

Исследование острых эффектов для здоровья населения, проявляющихся непосредственно в момент перехода на новое административное время, показало, что в момент перехода на летнее время, когда сокращалась продолжительность сна, происходило увеличение обращаемости по всем маркерным заболеваниям. С другой стороны, при переходе на зимнее время, когда продолжительность сна увеличивалась, наблюдалось снижение обращаемости населения по поводу обострения хронических заболеваний системы кровообращения, эндокринной системы, нервной системы и других болезней. При этом наблюдался временной лаг от трёх до семи дней. В среднем длительность неустойчивых тенденций, вызванных сменой административного времени, не превышала 14 дней. После этого показатели возвращались на прежний уровень.

Таким образом, проведённые нами исследования установили лишь кратковременные негативные эффекты для здоровья населения всех возрастных групп, выявляемые по данным обращаемости за медицинской помощью в период перехода на летнее – зимнее исчисление времени.

Вместе с тем мы считаем, что при изменении исчисления времени субъектам Российской Федерации необходимо планировать мероприятия для снижения негативных последствий для здоровья населения в этот временной промежуток.

Председательствующий. Зоя Сергеевна, в чём проблема дать объективную оценку? Вот если бы Вы упомянули, что до перевода времени в Перми было минус один, что на самом деле так, минус от астрономического, и, по сути дела этот двухчасовой сдвиг – на час вперёд, что, в общем-то, в пределах нормы. У нас бы эти данные заиграли совсем по-другому. Вот упоминание этого элемента перечёркивает всю достоверность предложенных нам данных. Поэтому я опять обращаюсь ко всем: максимально, пожалуйста, приводите не только данные ваших экспериментов, но и методологические основы. 83 региона в стране, и, извините меня, мы впервые, начиная с 19-го года начинаем понимать, что временем в России нельзя управлять механически, на час всю страну вперёд, на час всю страну назад, вот о чём идёт разговор. Поэтому регион, методологические основы, являются основой объективные оценки.

Итак, я хотел бы предоставить слово руководителю Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Григорию Иосифовичу Элькину.

Элькин Г. И. Сергей Вячеславович, спасибо большое, во-первых, за предоставленное слово, во-вторых, за внимание к этой проблеме, потому что она общественно значимая. Какова роль здесь федерального агентства? Мы фактически часовщики, то есть у нас в ведении находится эталон времени, и мы доставляем сигнал точного времени по всей территории Российской Федерации. И, безусловно, являясь структурной единицей, федеральным агентством, которое находится в ведении Министерства промышленности и торговли, мы участвовали во всех процессах с самого начала, связанных с этой проблемой.

Начну я с того, чтобы все понимали, что существуют часовые пояса, наш земной шар разбит по 15 градусов на такие сегменты, и эти часовые пояса – такое явление, которое мы почему-то ассоциируем с астрономическим временем. На самом деле это не совсем точно.

Понятие часовые зоны – это образования, на которых действует одно время, которое не полностью соответствует, а иногда совсем не соответству-

ет контурам часовых поясов. Это происходит из-за разных вещей, связанных в первую очередь с административным делением. То есть некоторые часовые зоны объединяются и тогда, границы не прямые, вот нужно понимать.

Я хотел сказать, что астрономическое время непрерывно. Если говорить строго о часовых поясах, то принимается за основу астрономическое время, которое находится в середине часового пояса. Это означает, что города или населённые пункты, которые находятся на крайних точках, либо на левой, либо на правой границе, уже отклоняются от времени астрономического, поскольку они живут уже в данном случае по поясному времени, то есть точно говорить о том, что можно жить по астрономическому времени, совершенно неправильно. Потому что часовые пояса, это основа основ, и тут с этим спорить очень сложно.

Соответственно если часовая зона содержит два пояса, то здесь уже нужно говорить о том, что если в середине, допустим, левой находится астрономическое время, к которому присоединена вторая зона, которая находится справа, то будет с одной стороны минус полчаса на одной границе, а с другой стороны будет полтора часа.

Почему иногда вводится такое понятие как декретное время? Если объединены две зоны, то желательно бы сдвинуть, чтобы отклонения были минимальные и равнозначные в обе стороны, желательно сдвинуть и привязать время в данной часовой зоне к середине часовой зоны. То есть не к краям прижимать, а к середине часовой зоны. В этом случае принимается решение о сдвиге такого времени. Если говорить о природе декретного времени, у нас исторически в европейской части проживала самая большая часть населения и объединялись две зоны. Вот на самом деле для того, чтобы как-то усреднить это, на самом деле декретное время и вводилось. Поэтому говорить строго о том, что у нас отклонение от астрономического времени два часа, это совсем неправильно. Даже если вы по центральной части возьмете, Москва, конечно, оказалась в очень невыгодном положении, потому что она находится в левой части.

Тот, кто находится в правой части зоны, там приблизительно астрономическое время полчаса, условно говоря, отклонения. Вот так это выглядит. И дальше это нужно распространить по всей стране.

Теперь я хочу сказать о законодательстве. На самом деле законодательство сейчас, то есть закон «Об исчислении времени» позволяет субъектам выходить с инициативой по изменению фактически своего времени методом корректировки своих поясов. Если где-то очень неудобно, можно сдвинуться либо вправо, либо влево, и, мне кажется, что это очень хороший инструмент для тонкой настройки. Я тут полностью согласен, что полностью страну отрегулировать отсюда, просто невозможно. То есть более точное регулирование – уже инициатива с мест и помощью передвижения часовых зон. Вот это тоже очень важно.

Теперь из чего исходили, и чего не хватало, и правильно, что сейчас поднимается вопрос о серьезных исследованиях и так далее.

Первое. Исходили из того, что в результате опросов, а они были построены таким образом: отменять сезонный переход или не отменять?

И второе. Чего люди хотят? Больше светового времени утром или больше светового времени вечером? На самом деле вот так и были построены опросы.

Большинство высказалось, что сезонный переход времени лучше отменить, и большинство высказалось о том, что лучше больше иметь вечернего времени. Из этого на самом деле дальше происходили просчеты. Министерство промышленности и торговли заказало эту работу в академических институтах. Кроме этого мы получили довольно современное математическое обеспечение, которое используется в Америке, и провели просчет светового времени. И в результате решение принималось по летнему времени, исходя из того, чтобы больше времени было вечером.

Если вы меня лично спросите, мне, конечно, очень жалко, особенно детишек, у меня у самого три внука, когда утром, совершенно заспанных детей, ещё не проснувшихся, куда-то тянут. Но думаю, что если мы без хороших исследований и, в первую очередь, исследований медицинских сейчас начнем что-то оперативно передвигать, получим приблизительно ту же реакцию. Тот, кто хотел на самом деле вечером время, начнет писать протесты, я сейчас про статистику обращений на самом деле скажу, о ней уже упомянули в первом выступлении. Привожу в пример Соединенные Штаты. Они принимают решение об определенном исчислении времени на определенный период, вот у них сейчас оно действует до 2015 года. Затем они посмотрят результаты исследования, мониторинга, что происходило со здоровьем, и примут новое решение по исчислению времени. Может быть, и по часовым поясам. Вы знаете, что сейчас четыре зоны действуют в Соединенных Штатах, может быть, более тонко как-то на самом деле скорректируют время, а не только принятием каких-то глобальных решений по всей стране.

Я думаю, что здесь нужно действовать приблизительно так же. Срочное решение, оно достаточно сложно. Вы представьте, сейчас мы за месяц изменим что-то. И так уже наши транспортники перестали печатать билеты. Обратите внимание, допустим, на вокзалах перроны зарезервированы в определенное время из России в Европу, например. У самолетов, прибытие самолетов в аэропорты уже в договорных отношениях существует, когда на самом деле подаются эти телеграфы, когда к ним причаливают самолеты. Как только мы двинем время, обо всем этом придется договориться. Потому что если прибывал, допустим, в четыре часа в Берлин самолет от нас, то на самом деле, если мы изменим что-то, на час его прибытие будет отличаться. Поэтому тут, конечно, при принятии таких решений нужно дать некоторое время, в первую очередь транспортникам, подготовиться. Поэтому мы очень благодарны, что вы конструктивно рассматриваете предложение о том, что в правительстве в спокойном режиме вместе с вами, урегулировать данную ситуацию.

Председательствующий. Я хотел бы предоставить слово Владимиру Николаевичу Беспалову – заслуженному учителю Российской Федерации.

Беспалов В. Н. Спасибо. Я хотел бы сказать вот о чем. 10 лет назад я создал свой сайт, где опубликовал время восхода и захода солнца в каждом административном центре нашей страны. Таким образом, люди могут видеть, во сколько садится солнце в том или ином регионе, и сравнить его со временем, в которое садится солнце в другом регионе.

Таким образом, что в нашей стране больше 10-ти регионов, где солнце садится около 23 часов и позже.

Скажите, может ли ребенок лечь спать, если в 23 часа садится солнце? А еще нужно 2 часа времени на то, чтобы температура как-то немножечко уменьшилась, чтобы в спокойной обстановке заснуть. Конечно, нет.

Таким образом регионы, где солнце садится очень поздно: это Пермь, Свердловск, Петербург, Челябинск, Омск – регионы, где население находится в стрессовом состоянии.

Второй момент. Очень приятно, что наконец-то, у нас сейчас заговорили о том, что время, введенное в нашей стране, не везде опережает поясное на 2 часа.

Хочу сказать, что в Советском Союзе около 40 регионов жили по правильному поясному времени и это весь третий часовой пояс, но хитро было завуалировано все. Говорили так, Воронеж, находящийся в третьем часовом поясе живет по второму, по времени второго пояса, а время, как у нас говорится декретное. Вот в этом был ошибка.

Могу сказать, что и сейчас в том постановлении, которое было выпущено в прошлом году, есть тоже ошибки, я это говорю, как учитель. Если в те годы ученики не могли сдавать нормально Единый государственный экзамен по географии только лишь потому, что было декретное время, и часовые пояса указывались без учета разницы времени с Гринвичем, то теперь еще один парадокс. Калининград находится в первой зоне, Москва во второй, Башкортостан в третьей, а мы знаем, что разница этих зон должна показывать разницу во времени, у нас этого нет.

Я считаю, что все зоны должны быть пронумерованы от Гринвича, таким образом, чтобы ученик мог свободно решить задачу, где какое время.

Следующий момент, на который я хотел бы обратить внимание. Если будет принято решение, что везде должно быть зимнее время, то наполнение каждой часовой зоны должно быть одним. Если будет принято решение, что будет введен переход с летнего на зимнее и обратно, то в каждой часовой зоне наполнение регионами должно быть совершенно другим, но примерно таким, чтобы восход Солнца был примерно с 8 до 9 часов.

Посмотрите, в Воронеже в этом году Солнце вставало в половине десятого, а занятия в школах начинались в 8 часов утра. Ученики приходили сонными, первые два урока заниматься было практически невозможно. Я понимаю, что есть вторая смена, но туда ученик приходит отдохнувшим, и темное время суток ему не так уж сильно будет вредить заниматься на уроках.

Позвольте ещё одну проблему осветить. В настоящее время Первый телевизионный канал транслирует передачи на зоны: ноль часов, плюс 2, 4, 6, плюс 8. А почему не сделать Первому телевизионному каналу подарок для жителей Новосибирска и Приморья: транслировать передачи с опережением – плюс 3 и плюс 7 часов? В этом случае люди почувствовали бы себя более комфортно. НТВ и ТНТ уже практически, пошли на этот шаг. Я считаю, что наши государственные СМИ должны то же самое сделать.

Следующий момент. Железные дороги публикуют свои расписания только по московскому времени. Я помню, когда в Благовещенске я работал, приходил на вокзал и видел: поезд отправляется в 0 часов 15 минут. Это первый утренний поезд, я прибавляю 6, получается 6.15. Почему бы не сделать второй стэнд железнодорожникам, чтобы было по московскому времени и по местному времени? Вот такие предложения у меня.

Председательствующий. Спасибо большое.

Ковальзон В. М. Спасибо. Нашему сомнологическому обществу, всем сомнологам совершенно очевидно, что предложения петербургского комите-

та правильные, и Россия должна вернуться к поясному солнечному времени. Поскольку сейчас выяснилось, что далеко не все регионы опережают Солнце на 2 часа, как мы думали, то нужно, конечно, сделать это, видимо, разумно. Тем регионам, которые сейчас живут по солнечному времени, ничего не менять. Тем регионам, которые опережают на час солнечное время, вернуться к солнечному времени, часы перевести на час назад, вот когда будет переход.

А тем регионам, которые опережают на 2 часа, видимо, нужно сделать это в два этапа, потому что перевод одноразовый на 2 часа слишком для людей, даже в эту, даже в левую сторону, слишком травмирующий для людей. В следующем году можно сделать ещё раз, повторить в этих регионах и вернуться к поясному солнечному времени. Для всех сомнологов совершенно очевидно, что в противоположность тому, о чём говорил коллега Панин, вставать после восхода Солнца очень хорошо, а вставать до восхода Солнца очень плохо.

Председательствующий. Первый заместитель председателя Комитета Государственной Думы по культуре Драпеко Елена Григорьевна.

Драпеко Е. Г. Коллеги, я хочу поблагодарить всех выступающих, потому что вы очень многое открыли для меня, как для депутата, несмотря на то, что я не работаю в комитете по здоровью, а работаю в комитете по культуре, но голосовать придётся по многим вопросам, связанным со здоровьем.

Я выступаю по поручению моей фракции и хочу напомнить присутствующим и комитету по здравоохранению, что ещё в 2008 году депутатом Черешневым, бывшим президентом Уральского академии наук, известным медиком, депутатом, тогда членом Совета Федерации Сергеем Михайловичем Мироновым был внесён законопроект с поправками об исчислении времени, где они пытались законодательно предложить отменить изменение времени на летнее и зимнее. Многие из присутствующих здесь, наверное, были на слушаниях в Совете Федерации, когда мы заслушивали этот вопрос.

Опираясь на многочисленные просьбы, в основном медиков, на цифры, которые были представлены в Совет Федерации тогда, был разработан такой законопроект.

Он тогда не прошёл, правительство не поддержало его. И административно как бы говорили нам, что нет объективных данных, о том, что в 100 странах мира переходят на летнее время, и что экономим электроэнергию. Это мы все по телевизору видели. И мы очень рады, что снова возвращаемся к этой теме, потому что продолжают идти письма от наших граждан.

Но мы бы хотели поддержать Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии Григория Иосифовича Элькина в той части, что у нас страна, во-первых, очень большая. И те, кто ратует за сближение времени к Европе, должны учитывать, что мы вместе с Владивостоком и Находкой всё равно в Европу не востымаемся.

Административные границы наших территорий, субъектов Федерации, очень разные, часто изрезанные. И вы знаете, что у нас бывают случаи, когда в соседних деревнях разница во времени существует.

Поэтому мы должны очень тонко настраивать эту систему, и не пытаться отсюда, из Москвы, решить все проблемы на местах.

Что мы решаем на самом деле?

Конечно, то, что касается наших естественных монополий в транспортной сфере, это настраивать их мы можем отсюда, рекомендовать им. Вот

то, что мы сегодня услышали – это правильные советы, которые касаются помощи нашим гражданам в ориентировании в нашей сложной стране во времени. И мы, думаю, это учтём.

Наше предложение – продолжить это обсуждение на уровне субъектов Федерации, как удобнее, грамотнее и как здоровее для граждан.

Ещё хочу напомнить, что я питерская. И жить по астрономическому времени – это безумие. Когда одна заря сменит другую, спешит, дав ночи полчаса, – это меня категорически не устраивает.

Второе. Как актриса, я живу по рабочему графику, который не совпадает с рабочим графиком большинства населения, уж тем более не совпадает с астрономическим временем. Понимаете? Мне Станиславский запрещает начинать работать раньше 11 часов. У меня талант просыпается только в 11, о чём написано в руководстве для моей профессии.

Поэтому я выступаю за установление зимнего времени, как постоянного. И хочу, чтобы вы учитывали, что мы северная страна, что гигантские территории находятся у нас в зоне белых ночей или вечной ночи, а стало быть там можно жить только по рабочему времени.

Председательствующий. Я хотел бы предоставить слово Валентину Степановичу Романову, депутату Государственной Думы.

Романов В. С. В ходе дискуссии много интересного, за это спасибо. И мне очень нравится основной тезис о том, что надо опираться на выводы серьезной науки. Могу только посожалеть, что учёные и исследования дают порой противоречивые оценки.

Первое. Я в Комитете по энергетике и часто довод экономии энергетических ресурсов звучал, в том числе, и в советское время. По дополнительному раздумью, думаю, что всё же критерием должен быть фактор здоровья. Человек, как биологический вид, я не биолог, я инженер, человек, как биологический вид живёт сотни тысяч лет или миллионы, и, естественно, что ритм жизни, образ жизни миллиардов людей строились всё же под солнцем. Это одна грань.

Вторая. Страна непомерно большая. То есть, радоваться надо, что она такая, были бы мы Бельгия или Болгария проблема бы не было. Но есть опасность у федеральных руководителей шаблон переносить – удобно Москве, значит, удобно и Новосибирску и Хабаровску. На самом деле это не так. Громадная территория России подразумевает: а) дифференцированный подход к принимаемым решениям; б) скажу откровенно, мне вчера журналисты звонили, дергаться не надо. Один раз переболеть, взвесить. В конце XIX века собралась мировая наука, определились с астрономическим временем, в 30-м году Советский Союз – с декретным. 50 лет не дёргаемся, потом появляется летнее, зимнее, а сейчас, откровенно говоря, суета какая-то. В принципиальном ключе один раз обдуманно, серьёзно и дифференцированно – вот мой взгляд, что надо сделать.

Почему я попросил слово? Сейчас как раз на перепутье Самарская область, которую я представляю. Крупный индустриальный регион, более 3 миллионов населения. Жили десятки лет по времени, оторванному от Москвы на час. Население адаптировано, автоматически, кому приходилось летать, ездить этот час в расписании поездном или самолётном что-то учитывали. Но приходит первый раз за многие десятилетия в руководство области москвич, группа министров – москвичи, они каждую неделю на три-четыре

дня улетают в Москву, и появляется документ, это я цитирую недавний ответ на мой официальный запрос, кто же инициатор? А ответ такой: 600 тысяч рабочих «АвтоВАЗа» и смежники воспылали гневом праведным: не хотим жить в отрыве от московского времени. Даёшь московское! Но я рассмеялся. Позавчера была сессия губернской Думы, я эту фразу сдержанно сказал: давайте, вернёмся к более трезвому и объективному анализу. Перевели. Сейчас, если зимняя стрелка ещё на час разнится, мы тогда очень остро в осенне-зимний период ощущаем ненормальность того, что на улице темно-светло, и ритм.

И особо о детях. Вообще критерий отношения к детям должен быть главным. Взрослые более адаптируются. Я полагаю, что нельзя бесконечно отодвигать принятие принципиального решения. Ощущение такое, Сергей Вячеславович, что разовый шаблонный подход – всю страну на час назад, было бы неверно.

И последнее. Я думаю, что здесь сегодня ценные материалы даны и ещё звучат в обсуждении, их надо губернаторам разослать и призвать к трезвому, честному, объективному анализу с участием науки в региональном разрезе, чтобы вырабатывать позицию каждого региона в окончательном виде.

Что касается Самарской области, то я твёрдо сейчас пришёл к выводу, что неправильно было бы нам сейчас сдвигать стрелку ещё на час и отрываться от солнца на два часа. Поясной вариант, как грубый ориентир, наиболее, мне кажется, целесообразным, а остальное наука.

Председательствующий. Я хотел бы предоставить слово депутату Государственной Думы Мурзабаевой Салие Шарифьяновне.

Мурзабаева С. Ш. Я бы хотела присоединиться к мнению моих коллег, депутатов Романова и Драпеко, с учётом мнения и данных, высказанных федеральным агентством, учитывая и обращения избирателей, состояния здоровья населения в субъекте, который я курирую, Республику Башкортостан, и в целом по Российской Федерации на меня возложены по комитету вопросы охраны материнства и детства. И, я считаю, что на самом деле и в рекомендации нам нужно отдельным пунктом внести предложение, которое от федерального агентства исходило, касающееся полномочий субъекта по рассмотрению необходимости определения территориального поясного времени, в соответствии с законом, ввиду того, что нам подсказали, что конкретно. Там полномочия субъекта определены по определению на каждой территории своего поясного времени. И я предлагаю, Сергей Вячеславович, добавить в рекомендации данный пункт.

И второе, что бы мне хотелось сказать, с учётом выступлений сегодня, которые прозвучали на парламентских слушаниях. Оценивая влияние изменения времени на состояние здоровья населения, в основном были представлены данные, касающиеся краткосрочных, оперативных, за короткий промежуток времени. А мы сами знаем, что, к сожалению, негативное воздействие – факторов очень много, дифференцировать, что конкретно повлияло на состояние здоровья населения, очень трудно. Необходимо проследить и долгосрочные последствия негативного влияния данного фактора. И поэтому я считаю, что, конечно, нужно провести научные исследования, но если мы будем оценивать только такие краткосрочные влияния, которые были описаны, и полностью полагаться только на данные, которые будут представлены после исследования Российской академией наук,

я думаю, что этого недостаточно, на мой взгляд, будет, если мы не будем учитывать, что этот накопительный эффект негативного влияния отразится в целом и на продолжительности жизни, и на увеличении смертности населения, и так далее. Поэтому, конечно, исследование научное нужно. Но должно быть оно, как сказал Сергей Вячеславович, методологически отработано для того, чтобы учитывались различные последствия, в том числе и долгосрочные. Конечно, немаловажный фактор, что на эти исследования необходимо будет предусмотреть экономические затраты, то есть будут ли эти средства на эти исследования. Этот вопрос, я думаю, мы тоже должны продумать и отразить для того, чтобы в рекомендациях прозвучало со стороны комитета и правительства по этому вопросу волонтерское исследование, как дополнительная нагрузка без финансирования. Если уже ставить вопрос о научном исследовании, то должны быть продуманы и инвестиции.

Председательствующий. Спасибо большое. Коллеги, будем закругляться. **Дмитриева О. А.** Меня зовут Ольга Анатольевна. Я учитель начальных классов.

Уважаемые депутаты и уважаемые коллеги! Я хочу вам сказать, что графики, которые представлены, рассчитаны, честно говоря, на робота. На какого живого человека рассчитано?! Вот мы сдвигаем тебе время, начинай теперь свой рабочий и учебный день на час раньше и иди, трудись.

Вы знаете, летнее время не физиологично для организма человека.

Я хочу вам рассказать о детишках, насколько тяжело прошёл этот учебный год у нас. В большинстве школ России первые уроки начинаются в 8.00 утра, в больших городах – в 8 часов 30 минут и только в некоторых школах в 9.00. То есть всё Подмосковье учится с 8 часов, Москва с 8 часов 30 минут.

Согласно СанПиНам, номер не буду приводить, начало учебных занятий устанавливается не ранее 8.00 часов, проведение нулевых уроков не допускается. Это относительно организации учебного процесса.

Из-за того, что мы сдвинули стрелки, 7.00 утра не стало 8.00 утра. Фактически наши дети начинают учиться в 7.00 утра весь учебный год. Это нулевые уроки, которые запрещены СанПиНами.

И что в этом году мы имели? Я вам даже скажу по начальной школе. Старшеклассники прогуливают первые уроки, они не в состоянии учиться. Они себе детский организм сами защищают. Малыши начальной школы не прогуливают, их приводят на уроки родители.

Многие родители, чтобы приехать к 8 часам утра на работу, своих детей приводят в школы московские раньше 7 часов. Уже с 6.45 дети в школе. Ещё не работает гардероб, только охранники. Эти дети в холлах школ спят на своей одежде. Начинается первый урок.

Очень тяжёлый был декабрь, январь, февраль. В Москве рассвет наступает в 10 часов. В Питере, например, Уфе, Перми, Чите рассвет наступает в 11 часов. То есть в Москве два полных урока дети отучились до рассвета. В перечисленных других городах три полных урока отучились до рассвета. Зачем это нужно?

Ещё одна проблема. Родители в этом году приводят детей зимой и говорят: дети приходят голодные. Ребёнка, которого подняли в 6.00, в 6.30. Переведите это хотя бы на зимнее время. Даже не на поясное, а на зимнее просто по нашей прошлой жизни. Сделаем корректировку.

На час раньше у нас теперь начинается у всех побудка, начало рабочего и учебного дня. Ребёнок не может в это время ничего дома скушать. Вы понимаете, он приходит в полукоматозном состоянии голодный. И мы, учителя, уговариваем, убеждаем на родительских собраниях своих родителей: хотя бы чашку тёплого молока заставьте выпить ребёнка.

Но начальная школа хотя бы в 10 часов утра всех кормит. Хорошо, дети позавтракают. А средняя школа имеет возможность покушать после 11-ти и 12 часов, это после третьего и четвёртого урока. Они предоставлены сами себе. Позавтракает он или нет? В общем, голодные все. В общем, плохо.

Вы знаете, если Государственная Дума и наше правительство примут, что этой зимой мы возвращаемся на один час назад, поверьте мне, все педагоги страны будут вам очень благодарны. И все родители своих детей.

Но я ещё подробно расписала, как нелепо и абсурдно сейчас складывается режим дня детсадовского ребёнка. Это вообще непостижимо.

Я живу в Москве, но вы на все города это также раскиньте. Московский детский сад начинает принимать детей в 7.00 утра. Это формально. Многих детей к 6.30, к 6.45 уже привели.

Давайте посчитаем прошлые годы. Это значит, что в 5.45 утра наши дети уже приведены в детский сад. С каким плачем и с каким боем эти дети разбуджены. У кого есть дети маленькие, они вам все это сами расскажут. В народе так и говорят: это свихнутое время.

И вот что мы имеем в детском саду? В 8.00, в 8.10 начинается зарядка. Под бубен дети пляшут, извините их только сейчас будить надо. Целый час сна отобран. Час – это для маленького организма очень много. Дети пляшут в полукоматозном состоянии.

Хорошо, в 9.00 начинаются уже занятия в детском саду. В 9.00, в 9.15, это всё равно 8 часов утра. Ну, какие занятия? Ребёнок только немножечко начинает приходить в себя, просыпаться.

В 10.00, в 10.15 – начало прогулки. Зимой в это время только наступает рассвет. Весь детский сад вышел, гуляет.

Председательствующий. Скажите, в городской Комитет по образованию, в Министерство образования учителя обращались по этому поводу?

Дмитриева О. А. Лично я агитировала родительский комитет своего класса, своей школы. Родительские комитеты очень многих школ писали коллективные письма.

Вы знаете, очень много писем приходит в видеоблог Дмитрия Анатольевича Медведева. Они идут полтора года всё с прошлого февраля. Я даже там подняла статистику, пролистала все письма, которые пришли за полтора года, там люди просят, умоляют вернуть зимнее время. Удмуртия, Самара просит оставить себя на своём «МСК плюс 1», «ОТС плюс 4».

Кто ругает за летнее время? Кто ещё не женился, холостой, у него нет семьи, нет детей. И вы знаете, я вам даже хочу привести образец: в «Комсомольской правде» идёт он-лайн всегда обсуждение любой статьи. И вот пишут люди, как измучены наши дети, верните время ради бога.

И вот сейчас в последних публикациях, сообщается что якобы это не прерогатива Госдумы, а правительства. Вот откройте сейчас видеоблог Дмитрия Анатольевича Медведева. В последние, буквально, пять дней, когда «Российская газета» напечатала, что вопрос пойдёт в ведение правитель-

ства, люди пишут: Дмитрий Анатольевич, умоляем вас, мы не выдержим ещё одной такой зимы.

Председательствующий. Подводим итоги. Я думаю, что все согласятся, что на сегодняшний день самым эффективным способом решения этой проблемы является всё-таки выпуск постановления правительства. Просто нам без него не обойтись. Законом мы не можем отрегулировать время на каждой территории. А постановлением правительства, где каждая территория часовую зону определяет, мы можем это сделать.

Поэтому я считаю, что сейчас нужно главное, мотивировать правительство к принятию соответствующих изменений в данное постановление.

Второй момент. Понятно, что проблему биологических ритмов и хронобиологии наскоком по заказу решать не надо. Хотя, я думаю, что мы можем в рамках нашего решения обратиться к правительству с просьбой целенаправленно поручить Академии наук и соответствующим ведомствам, и, соответственно, выделить деньги, провести углублённые исследования, связанных с влиянием каких-то ритмов, допустим, хроноса на биологические системы, в том числе человека, прежде всего.

Третий момент. Мне очень понравилась фраза о том, что вот есть естественное время, и давайте доказывать, почему перевод на два часа от него будет лучше. Давайте исходить из естественных оснований, а потом уже куда-то двигаться.

И точно также я поддерживаю идею, что, в общем-то, данных, причём разноречивых, фундаментальных, менее фундаментальных достаточно много.

Поэтому я считаю, что мы должны зафиксировать эти мысли, точно также как мы должны предоставить субъектам, и я думаю, мы, может быть, по итогам парламентских слушаний разошлём наше решение парламентских слушаний с письмом, с просьбой субъектам Федерации, прежде всего, законодательным рассмотреть вопрос, не теоретический, это несерьёзно, а вопрос скажем так, мнения субъектов Федерации, по какому времени, по какой часовой зоне они хотели бы жить.

И ещё один очень важный момент. Кто сказал, что мы должны по традиции как Европа переходить на другое время в последнюю субботу, воскресенье октября? Понятно, что сейчас мы уже до 28 октября ничего не сделаем. Нужно с умом подходить, готовиться.

Поэтому я предлагаю записать в наше с вами, что в максимально короткое время правительство должно принять соответствующее решение, не ориентируясь на эту пресловутую дату 28 октября. Коллеги, действительно я тоже получаю письма, что мы эту зиму уже не переживём. От учителей и родителей в большинстве. Не надо создавать на пустом месте проблемы ни нам, ни правительству, ни Думе, никому. Поэтому здесь нужно обратить внимание правительства, что необязательно ориентироваться на эту дату.

И последнее по поводу есть ли данные. Коллеги, если мы будем долго и нудно изучать, то наука безгранична, как и Вселенная. Надо собрать медицинскую статистику. Правильно вы говорите, в том числе и учебную статистику, по авариям. Это возможно. Мы прекрасно понимаем, статистика искажённая, но будут какие-то вещи, которые, безусловно, выявятся. Вот если мы это зафиксируем в нашем решении, я думаю, что это сдвинет проблему времени.

Спасибо всем.

Рекомендации парламентских слушаний

На территории Российской Федерации отправной точкой исчисления времени является московское время, которое определяется по формуле: «всемирное координированное время (бывшее время по Гринвичу) плюс 4 часа» и опережает поясное время на два часа. Федеральным законом «об исчислении времени», принятом в 2011 году, вводится понятие часовых зон, границы которых формируются с учетом границ субъектов Российской Федерации. Состав территорий, образующих каждую часовую зону, и порядок исчисления времени в часовых зонах устанавливаются Правительством Российской Федерации. Таким образом, на территории разных регионов Российской Федерации действует разное время: поясное (Чукотский автономный округ, Кировская область, Республика Татарстан, Республика Удмуртия, Ненецкий автономный округ, Республика Коми – всего 7 регионов), декретное (Калининградская область, Адыгея, Дагестан, Калмыкия, Чувашия, Краснодарский край, Ставропольский край и другие – 52 региона), летнее (Новгородская область, Брянская область, Смоленская область, Тверская область, Республика Башкортостан, Пермский край, Забайкальский край, Еврейская автономная область, Приморский край и другие – 22 региона). Особняком стоит Республика Саха-Якутия – ее территория располагается в четырех часовых поясах.

Часовые зоны и субъекты, входящие в них, определены Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2011 г. N 725 «О составе территорий, образующих каждую часовую зону, и порядке исчисления времени в часовых зонах, а также о признании утратившими силу отдельных постановлений Правительства Российской Федерации».

Для решения существующей проблемы оптимальным представляется отказ от часовых зон и установление часовых поясов.

Для ликвидации имеющейся в территориях разницы в исчислении времени, представляется логичным наделить регионы правом на референдумах определять желание населения жить по поясному, декретному или летнему времени.

Поскольку во многих регионах системы счёта времени не совпадают с естественным ритмом смены дня и ночи, это является вредным для здоровья людей, особенно для развивающегося организма детей и подростков.

При нынешней системе исчисления времени (особенно в тех регионах, где идет опережение поясного времени на два часа) в течение большей части года, особенно в зимнее полугодие, люди лишаются необходимых для здоровья предупредительных фаз ночного сна. Сокращается нормальная продолжительность сна, которая вызывает хроническое недосыпание, приводит к хронической усталости и возникновению болезней, преждевременной инвалидности и преждевременной смертности.

Эти показатели ухудшились с введением с 30 октября 2011 года круглогодичного «летнего» времени.

Негативные последствия для здоровья усиливаются равнопостоянным началом рабочего или учебного дня, противоречащим сформировавшемуся

в процессе эволюционного развития естественному биологическому ритму организма человека. Благоприятным для здоровья человека является суточный режим, при котором фаза продуктивной работы и учёбы начинается зимой на час позднее, чем летом.

Второй после 2011 года вход в осенне-зимний период с круглогодичным двухчасовым сдвигом социального режима дня в раннюю часть суток ещё более ухудшит здоровье детей, посещающих детские дошкольные учреждения и школы с 7–9 часов утра, а также студентов и всех людей, занятых на производстве с началом рабочего дня в те же 7–9 часов, а это обычный режим для работников в важнейших стратегических отраслях экономики.

Дети и взрослые лишаются необходимых для формирования и жизнедеятельности здорового организма предутренних фаз сна. Усиливаются побочные проявления десинхроноза, в том числе и в нервной и сердечно-сосудистой системах.

Имеется ряд других проблем медицинского характера, связанных с несогласованностью переведенного вперед счета времени с биологическим ритмом человека, привязанным к астрономическому времени: искажаются рекомендации биоритмологии и хрономедицины по оптимальному времени приёма препаратов, процедур и анализов, снижается эффективность лечения и замедляется процесс восстановления здоровья.

Отмена летнего времени и сокращение опережения поясного времени позволит:

- исключить негативное влияние на здоровье людей хронического недосыпания, обусловленного несоответствующей биологическому ритму системой исчисления времени, снизить заболеваемость в результате восстановления физиологического здорового режима труда и отдыха;
- обеспечить нормальное развитие детей и подростков, повысить репродуктивные возможности взрослого населения за счет сохранения предутренних фаз сна;
- уменьшить аварийность и травматизм из-за «человеческого фактора» уставших и невыспавшихся людей;
- уменьшить показатели преждевременной смертности граждан России;
- снизить затраты государства на лечение граждан и самих граждан на лечение и лекарства;
- увеличить производительность труда, качество учебы и образования за счёт повышения работоспособности людей;
- повысить продолжительность жизни людей за счет сокращения опережения поясного времени,

Возврат России к декретному времени возможен в любое воскресенье года и не потребует затрат.

Заслушав доклады, выступления и обсудив проблемы вопросы законодательного регулирования исчисления времени на территории Российской Федерации времени, участники парламентских слушаний **рекомендуют:**

Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации:

- в максимально краткие сроки принять внесенный проект федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об исчислении вре-

мени», отменяющий на территории Российской Федерации действие «летнего» времени;

– разработать и внести в Федеральный закон «Об исчислении времени» изменения в часть 2 статьи 5, дополнив ее нормой, разрешающей определять принадлежность региона к той или иной часовой зоне посредством референдума;

Правительству Российской Федерации:

– внести изменения в Постановление Правительства Российской Федерации от 31 августа 2011 № 725 «О составе территорий, образующих каждую часовую зону, и порядке исчисления времени в часовых зонах, а также о признании утратившими силу отдельных постановлений Правительства Российской Федерации»

**Материалы парламентских слушаний
на тему «Совершенствование законодательства о рекламе
лекарственных средств, медицинской техники, изделий
медицинского назначения и медицинских услуг»**

СТЕНОГРАММА
парламентских слушаний

*Здание Государственной Думы. Зал 830.
18 октября 2012 года.*

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

Председательствующий. Добрый день уважаемые коллеги! Ещё полгода назад Комитет по охране здоровья провозгласил тезис о том, что законодательство о рекламе лекарственных средств, приборов медицинского назначения и отдельных видов медицинских услуг требует существенной корректировки. За это время в Комитете Государственной Думы по охране здоровья проведена большая экспертная работа, направленная на изучение этой проблемы.

Хочу сказать, что параллельно с деятельностью Комитета по охране здоровья, высокую активность по этому вопросу проявили средства массовой информации. Я лично участвовал в пяти- шести передачах, где обсуждался вопрос о том вреде, который наносит реклама отдельных приборов, которые печат о том всего. Мошенничество в этой сфере совершенно колоссальное. Ну и самая такая узловая, понятная профессионалам, это проблема самолечения по рекламным рецептам, вред и польза, которые существуют.

Коллеги, проблема, конечно, не однозначная – запретить или не запретить рекламу. Она тянет за собой другой вопрос: рецептурный и безрецептурный отпуск различных препаратов. А также вопрос организации контроля за рекламой, кому можно и нужно осуществлять его и в каком виде?

Вообще, по сути дела, этот вопрос затрагивает весь комплекс проблем здравоохранения, потому что цифр нет. Навскидку можно сказать, не менее 80 процентов (остальные 20 вообще не печатся), а они печатся, скажем так, как они себе это представляют, как представляют их соседи, как им об этом говорит реклама. Болит голова, пошел в аптеку, что-то взял, голова уже не болит. Я уже не говорю о рекламе тех лекарств, которые печат абсолютно от всего: принял таблетку и можешь быть счастливым.

Коллеги, какова задача сегодняшних парламентских слушаний? По сути дела, мы должны обсудить уже сложившиеся представления о том, какие изменения нужно вносить. Поскольку в детали в рамках парламентских слу-

шаний мы входить не можем, то ответить, по ту или другую сторону нам встать, я имею в виду законодателей, мы обязаны.

Первое. Нужно ли запрещать рекламу вообще или всё-таки допускать её при определенных оговорках. Но естественно сразу следует вопрос: а какого рода они должны быть?

Второй кардинальный вопрос. Кто должен контролировать медицинскую рекламу? Антимонопольная служба, как это сейчас или, может быть, какой-то орган, например, одна из структур Министерства здравоохранения?

Третий вопрос, который является весьма и весьма важным. Каков вообще допуск к рекламе, если мы разрешаем какую-то рекламу лекарственных средств? То есть, должно ли это носить разрешительный характер, когда, тот или иной, медицинский орган, даёт разрешение на рекламу, как это делается во многих странах или это такой свободный допуск, как сейчас?

Ну и ещё, без чего мы никак не можем обойтись, это сертификация, прежде всего, не лекарств (с ними здесь ещё более-менее понятно), сколько различного рода приборов медицинского назначения. Можно весьма ответственно говорить, что на сегодняшний день вся система сертификации приборов вызывает в основном вопросы, а не ответы. Возможность проникновения на российский рынок, и соответственно рекламы, совершенно каких-то чудодейственных аппаратов, она вызывает недоумение у специалистов.

Каков итог наших парламентских слушаний? Все должно кончаться каким-то результатом. Результат один. На основе наших парламентских слушаний, тех выводов, которые мы сделаем в результате и тех рекомендаций, которые мы с вами примем, мы открываем процесс законодательного регулирования рекламы лекарственных средств, приборов и прочего. То есть мы формируем законопроектные инициативы и начинаем выносить их в Государственную Думу, и в СМИ.

Первое слово я хотел бы предоставить Елене Алексеевне Тельновой, руководителю Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.

Тельнова Е. А. Я могу ответить, с одной стороны, сразу, а могу представить ту презентацию, которую мы подготовили, которая также отвечает на поставленные вопросы.

Но всё-таки мне хочется начать с того, что мы подготовили.

Понятно, для чего нужна реклама. Для того чтобы увеличить продажи тех или иных изделий, товаров и прочее. Реклама на фармацевтическом рынке имеет свои особенности. Она обладает такими особенностями, что мы не можем рекламировать рецептурные препараты, и производитель непосредственно напрямую не связан с пациентом. Поэтому большинство рекламных средств, таких, как телевидение, радио, местные газеты, не используют для продвижения препараты, отпускаемые по рецепту.

Мы со своей стороны, проанализировали состояние дел за рубежом, как обстоит дело с рекламой там. Надо сказать, что во всех цивилизованных странах 80 процентов препаратов врачи назначают по рецепту. Поэтому я полностью согласна с предыдущим оратором в том, что в теме рекламы заложен ещё и вопрос, связанный с рецептурным, безрецептурным отпуском. Люди за рубежом без рецепта могут купить только очень ограниченный круг препаратов. У нас же дело обстоит несколько по-другому. Сегодня мы дошли до того, что, пожалуй, только наркотик в наших аптеках нельзя купить без

рецепта, все остальное свободно отпускается, хотя мы прекрасно знаем, что должно отпускаться по рецепту врача.

Но что происходит в странах ЕС? Во всех странах ЕС (27 стран) реклама не запрещена полностью. Запрещена только в таких странах, как Германия, Дания, Швейцария. В остальных странах реклама присутствует. Но и мы считаем на самом деле, что полного запрета рекламы быть не должно. Безусловно, информация о безрецептурных препаратах должна доводиться до сведения пациентов. Но, сказав о том, что реклама напрямую связана с самолечением и безрецептурным отпуском, мне хочется привести аргументы в пользу запрета рекламы. И потом аргументы в пользу самой рекламы. То есть рассмотреть «за» и «против».

Основные аргументы в пользу запрета рекламы – это масштабное самолечение пациентов и риск серьезных осложнений в связи с бесконтрольным приемом лекарств. Факторами, побуждающими людей прибегать к самолечению, выступает в первую очередь недоверие к системе здравоохранения, отсутствие средств на лечение, невысокий уровень потребительской культуры медицинских услуг.

По итогам 2011 года объем рынка безрецептурных препаратов в России составил практически 8 миллиардов долларов. На розничный сегмент приходится 7,8 миллиарда долларов. Это примерно 50 процентов розничного рынка. Следует признать, что полностью уйти от самолечения, конечно же, будет невозможно. Но его нужно сделать ответственным. Рекламируемые безрецептурные лекарственные средства, при их правильном применении относительно безопасны, а наибольший риск от самолечения возникает либо при самостоятельном приеме рецептурных препаратов без рекомендации врача, либо, если пациент, вообще, не обратился к врачу в тех случаях, когда это необходимо. Нет рекламы и проблемы нет. Так можно сказать, с одной стороны. Но с другой, грань, которая разделяет ответственное и безответственное самолечение, это понимание, когда следует прекратить прием безрецептурных лекарственных препаратов и обратиться к врачу. И для решения этого вопроса необязательно действовать по принципу нет рекламы, нет проблемы.

В связи с тем, что касается рекламы на лекарственные препараты, у нас такие предложения: гармонизация правил рекламы безрецептурных препаратов с некоторыми стандартами, действующими в странах ЕС. В частности реклама этой продукции должна быть менее лиричной и более информативной так же, как и в ряде европейских стран нужно сделать обязательным упоминание о необходимости следования инструкциям, указаниям дозы лекарственных препаратов, информирование о противопоказаниях, а также временное ограничение относительно приема препарата до обращения к врачу. Изменение системы лекарственного обеспечения, пропаганда здорового образа жизни. Но кроме этого, введение процедуры одобрения рекламы, на наш взгляд, необходимо. Запрет на указание в рекламе каких-то ассоциаций, которые одобрили тот или иной препарат, запрет использования образцов с рекламной целью.

А дальше аргументы против запрета рекламы. У нас они тоже есть. Поэтому я их перечислю и хочу сказать, что, на наш взгляд, конечно же, подход должен быть очень взвешенный. В случае принятия законопроекта о полном

запрете рекламы на лекарственные средства, усложнится жизнь производителей, в том числе и российских, выводящих на рынок новые препараты. Продвижение новых препаратов станет дороже, что практически неизбежно приведет к росту цен. Но это один из основных аргументов. Если рекламу лекарств запретят полностью, гражданам придется при любом чихе и зуде бежать в поликлинику, высиживать длинные очереди, чтобы доктор что-нибудь прописал. Реклама, таким образом, перетечет в поликлинику. Ну, и если запретить рекламу безрецептурных препаратов, разрешенную в большинстве стран в мире, то конечный спрос будет подогреваться в других сегментах рынка. Например, начнет расти сегмент БАДов.

Что касается запрета рекламы на БАДы. Что надо запретить, на наш взгляд, так это, прежде всего, их рекламу. Поскольку здесь, конечно, множество вопросов, когда наших людей просто одурманивают всевозможной неправильной информацией о тех или иных БАДах, качество которых не проверено.

Очень коротко о рекламе медицинских услуг. Выход медицинской деятельности на рынок придает медицинской помощи характер услуги, путем присвоения ей определенного стоимостного выражения. Всё это привело в конечном итоге к необходимости применения тех правил и принципов, что и к продажам товаров, работ или иных немедицинских услуг. И здесь общие требования, предъявляемые к рекламе медицинских услуг, сформулированы в статье закона «О рекламе».

Что касается рекламы в Интернете, то, на наш взгляд, здесь множество вопросов и здесь её нужно, безусловно, запретить.

Реклама медицинских изделий, о которых вы сказали. Я приведу только две цифры, которые скажут о том, нужна ли реклама медицинских изделий и подтвердят слова председателюствующего. В 2010 году Росздравнадзором было изъято из обращения 274 тысячи 836 единиц незарегистрированных изделий. В 2011 году – 92 тысячи 479 единиц. Эти цифры говорят сами за себя.

Ну и хочу сказать о нормативной базе буквально два слова. До 19 июня 2012 года, то есть полгода, Росздравнадзор контролировал рекламу на лекарственные препараты. Но всего полгода. Затем с выходом 61-го закона и ряда постановлений правительства с нас эту функцию сняли. По результатам за полгода было выявлено 116 случаев нарушения законодательства о рекламе. Я не буду перечислять, какие препараты. Они есть на слайде. Кто захочет, может посмотреть.

Мы подготовили и программный продукт, и начали контролировать и взаимодействовать с Федеральной антимонопольной службой. Но с нас эта функция была почему-то снята, как только мы начали получать реальные результаты.

Председательствующий. Какие будут вопросы к Елене Алексеевне?

Пожалуйста. Представляйтесь только.

Шипков В. Г. Шипков, Международная фарминдустрия. Елена Алексеевна, я как-то обескуражен, но, похоже, не только я. Мои коллеги справа и слева тоже обескуражены вашим заявлением относительно того, что в странах Евросоюза полностью запрещена реклама лекарственных средств. Вот я держу последний отчет статистический по рекламе. Может быть, это была оговорка, но это не так на самом деле.

Тельнова Е. А. Я не так сказала. Стоит отметить, что реклама лекарственных препаратов безрецептурного отпуска разрешена в большинстве стран ЕС и во всех странах СНГ, за исключением Азербайджана. Из 27 стран ЕС реклама препаратов полностью запрещена только в Германии, Дании, Швейцарии и Бельгии. В остальных странах она есть.

Шипков В. Г. Я прошу проверить вашу информацию в части отдельных стран перечисленных. Также не совсем корректная информация, извините.

Председательствующий. Я хотел бы предоставить слово директору Департамента государственного регулирования обращения лекарственных средств Минздрава России Максимкиной Елене Анатольевне.

Максимкина Е. А. Вопрос очень актуальный. Потому что на самом деле вопрос связан с тем, насколько наше общество готово ответить на вопрос, что такое фармацевтический рынок: это бизнес или охрана здоровья? Потому что, безусловно, всё-таки вопрос о рекламе – это вопрос о составляющей бизнеса фармацевтического рынка.

Есть такое замечательное высказывание, которое я очень люблю своим слушателям приводить, в отношении рекламы: вести бизнес без рекламы, это всё равно, что подмигивать девушкам в темноте. Поэтому естественно, чтобы о препарате знали, о нём нужно подмигивать.

Дело в том, что в нашей отрасли достаточно сложно поставить грань между информированием потребителя, правильном информировании, причём разных групп, как институциональных организаций, так и конечных потребителей, так и промежуточных – врачей, которые выписывают лекарственные препараты и назначают изделия медицинского назначения или их используют. Поэтому, безусловно, то, что совершенствовать институциональные нормы в отношении рекламы лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения нужно.

Я согласна с Еленой Алексеевной, что на самом деле в отношении рекламы очень важно регулирование содержательной части, этического преподнесения для различных групп потребителей, даже для специалистов. Мы сталкиваемся с тем, что не всегда информация преподносится корректно, правильно расставляются акценты, делаются ссылки о научных исследованиях. Поэтому я считаю, что отдельно ещё продукт институционального добавления к тому же закону «О рекламе» должен разрабатываться в отношении рекламы лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения. И в этом вижу большую роль как раз организации профессиональных союзов, которые должны вырабатывать дополнительно эти нормы. Спасибо.

Председательствующий. Я хотел бы предоставить слово члену Комитета по охране здоровья, депутату Государственной Думы Прокопьеву Александру Сергеевичу.

Прокопьев А. С. Конечно, много правильных тезисов прозвучало и по поводу рекламы лекарственных средств. Единую позицию нам надо выработать.

Меня более заинтересовал всё-таки запрет рекламы лекарственных средств, который давно обсуждается. Но здесь же, наверное, встают проблемы и запрета рекламы БАД. Потому что Елена Алексеевна открыто сказала, что действительно, если что-то запрещать, то это рекламу БАДов. Всё-таки этот рынок действительно околофармацевтический и тоже имеет место.

Я хочу попросить выступить Пономареву Марину Николаевну – исполнительного директора НПП БАД, потому что они над этой индустрией работают.

Пономарева М. Н. Здравствуйте, я представляю подкомиссию оптимального питания РСПП «Индустрия здоровья» и некоммерческое партнёрство производителей БАД.

Действительно в плане нашей отрасли БАД существуют большие проблемы, и есть действительно компании, которые ведут недобросовестную рекламу. Но мы видим здесь исключительно единственный путь – это вопросы саморегулирования отрасли и выработки неких правил рекламы БАД. Говорить о полном запрете, как одной из категорий пищевых продуктов, это достаточно сложно и неоднозначно. Спасибо.

Тельнова Е. А. А можно вопрос?

Председательствующий. Да. Пожалуйста.

Тельнова Е. А. Вы знаете, у меня вопрос по поводу БАД. Если вы говорите, что это в дополнение к пищевым продуктам, то каким образом контролируется качество этого продукта?

Пономарева М. Н. Качество контролируется органами Роспотребнадзора, соответственно, как качество любых пищевых продуктов.

Тельнова Е. А. Ну тогда вопрос следующий. Если как качество любых пищевых продуктов, мы берём упаковку, которая практически составляет те же таблетки, с таким же содержанием как лекарственный препарат, как контролируются и проводятся клинические исследования или вообще исследования?

Пономарева М. Н. Если мы говорим о витаминно-минеральных комплексах.

Тельнова Е. А. Не только. О средствах для похудения, которыми пестрит Интернет.

Пономарева М. Н. Средства для похудения, те БАДы, которые рекламируются с неким послабляющим эффектом, это, соответственно, содержание тех растительных компонентов, которые разрешены при использовании.

Тельнова Е. А. Но это лекарственный препарат.

Пономарева М. Н. Нет, это не лекарственный препарат.

Председательствующий. Коллеги, у нас вопрос – ответ. Дискуссия потом.

Прокопьев А. С. Знаете, я с вашего позволения, резюмирую. Действительно я считаю, что не лекарственному рынку, не рынку парафармацевтики, не БАДам сейчас невыгодно между собой, так скажем, ссориться. А то, что относится к вопросу о регулировании, я думаю, что действительно с учётом того, какие проблемы сегодня есть и на лекарственном рынке, и, в частности, на рынке БАД, он сегодня может саморегулироваться, на мой взгляд. То есть вот это тот самый закон «О саморегулируемых организациях», когда на декларации ответственности строятся, и отношения с государственными органами и отношения к потребителю.

Я думаю, что этот этап у рынка начался. Он действительно у нас в стране очень молодой и развивающийся. И я думаю, что, если производители по отношению к потребителю будут действительно поступать по декларации об ответственности личной, то ситуация сдвинется с места. И я, по крайней мере, и непосредственно профильные организации будем способствовать этому. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо.

Воробьев П. А. Можно вопрос?

Председательствующий. Да, пожалуйста.

Воробьев П. А. Скажите, а вы не думаете, что необходимо изменить законодательство о БАДах? Я прямо могу сразу сказать какое. Речь идёт об определении, которое делает сегодня БАДы лекарствами. Там написано, что они обладают эффективностью. А эффективность требует клинических доказательств.

Пономарева М. Н. На самом деле, в соответствии с законодательством, БАДы по определению, это исключительно источник биологически активных веществ.

Воробьев П. А. Но это не так, прочтите закон.

Пономарева М. Н. Закон «О качестве безопасности пищевых продуктов» говорит что это источник биологически активных веществ.

Воробьев П. А. Значит, вы закон просто не читали, извините.

Председательствующий. Хорошо, коллеги, дискуссию отнесём на потом, вопросами-ответами обменялись. Я хотел бы предоставить слово начальнику управления контроля рекламой и недобросовестной конкуренции Федеральной антимонопольной службы Карташову Николаю Николаевичу.

Карташов Н. Н. Хотелось бы начать с тех цифр, которые меня заинтересовали в выступлении Елены Алексеевны. В выступлении прозвучала такая цифра, что 80 процентов препаратов в США отпускается по рецепту.

Я хотел бы это соединить с тем, насколько я понимаю, основная линия этого совещания сейчас является и будет на будущее, наш подход как органа госвласти к защите наших граждан от безответственного лечения, как вы его обозначили. Соответственно, чтобы наши граждане не ели всё подряд, что рекламируется с телеэкрана.

Как мне представляется, вопрос лежит совершенно не в плоскости рекламы. Надо тогда сделать, как в США, обозначить у нас эти же 80 процентов, назвать их рецептурными, и они уйдут с рекламы телевизора и всё, и граждане не будут лечиться. Будут они, как в Германии, ходить за рецептами, получать их у врача, а в аптеках будут продаваться леденцы от кашля, и всё.

Соответственно, по рекламе давайте поговорим. Я, как специалист, могу вам сказать следующее, что в законе о рекламе в 24 статье, безусловно, есть ряд проблем, с которыми мы, как правоприменители сталкиваемся.

Первое – это, конечно, то, что необходимо проконсультироваться со специалистом. Оно нормальное, оно для рекламы лекарственных средства должно быть, в рекламе обязательно должно находиться. Оно очень нелепо выглядит, когда речь идёт о рекламе клиники. Представьте себе такое: рекламный плакат, там клиника Карташова (условно говоря), необходимо проконсультироваться со специалистом, чтобы обратиться ко мне в клинику. Сейчас это требование распространяется и на клиники тоже. Соответственно, если речь идёт о совершенствовании законодательства, надо подумать о том, либо сделать правильную дефиницию в части клиник, либо вообще из клиник это изъять.

Вторая проблема, которая стоит, это то, что у нас (я честно скажу) этой проблемы нет, как у правоприменителя, эта проблема есть у судов, которые нас не очень понимают в этой части. Судебная практика показывает, что

медицинская услуга не отождествляется с медучреждением и медицинской деятельностью. Соответственно, как пример, я могу привести следующее. Допустим, медицинский центр «Карташов», приём ведут врачи высшей категории: стоматолог, окулист, кардиолог, гарантируем 100 процентный результат лечения. Так вот, судебная практика сейчас складывается таким образом, что некоторые наши территориальные органы проигрывают дела. Допустим, эффективность гарантируем 100 процентов результат лечения.

Суды говорят о том, что положение 24-й статьи не распространяется конкретно на эту рекламу, нам кажется это странным. Это тоже в части совершенствования законодательства, соответственно, надо подумать над этим.

Как нам представляется, ещё очень большой проблематикой является, действительно сейчас каждый практически выступающий начал поднимать эту тему, реклама БАДов. Хочу доложить, что нами подготовлен законопроект об усилении ответственности за рекламу биологически активных добавок. Суть его заключается в следующем. Мы предлагаем ввести ответственность административную не только рекламодателю за недостоверную рекламу БАДов, но и рекламодателем распространителю. Сразу поясню на примере, как это будет выглядеть и какой эффект это принесёт. По нашему мнению это, безусловно, сработает.

Сейчас мы сталкиваемся с тем, что рекламируют БАДы фирмы-однодневки, за которыми мы гоняемся как за тёмной кошкой в тёмной комнате. Как только эта норма будет введена в действие, соответственно, привлечём газету 10 раз к ответственности за одну страничку, на которой опубликовано 10 объявлений недобросовестных о биологически-активной добавке. Я думаю, на следующий месяц у этой газеты пропадёт всякое желание публиковать подобного рода рекламу.

Как специалист опять же и как рядовой гражданин, могу сказать, что отделить рекламу недостоверную и недобросовестную БАДа от хорошей рекламы элементарно. Статья 25 закона о рекламе говорить о том, что реклама БАДа не должна говорить о лечебном эффекте. Слушайте, мы уже много судов выиграли, уже, по-моему, даже разъяснения ФАС готовы на этот предмет, что такое лечебный эффект, чтобы потребитель не путал рекламу фармпрепарата и рекламу БАДа. Как только в рекламе БАДа встречается упоминание какого-либо заболевания любого, это недостоверная реклама, это однозначно убирается ФАСом сразу. Тут никаких разговоров быть не может.

Соответственно, мы считаем, что законопроект, который подготовлен нами, позволит решить эту проблематику раз и навсегда, и не надо будет гоняться за фирмами-однодневками.

Председательствующий. Давайте вначале вопросы зададим, потом я небольшой комментарий себе допущу. Какие будут вопросы к Николаю Николаевичу? Пожалуйста. Только представляйтесь.

Завидова С. С. Ассоциация организаций по клиническим исследованиям.

Я здесь, наверное, как сторонний наблюдатель и как эксперт, который сейчас не находится в сфере рекламы.

В последнее время, я наблюдаю очень активную деятельность в части именно попытки контроля преследования биологически активных добавок. Во всяком случае, такая активность прессы, она явно видна. У вас проводится какая-то кампания, вы какие-то сроки для нее поставили, какие-то це-

ли? Потому что объявлений каких-то я не видела, но вижу, что достаточно успешно (это действительно очень сложная задача), сейчас ФАС пресекает многочисленную недобросовестную рекламу БАД. Вот это что?

Карташов Н. Н. Это обыкновенная наша работа. Вы что думаете, мы в крестовые походы выходим против определенных производителей что ли? Это стандартная наша работа.

Председательствующий. Хорошо, спасибо. У вас слишком длинный вопрос. Надо всё-таки покороче, если хотите задать содержательнее. Так, кто ещё? Да, пожалуйста.

Прокопьев А. С. Вот вы правильно сказали, конечно, по поводу ответственности рекламы распространителей, но в законе сейчас есть норма, которая позволяет ФАСу отчасти субъективно оценивать ту или иную рекламу. Это создает впечатление. Не думаете ли вы, что нужен сегодня не субъективный, а конкретный критерий. Допустим, либо что-то внести в регистрацию документов, либо что-то такое, что позволит вам реально по каким-то критериям оценивать рекламу не субъективно? Потому что вы носитесь, получаете, за всевозможными производителями, а далее они в судах начинают, по большому счету, уваливать от ответственности, потому что у вас субъективные инструменты в руках, субъективные нормы.

Карташов Н. Н. Я не очень понял, какая связь между уваливанием в судах и субъективизмом, но на вопрос отвечу. Я вам честно могу сказать, закон о рекламе 38-й практически в полном объеме оттенок субъективизма несет в себе, практически каждая статья. В обосновании нашей позиции, в объяснении, почему мы, допустим, применяем эту норму вот так, а эту читаем вот так, а эту применяем вот так, могу сказать следующее. Посмотрите на нашу статистику проигрыша в судах, и вам всё станет понятно. Мы однозначно правильно читаем закон. В центральном аппарате сотая доля проигрыша в судах. Там 23, по-моему, или 18 сотых. Какие вопросы к нам могут быть по поводу правильного прочтения?

Прокопьев А. С. Тогда ещё один последний вопрос. Вот, если всё-таки рынок, допустим сконцентрировался, объединился в саморегулируемую организацию, вы готовы с ним в полной мере готовить?

Карташов Н. Н. Абсолютно. Всячески поддерживаем саморегуляцию и безусловную перспективу. Я Вам скажу так, готовы отдавать часть рекламы на саморегулируемые основы. Однозначно. То есть по опыту Европы мы вперед должны двигаться и не надо изобретать велосипед, что-то придумывать, новые колеса, всё уже давно придумано за нас и всё хорошо работать.

Председательствующий. Да, пожалуйста. Натхо Разиег Хамедовна – член Комитета Государственной Думы по охране здоровья.

Натхо Р. Х. Николай Николаевич, вы сказали, что тяжело гоняться за фирмами-однодневками в отношении БАДов. А скажите, пожалуйста, какая у вас статистика имеется в отношении Интернет-аптек? Потому что этот источник происхождения, мне кажется, легче установить и вести какой-то мониторинг в сети. Спасибо.

Карташов Н. Н. Тоже вопрос мне не очень понятен, как он к моему профилю относится. Какое отношение к рекламе имеет?

Натхо Р. Х. То, что они осуществляют незаконную, нелегальную деятельность.

Карташов Н. Н. Напишите в прокуратуру заявление. Я думаю, прокуратура примет необходимые меры и найдет противоречие действующему законодательству. Я рекламой занимаюсь.

Тельнова Е. А. Можно я частично отвечу на ваш вопрос? Интернет-аптеки находятся вне закона. Проверять их никто не проверяет, и контролировать их не может, даже туда не можем, поскольку нас никто не допустит до этого. Значит, Интернет-аптеки в принципе известны и заниматься ими должны правоохранительные органы, поскольку деятельность эта не лицензируется.

Натхо Р. Х. Скажите, пожалуйста, тогда кто должен инициировать, депутаты должны обращаться, или всё-таки есть контрольно-надзорные органы, которые должны мониторить?

Тельнова Е. А. У нас есть правоохранительные органы, Министерство внутренних дел, которые должно пресекать эту деятельность.

Из зала. Можно еще маленький вопрос вот в отношении добросовестной, недобросовестной рекламы, поскольку действительно ФАС наиболее активен в её отслеживании. Как отслеживается в печатном издании я поняла, тут действительно, ответственность рекламодателя, я думаю, что эта мера сработает, а вот телевизионная реклама? У нас огромное количество передач идет на телевидении по здоровью, врачи ведут и постоянно идут рекомендации на этих передачах в огромном количестве и любых препаратов, и рецептурных, безрецептурных, биологически активных добавок. И вот как это контролировать?

Карташов Н. Н. Нормально это контролировать. Были у нас дела по ряду передач. Соответственно, в законе «О рекламе» есть нормы, которые запрещают использование образа медицинского работника в рекламе лекарственного средства. Дела были, мы в полном объеме 24 часа все наши телеканалы мониторить не можем, но если есть факты, пишите заявление, отработаем, 100 процентов.

Максимкина Е. А. Понятно. Я просто сама участвовала в передаче и там спросили: «Елена Анатольевна, а чтобы вы посоветовали взять в аптечку путешественника?» Знаете, очень сложно было ответить общими словами, там, жаропонижающие, или еще что-то. То есть, в общем-то, это провокационные вопросы, которые ставятся и иногда дают повод для обсуждения.

Председательствующий. Хорошо. Какие еще будут вопросы к докладчику? Но мы время исчерпали.

Коллеги, я хочу дать небольшой комментарий. Мне кажется, он очень важен для дальнейшего направления нашего обсуждения. У нас две плоскости есть в рекламе. Это общий закон «О рекламе», защита интересов бизнеса, который здесь широко сегодня у нас представлен и здесь всё понятно. Возникает вопрос. Лекарственные средства, медицинские аппараты, они находятся на одной плоскости, на одной полочке со всеми другими товарами, услугами и так далее, или это некий особый класс товаров, к которым нужно применять особые процедуры рекламы? Понимаете, если исходить из признания лекарств, БАДов, как обычных товаров, то какие-то особые ограничения, они действительно, против бизнеса, против экономики и так далее. Но если мы исходим из другого, что главное, не продать и чтобы не жила соответствующая промышленность, а главное, чтобы общество было

здоровым, тогда, наверное, совсем другой должен быть подход к обсуждаемым вопросам. Я прошу на этом тоже как-то акцентировать ваше внимание, чтобы мы понимали, какие есть точки зрения.

Итак, я хотел бы слово предоставить первому заместителю председателя Комитета по охране здоровья Герасименко Николаю Фёдоровичу.

Герасименко Н. Ф. Спасибо, Сергей Вячеславович. Сегодня в правительстве заслушивается как раз в это время закон «О защите населения от табачного дыма». Хотел туда пойти, но решил прийти сюда. Вот тоже, когда о рекламе говорим, тут у нас возникает сразу две стороны. Производители, рекламодатели, у них своя точка зрения. А пассивная сторона – жители или, допустим, кто потом лечит этих жителей, они мало выступают. И все кричат, надо рекламу сохранить, не трогайте ничего и всё!

Вот здесь я не вижу представителей медицинских обществ и ассоциаций, производителей достаточно, да, рекламодателей. В единственном числе, у нас есть ассоциации пульмонологов, терапевтов, хирургов, национальная палата и так далее. Очень много, которые эти последствия лечат. Я имею в виду, что нужно, когда готовят законопроекты, надо брать другую сторону, чтобы она здесь активно присутствовала.

Второй вопрос. Давайте говорить честно, что такой разнuzданной рекламы ни в Евросоюзе нет, ни в странах большой «20», ни «8», в которую мы входим. Поэтому об этом тоже надо говорить. То есть потребность в регулировании огромная. И я тоже хотел бы остановиться на БАДах, честно говоря, сначала не хотел, но когда заговорили о саморегулировании, то я категорически против саморегулирования БАДов. Почему?

Вот недавно ко мне обратились женские общества, а потом фармацевты. Идёт мощнейшая реклама БАДов, влияющих на эректильную функцию мужчин. И, как вот Елена Алексеевна говорила, надо не столько быть лиричной, сколько информационной, у нас под рекламой БАДов целые мини-спектакли. Анна Семенович с выдающимися глазами, разыгрывает целый спектакль страсти, борьбы и так далее. Но, когда исследовали препараты, что «Сеалекс» БАД, что «Тангат-платинум», что «Аликапс», в них обнаружили в очень большом содержании тодолафил, который является активным веществом и может продаваться только по рецепту. Сильнейший препарат, они завышают дозу в два раза. Уже говорят, мужики гибнут.

Вы возьмите средства для похудения. Кто контролирует там мочегонные вещества, огромные дозы? О каком саморегулировании может идти речь?

Вот у меня тоже вопрос, к сожалению, здесь не представлен ни Роспотребнадзор, ни Институт питания, те органы и институты, которые выдают разрешения на эти БАДы. Они не могут определять, а фирмы не заявляют о наличии этих активных препаратов. Поэтому у меня, возникает вопрос, имеют ли они оборудование для выявления активных веществ в качественном и количественном соотношении, чтобы давать такие разрешения? Поэтому и надо в нашем решении записать в адрес тех организаций, которые проверяют БАДы и выдают разрешения, что они должны выявлять активные фармацевтические вещества, и тогда уже решать, можно ли давать разрешение. И поэтому здесь никакой речи о том, чтобы просто саморегулироваться быть не должно.

По БАДам отдельно есть у нас статья в законе «О рекламе», нужно будет смотреть, я сейчас не готов говорить об окончательных решениях,

это потом можно в дискуссиях всё это объяснить. Но то, что усилить регулирование БАДов, не допускать их на рынок, они уже зачастую ассоциируются у населения с лекарствами, что они имеют какое-то фармацевтическое действие.

Поэтому необходимо всё-таки ограничить в отношении вот таких препаратов, в отношении, кстати, рекламы, чтобы она действительно была не художественным произведением, а носила информационный характер. Я здесь Елену Алексеевну очень поддерживаю. И определённые должны быть ограничения. Спасибо.

Тельнова Е. А. А можно частично ответить на вопрос, который был по БАДам?

Председательствующий. Одну минуту. Давайте вопросы Николаю Фёдоровичу зададим. Пожалуйста.

Прокопьев А. С. Тут, наверное, не вопрос, а ремарка. Потому что саморегулирование, наверное, появляется тогда, когда как раз госрегулирование не работает. И если нам сегодня необходима эта саморегулируемая организация, это способ донести, так скажем, наши законные возможности и требования как раз до госорганов. Поэтому эта идея не просто так возникла. Если госрегулирование не реагирует на те случаи, когда тодолафин содержится в БАДе, который может рекламироваться, а рецептурное средство не может рекламироваться, и это не видят, то каким образом добросовестному производителю пытаться настаивать на своём мнении, что этот препарат действительно, осуществляет мошеннические и преступные действия?

Так что саморегулирование можно отвергать, но это единственный способ попытаться как раз подключить саморегулирование к рынку. Потому что сейчас от него отказались Минздрав, Роспотребнадзор и в принципе выгнали из всех возможных ведомств. Так что нужно решать этот вопрос.

Председательствующий. Николай Фёдорович, пожалуйста.

Герасименко Н. Ф. Я не против саморегулирования в таком плане. Но нельзя исключать и государственное регулирование и контроль. Вот в чём дело. Не просто отдать на откуп.

Прокопьев А. С. Это процесс взаимодействия.

Герасименко Н. Ф. Взаимодействие – это другой вопрос. Надо определить это соотношение.

Председательствующий. Вопросы ещё будут к Николаю Фёдоровичу?

Если вопросов нет... Елена Алексеевна?

Тельнова Е. А. Да, я хотела частично ответить на тот вопрос, который был поставлен Николаем Фёдоровичем. Что касается качества БАД, я действительно и задала этот вопрос, как контролируется. Потому что в своё время Росздравнадзор, в самом, так скажем, начале своей деятельности, провёл анализ БАДов в сравнении с лекарственными препаратами. Большинство БАДов, так скажем, присутствует на рынке, поскольку не хотят заниматься регистрацией лекарственного препарата. И по составу они в большинстве своём практически те же лекарственные препараты, но качество их не контролируется. И это факт. От этого никуда не уйти. Поэтому я совершенно согласна с Николаем Фёдоровичем, когда говорят о том, что они обладают такими свойствами, действительно эффективно применения, это всё относится к лекарственным препаратам. Спасибо.

Герасименко Н. Ф. А лабораторий нет (я имею в виду в Роспотребнадзоре или в Институте питания) по выявлению качественных и количественных доз препарата?

Пономарева М. Н. Нет. Я хочу прокомментировать этот вопрос с делами. Дело в том, что действительно ни Институт питания, ни лаборатории Роспотребнадзора не могут провести исследования на сильнорействующие или на делафин, хотя он не относится к сильнорействующим. Мы как ассоциация соответственно обращались в Центр контроля качества лекарственных средств и проводили исследования указанных продуктов, указанных БАДов. И направлялись письма в Роспотребнадзор. Но получается, что Роспотребнадзор сам не может проверить, а чужим исследованиям он не доверяет.

Председательствующий. А сам не может?

Пономарева М. Н. Да. БАДы относятся к компетенции Роспотребнадзора, поэтому обращайтесь к нему. И здесь получается, что мы как производители знаем об этом, что да, есть недобросовестные производители. И в прокуратуру обращались. Она выходила, в частности, на Питерские заводы. Но получается, что все знают, а органа, который бы мог навести порядок, нет.

Герасименко Н. Ф. Понятно. Сергей Вячеславович, возникает ещё одна коллизия. Мы здесь затронули уже обращение лекарственных средств. Не только рекламу, а обращение. То есть если возникают вопросы, то потребуются, наверное, поправки в закон «Об обращении лекарственных средств», кто контролирует и так далее.

Пономарева М. Н. То есть здесь на самом деле получается обращение некой субстанции под видом лекарственного препарата, под видом, в частности, БАДа.

Максимкина Е. А. Можно тогда ремарку в плане корректировки закона «Об обращении лекарственных средств»? В принципе Министерство здравоохранения ни от чего не отказывается, что входит в сферу компетенции Министерства здравоохранения.

На мой взгляд, позиционировать биологически активную добавку как лекарственное средство и соответственно отнести его к ведению Министерства здравоохранения, это заведомо поставить наших потребителей в то заблуждение, о котором мы только что говорили. Биологически активная добавка никаким образом, даже близко не должна рассматриваться как возможное лекарственное средство. Это исключительно пищевой продукт, даже добавка к пище. Поэтому действительно очень правильный акцент, то, что нужно определить ответственность, но она не должна ассоциироваться со структурой, которая отвечает за охрану здоровья.

Герасименко Н. Ф. Предложите тогда, куда это относится.

Максимкина Е. А. Это исключительно структура Роспотребнадзора.

Председательствующий. Я категорически не согласен с последним выступлением по одной простой причине.

Ну, во-первых, что касается медицинской адресации. Вот понятно, что если сказано, примете эту таблетку, то на всю жизнь избавитесь от насморка, это уже как бы медицинское заключение, можно ловить и так далее. А как можно ловить рекламу, когда поставлен диагноз: если в животе там шум и гам, прими там чего-то, эспумизан? Это что, медицинская текстовка? Шум и гам в животе, это что? Хотя человеку все понятно. Поэтому я считаю,

что здесь водораздел не может идти физически по эффектам медицинским. И есть в рекламе упоминание о медицинских эффектах или нет.

Второй пример, который я хотел бы привести. Я позавчера был в Питере, в организации, которая занимается пептидами, специалистам это известно. Они целый ряд лекарств, сильнодействующих лекарств – онкология, сердечно-сосудистые, простатит, причем они реально воздействуют – выпускаются под маркой БАДов. Я спрашиваю: а почему? Ну, понятно, почему. Но вопрос другой. Я говорю: «А эффект?» Они говорят: «Да прими вместо одной таблетки две и будет тоже, что тебя укололи лекарством сильнодействующим».

Коллеги, есть один философский вопрос. Человек – то, что он ест. Поэтому любую пищу можно считать лекарством или воздействующим на его организм. Но где вот этот водораздел, чтобы БАДы продавались в гастрономах, а не в аптеках, вот и надо законодательно решить. Причем объективно решить. Да, БАДы – не лекарства. Значит – в гастроном. Улучшение вкуса. Но ни в коем случае тогда, я совершенно здесь в этой части с вами согласен, это не должно иметь лечебный эффект. А тогда смысл БАДов просто-напросто пропадает. Вопрос неоднозначный совершенно.

Я хотел бы предоставить слово Сергею Ивановичу Колесникову, советнику Президиума Российской академии медицинских наук, нашему бывшему депутату.

Колесников С. И. Спасибо, Сергей Вячеславович. Дело в том, что во всем мире проблема БАДов решена просто. Они их просто называют диетическими добавками к пище и не вводят в заблуждение потребителей словами «биологически активные». Это просто диетическая добавка.

Председательствующий. А откуда это возникло? Я просто не знаю.

Колесников С. И. Но это на заре рынка возникло, лет 15 или даже 20 назад.

Председательствующий. Это только в России?

Колесников С. И. Фактически называют так только в России «биологически активные добавки», потому что «биологически активные вещества», сначала у нас было такое понятие, из которых, в том числе и лекарства создавались. А потом появились эти биологически активные добавки. Это как раз вводит в заблуждение потребителей. Это надо рано или поздно менять. Предлагалось много раз, кстати, и все время замалчивается, потому что не хотят, понятно, рынок же можно разрушить.

Но, прежде всего по поводу закона о медицинской рекламе. Мы с Николаем Фёдоровичем несколько раз предлагали такой закон на протяжении депутатства. Этот закон постоянно отклоняется, говорят о том, что тут нет специфики регулирования, и что это вполне попадает под обычный закон о рекламе. Так же как сказала Елена Алексеевна, что ничем не отличается от обычной рекламы о медицинских продуктах, изделий и лекарственных препаратах. На самом деле это не так. Она имеет достаточно серьезную специфику. И один из вариантов – конечно, разработка специального всё-таки закона о медицинской рекламе. Это – первое.

Второе. У нас есть ряд ниш, которые не закрыты и которые позволяют недобросовестную рекламу проводить. Прежде всего у нас нет закона о медицинских изделиях, который тоже уже лет 15 мы пытаемся разработать. Он так и не разработан. Нет технических регламентов о безопасности медицин-

ских изделий и нет технических регламентов о безопасности лекарственных веществ. Дело в том, что 61-й закон не покрывает всю сферу безопасности лекарств и соответственно без технического регламента о безопасности, не колесной техники, как нам каждый раз предлагают, то колесной техники, то сенокосилок, то ещё чего-нибудь о безопасности, технический регламент. А тут жизненно важный технический регламент, и посчитали, что он не нужен после закона № 61.

Либо тогда нужно специальную главу вводить в закон 61-й «Об обращении лекарственных средств» и там прописывать ответственность в дальнейшем (с уголовной и административной) за нанесение ущерба из-за недобросовестной рекламы лекарственных препаратов, как достаточно активных средств.

Очень плохо прописана, конечно, ответственность за нанесение ущерба вследствие недобросовестной рекламы лекарственных препаратов, и активных веществ. Если бы она была прописана сначала в рекламе, а потом в административном и Уголовно-процессуальном кодексе, я вас уверяю, что многие вещи были бы сняты.

Просто запретить рекламу не получится, потому что это способ информирования, в том числе и о неблагоприятных воздействиях лекарственных препаратов. Мы все говорим о благоприятных последствиях, что там рекламируются. Но реклама – это ещё и способ информирования о неблагоприятных последствиях использования лекарственных препаратов. И это тоже надо иметь это в виду.

Я здесь горячо поддерживаю предложение ФАС об ответственности рекламодателя – средств массовой информации. И это достаточно легко проконтролировать.

Ещё есть незакрытая ниша, о которой мы постоянно говорим. Это Интернет-аптеки. По данным ЕС, 50 процентов фальсификатов распространяется через них. Если брать фальсификаты, то это 3–4 процента (Евросоюз так считает). Здесь – 50 процентов. Рано или поздно эту сферу надо закрывать. Либо вносить изменения в рекламу и говорить, что Интернет-сфера является всё-таки сферой регулирования, в том числе закона «О рекламе». Мы же живём уже в другом обществе, в другом Интернет-пространстве. Это тоже надо делать.

Потому что если мы уберём это из СМИ, где можно проконтролировать содержание, создать советы, как рекомендуется, по предварительному рассмотрению предложений рекламодателя. Это можно, конечно, сделать. Но если мы уйдём из СМИ, то мы всё это погрузим в Агентство ОБС (одна бабуся сказала), либо в Интернет, а это будет страшно. Потому что народ приобретать то, что не контролируется. А это – ящик Пандоры. И если мы это выпускаем, то дальше уже просто-напросто мы ставим под угрозу уже не десятки человек, а миллионы.

Поэтому здесь мне кажется, очень хорошо бы внести в законодательство понятие ятрогении, в том числе в закон об охране здоровья. Там вроде бы всё прописано у нас по взаимоотношениям медрепов (представителей медицинских компаний) и врачей. А взаимоотношения с потребителем мы нигде не прописали фактически.

Мне кажется, что всё-таки, несмотря на возражения, надо специальную главу делать о медицинской рекламе, большую, подробную с отсылками

прямого действия. Не на волю судебных органов отдавать трактовку закона, а делать закон прямого действия. Вот тут, на мой взгляд, основной ключ к разрешению конфликтов между рекламодателем и потребителем и теми, кто недобросовестно размещает рекламу. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо. Какие будут вопросы к Сергею Ивановичу? Если вопросов нет, то я хотел бы предоставить слово Воробьёву Павлу Андреевичу, заместителю руководителя Форумного комитета РАМН.

Воробьёв П. А. Спасибо большое. Я начну с того, что Форумный комитет неоднократно высказывался за то, чтобы реклама лекарственных препаратов и изделий медицинской техники была запрещена. Высказывался по одной простой причине: потому что мы сегодня, говоря о лекарственных препаратах, на самом деле всё время имеем в виду БАДы, и основная проблема в этой рекламе – это они. Потому что ни врачи, ни пациенты реально понять, что есть лекарство, а что есть БАД, не могут. Они абсолютно одинаково упакованы, имеют абсолютно одинаковый состав. А что, у нас лекарственных трав нет в виде лекарств? Есть. Почему одни лекарственные травы те же самые идут, как лекарство, проходя все процедуры контрольные, а другие травы, как биологически активные добавки? Но я при этом прекрасно понимаю, что простым запретом рекламы мы ничего не решим. Решать надо всё-таки поэтапно.

Первое. В законе о пищевых продуктах нужно записать: не биологически активные вещества. Что такое биологическая активность, понять нельзя. Кстати, там предыдущая строчка – это диетическое питание. Почему нужно выделять отдельно какие-то биологически активные добавки? И в Законе «О рекламе» уже было сказано, что там тоже полно дырок. Что это за закон такой? Не должно быть таких фраз в нем. Там должно быть жёстко написано, что не могут быть такие-то, такие-то слова произнесены. Например, я сейчас не готов конкретно по формулировкам сказать, но думаю, что Закон «О рекламе» в этой части тоже как минимум нужно пересмотреть. И я согласен с тем, что нужен отдельный закон о медицинской рекламе. Не знаю, как его назвать. Может быть, посовременнее – медицинские технологии. Конечно, это отдельная огромная тема и так просто её не решить. И мы почему-то забыли поговорить сегодня о медицинской технике, хотя она всплывает чуть-чуть, но мало. Значит это точно надо запретить, потому что, то, что сегодня рекламируется, это вообще кошмар. Это абсолютно точно неработающие вещи. Мы проверили изделия медицинской техники, всякие ультразвуковые, магнитные, прочие, физиоаппараты, которые на самом деле ничего не делают, но люди вкладывают огромные деньги. Люди квартиры продают, чтобы покупать это. Их затягивают, превращают в людей без мозгов совершенно и это страшная трагедия человеческая, и здесь реклама играет главную, ведущую роль. Вот это совершенно безболезненно нужно запретить. Спасибо.

Председательствующий. Какие будут вопросы к Павлу Андреевичу?

Герасименко Н. Ф. Если можно, маленький комментарий. Написать отдельный закон по медицинской рекламе невозможно. Правильно предложение Сергея Ивановича о том, что сделать главу. Мы это всё уже проходили, потому что у нас такая принцип регулирования. Если реклама, всё туда, какая бы она ни была.

Председательствующий. Спасибо, Николай Фёдорович.

Карташов Н. Н. Я хочу позицию ФАС высказать по поводу услышанного, по поводу медтехники, медизделий. Предлагаю пойти по нашему пути, возложить ответственность административную на рекламораспространителей. Я вас уверяю, всё это прекратится. Я неоднократно здесь слышал сейчас по поводу полного запрета рекламы лекарственных средств. Давайте я выскажу точку зрения. Рыночные органы являющиеся регулятором, макрорегулятором в стране. Вы все должны чётко понимать, что запрет рекламы какого-либо товара ведёт к фиксации долей тех предприятий, которые находятся на рынке. Если вы хотите оставить те большие доли иностранных мегагигантов, пожалуйста, сделайте это. Никогда ни один российский завод не поднимется до уровня международной корпорации, никогда. Без рекламы никогда не продвинет он свой товар, никто у него не купит. Более того, если все пойдём в тренде, в котором сейчас Европа идёт, всё будем заносить в рецептуру и по рецепту врача, тем более останутся одни пастилки от кашля. Максимум тогда долю, которую вы будете фиксировать для отечественных предприятий – это полпроцента рынка. Спасибо.

Колесников С. И. Вы знаете, я должен прокомментировать. Вы молодой и образованный человек и, скорее всего, рекламе лекарств не верите и по ней не лечитесь. Но ваш подход, что надо поддерживать отечественного производителя, но угробим народ, мне лично абсолютно не импонирует. Лекарства – это не тот товар, которым торгуют на базаре.

Карташов Н. Н. Я не призываю угробить. Я же вам сразу варианты развития событий предлагаю. Я говорю: хотите, запретите рекламу медтехники, ужесточите её. Давайте это сделаем. Введите ответственность за рекламу распространителя.

Герасименко Н. Ф. Никто не говорит, что полностью убрать.

Председательствующий. Коллеги, без эмоций.

Карташов Н. Н. Первый или РТР десять раз накажем за одни сутки за ролики этого.

Председательствующий. Да совершенно нерабочее предложение по одной простой причине. Не может отвечать рекламодатель за оценку того продукта, который он рекламирует. Везде написано: рекламодатель не несет ответственность. Потому что они не понимают, содержит эта таблетка что-то или не содержит. Имитация бурной деятельности со стороны ФАС.

Максимкина Е. А. Сергей Вячеславович, можно маленькую ремарку, чтобы мы понимали, о каких объектах регулирования идёт речь. Я тоже хочу обратить внимание на законодательные нормы, которые содержатся в отношении понятийного аппарата. У нас сейчас нет понятия «медицинская техника». В законодательстве, которое действует, у нас есть лекарственные средства, которые делят на фармсубстанции и лекарственные препараты, изделия медицинского назначения, которые всё объединили. Министерством в развитии 323-го федерального законодательства разработан ряд нормативных актов, которые регулируют классификацию, изделия медицинского назначения и ряд других правил и порядков, которые там утверждены. А что касается обращений изделий медицинского назначения, то федеральный закон готовится, и поручено это Минпромторгу.

Председательствующий. Я уже неоднократно говорил: сама позиция Минздрава о том, чтобы передать эти вопросы в Министерство промышлен-

ленности и торговли, мне кажется, парадоксальная. Тем самым Минздрав признается, что вообще он к лекарствам не имеет никакого отношения, чем хотите, тем и лечитесь. Вот здесь прозвучал тезис, что нынешние игроки на рынке заинтересованы в том, чтобы реклама была запрещена. У меня есть предложение предоставить слово генеральному директору ассоциации фармацевтических производителей Виктору Александровичу Дмитриеву.

Дмитриев В. А. Уважаемые коллеги, говоря словами Елены Анатольевны, постараюсь подмигнуть при свете для большего эффекта.

Я солидарен со всеми выступающими, что требует совершенствования нормативная база по регулированию рынка рекламы лекарственных препаратов. И это лишь одна из составляющих, потому что мы сегодня затронули большой круг вопросов и проблем, которые надо решать, и реклама лекарственных средств – это уже вытекающее из этого, это и вопрос соответственно самолечения, и БАДов и так далее.

Если говорить о БАДах, то давайте просто на русский язык дословно переведем так, как это называется за рубежом, это никакие не биологически активные, это пищевые добавки, не более того. И давайте это внесем, в какие необходимо нормативные акты и, наверное, на этом вопрос закроем.

Я вернусь к теме нашей дискуссии, это совершенствование законодательства о рекламе лекарственных средств. Вот сосредоточусь только на этой теме.

Первое. Европейский опыт. На самом деле в Европе разрешена реклама безрецептурных препаратов. Более того, 7 ноября в Европарламенте слушается на эту тему вопрос, и вот ваш покорный слуга приглашен туда для дискуссии и освещения ситуации в Российской Федерации и соответственно постараюсь донести, в том числе и итоги этой дискуссии. Поэтому здесь, мне кажется, не надо изобретать велосипед, а смотреть на тот опыт, который есть во всем мире – реклама рецептурки запрещена, безрецептурные везде разрешены. Другое дело, что мы должны это отрегулировать и сделать правильным, четким, понятным и прозрачным.

Второе. Это опыт стран СНГ. Опять же, долгое время возглавляя Межгоскомиссию, я посмотрел, как это регулируется в странах СНГ, которые фактически регуляторную систему по обращению лекарственных средств создавали с нуля. Везде этим занимаются регулирующие структуры, выпускающие препарат на рынок. Я согласен с Сергеем Ивановичем, что лекарство всё-таки это особый товар, там есть масса моментов, которых нет у других товаров. Лампочку при покупке мы можем проверить: горит, не горит. В препаратах, особенно, к примеру, статинах, эффект мы можем увидеть только лабораторно. Есть плацебо-эффект. Поэтому здесь регуляция должна быть отдельная и здесь, может быть, отсюда вытекает один из ответов на те вопросы, которые задавал Сергей Вячеславович в начале: кто должен контролировать? Не в обиду ФАСу будет сказано, но, я считаю, что этим должен заниматься Росздравнадзор. Есть профессионалы, есть территориальные органы, есть возможности, понимание и так далее.

ФАС занимается всем: рекламой средств от перхоти, оружия, пива, там всего, чего угодно. И средств не хватает, и специалистов узких в этой теме не хватает, поэтому ни в обиду ФАС, но это моё личное мнение, с этим можно соглашаться или нет.

По вопросам, которые задавал Сергей Иванович, просто пробежусь кратко, запрещать, не запрещать. Ещё раз повторю. Рецептурка не должна рекламироваться. Безрецептурка должна рекламироваться, но регулироваться чётко.

По контролю я уже сказал. По допуску. Есть опыт опять же стран СНГ. Я знаю, что многие со мной не согласны, но я считаю, что должна быть разрешительная система, то есть на выпуске лекарства орган проверяет, можно ли его выпускать или нет, и дальше несёт солидарную ответственность за то, что там выпустили или не выпустили. Я знаю, противники основной акцент делают на коррупционную составляющую. Вот здесь надо думать. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое. Какие будут вопросы к Виктору Александровичу?

Шипков В. Г. Я позволю вопрос задать Виктору Александровичу, чтобы он скорректировал свою позицию относительно рекламы в европейских странах рецептурных препаратов. Заявляю: реклама рецептурных препаратов в Европе разрешена в специализированных изданиях и предназначенных для специалистов здравоохранения на конференциях, научных симпозиумах и так далее. И говорить огульно, что реклама рецептурных препаратов в Европе запрещена, неправильно. Прошу это учесть.

Дмитриев В. А. Согласен, не спору.

Председательствующий. Да, пожалуйста.

Из зала. Виктор Александрович, а вот у нас такой, по-моему, на рынке препарат есть «Липримар» называется пфайзеровский, тоже из группы статиновые. В Америке, по-моему, он «Липитер» называется. Вот у нас «Липримар» – это рецептурный препарат?

Дмитриев В. А. Не готов ответить, по всей видимости, статины, да.

Из зала. Просто «Липитер» в Америке рекламируется.

Дмитриев В. А. В Америке другая ситуация, там без рецепта невозможно купить, там рекламируется всё. Америка в данном случае, как раз, может быть, исключение. Там разрешена реклама всех препаратов, в том числе и рецептурки. Другое дело, что рецептурные препараты без рецепта не купишь.

Шипков В. Г. Более того, хочу пояснить, в Штатах разрешена действительно реклама всех препаратов, включая рецептурные для широкого потребления для населения, но по отпускается строго по рецепту.

Председательствующий. Вопросы ещё есть? Тогда давайте ещё представим слово Владимиру Григорьевичу Шипкову, исполнительному директору Ассоциации международных фармацевтических производителей.

Может быть, у международных другой взгляд на это?

Шипков В. Г. Да нет, у нас единый взгляд и я буду говорить не столько с позиции международных фармпроизводителей, сколько с позиции нас с вами, как российских потребителей. И я хотел бы провести всё-таки различие между предметом официальной повестки дня рекламы лекарственных препаратов и рекламы БАДов или пищевых добавок, наверное, это тема отдельного разговора и совершенно правильный подход регуляторов и всех высказывавшихся относительно, мягко говоря, упорядочения или ужесточения рекламы этого нелекарственного сегмента обращения.

В этой связи, что касается повестки дня, то я хотел бы обратить внимание на позицию, которая изложена в официальном заключении Мини-

стерства здравоохранения Российской Федерации. Я не являюсь адвокатом Министерства здравоохранения, но мне представляется, что позиция министерства на сей раз заслуживает более чем поддержки. Потому что очень сбалансированный, профессиональный, правильный, и во всех смыслах аргументированный ответ регулятора и я бы просил на это обратить особое внимание, в равной степени, как и Федеральная антимонопольная служба, которая всё больше и больше выступает, как один из самых эффективных регуляторов. И, мне кажется, к мнению профессионалов, которые там работают, надо тоже прислушиваться.

Что касается предложенного законопроекта. Коллеги, давайте вдумаемся, всё-таки мы приглашены в храм парламентаризма и тут, наверное, надо придерживаться дипломатических выражений, но, тем не менее, фактически нам предлагается изящное решение, как запретить рекламу всех лекарственных препаратов.

Председательствующий. Абсолютно неправильно.

Шипков В. Г. Я вам сейчас докажу это. Поскольку я абсолютно уверен, у подавляющего большинства, смею предположить, именно такое впечатление, что закон направлен на полный запрет лекарственных препаратов вне зависимости: рецептурный или безрецептурный, независимо от того, идёт ли речь о специализированных изданиях, о научных конференциях и мероприятиях или общественно-политических изданиях, радио, телевидении и так далее. То есть, направлена ли реклама на специалистов здравоохранения или на население.

Мне кажется, здесь мы должны проявить максимальную ответственность, поскольку подобные меры, абсолютно убеждён, ошибочны или даже вредоносны, поскольку, если оценивать риск пользы, то уверяю вас, они содержат в себе гораздо больше вреда, нежели пользы именно для нас с вами как потребителей, как пациентов, как населения Российской Федерации.

И мы должны очень серьёзно задуматься над тем, чтобы просчитать, проанализировать эти последствия, что больше, потому что фактически тем самым ставится запрет, барьер на продвижение информации о современных способах лечения, о современной терапии, включая научные, подчёркиваю, конференции, специализированные издания и так далее, и тому подобное.

Закон об основах охраны граждан, по которому много было дебатов, недвусмысленно высказался по этому поводу. И он принят только-только и вступил в действие. Поэтому давайте мы будем последовательны в этой связи.

И дальше. Смотрите, я хочу обратить ваше внимание на соответствующую статью Федерального закона «О рекламе», и там под рекламой есть довольно-таки чёткое определение. И хочу сказать, что полный запрет рекламы означает не просто запрет рекламы лекарственных средств на радио и телевидении, но и запрет на предоставление информации о лекарственных средствах специалистами здравоохранения, в том числе на симпозиумах, конференциях и так далее.

Поэтому мне кажется, авторы законопроекта, не знаю, намеренно или ненамеренно, предлагают оградить российских врачей, фармацевтических работников от информации о новейших достижениях, которые появляются на рынке. И в таких условиях единственно доступными средствами лечения станет Интернет-информация.

Я готов оставить свои соображения, в том числе обширную информацию о международном опыте на ваше рассмотрение. И всячески предостеречь от несбалансированных решений. Потому что одна из целей законопроекта, как явствует из пояснительной записки, оградить российское население от самолечения, в то время как Всемирная организация здравоохранения в течение более чем полувека поощряет ответственное самолечение. Давайте мы будем все весьма и весьма ответственны при рассмотрении этого весьма чувствительного вопроса и проявим максимальный профессионализм и внимание к нам, россиянам, в том числе.

Председательствующий. Спасибо, Владимир Григорьевич.

Герасименко Н. Ф. Можно прокомментировать?

Председательствующий. У меня один вопрос, о каком законе вы говорили?

Шипков В. Г. Я говорю о законе № 67516-6 «О внесении изменений статью 24 федерального закона...», внесённый депутатами Государственной Думы Лебедевым и Ниловым.

Герасименко Н. Ф. Владимир Григорьевич, я скажу, что мы здесь не обсуждаем конкретно никакой закон. И кто вам готовил этот материал, там было вообще четыре законопроекта. Но это не обсуждение в данном случае каких-то конкретных законов.

Второе. Опять же, я не знаю, кто вам готовил этот материал. Здесь ни у кого не сложилось впечатление, что комитет хочет запретить любую рекламу. Речь совсем о другом, и никто не покушается на то, что в специальных медицинских изданиях, симпозиумах реклама некоммерческая должна быть.

Речь совсем шла о другом, чтобы упорядочить рекламу и отделить зерна от плевел. Поэтому вот так всё в кучу смешать, это неправильно. Речь шла о рекламе отдельно, БАДов и о рекламе, прежде всего, не рецептурных. И мы говорим, да, рецептурные у нас не должны рекламироваться, кроме специальных изданий. Поэтому вот такое расширительное толкование не нужно делать. И мы конкретного закона абсолютно не обсуждаем. Мы обсуждаем только подходы к изменению закона о рекламе лекарственных средств.

Шипков В. Г. И одновременно, Николай Фёдорович, позвольте, в порядке ремарки. Хочу обратить внимание на тему наших слушаний: «Совершенство законодательства о рекламе лекарственных средств, медицинской техники, изделий медицинского значения и медицинских услуг». Ни слова про БАДы, пищевые добавки, ничего здесь нет. Поэтому в рекомендациях, в том числе Правительства Российской Федерации, включаются предложения в проекте редакций по запрету. Давайте будем очень внимательны к тем документам, которые лежат в папке.

Председательствующий. Да, пожалуйста, только представляйтесь.

Воронин Ю. А. Воронин, депутат Законодательного Собрания Оренбургской области. У меня вопрос: как вы относитесь к тому, если рекламодатели будут при предоставлении рекламы писать в обязательном порядке, что товар сертифицирован и рекомендован Министерством здравоохранения, либо, наоборот?

Карташов Н. Н. Плохо.

Воронин Ю. А. Почему? Это даст возможность жителям, которые покупают этот товар, определить действительно ли он пригоден либо нет.

Карташов Н. Н. Ни в коем случае этого делать нельзя.

Воронин Ю. А. Или разрешен?

Карташов Н. Н. Сам факт регистрации не может использоваться в качестве рекомендаций и рекламного утверждения, категорически не может.

Карташов Н. Н. Разрешите я отвечу.

Воронин Ю. А. Тогда производители будут в добровольном порядке регистрировать и проводить анализ.

Карташов Н. Н. Я вам могу ответить. В законе запрещено использование в рекламе репутации и авторитета госоргана. Он не может рекомендовать что-либо, не может вас сподвигнуть к покупке конкретного товара. Уже четкий запрет есть на это.

Тельнова Е. А. Можно добавить? Писать о том, что рекомендовано нельзя. Написать о том, что изделие медицинского назначения или лекарственный препарат можно только в том случае, если это зарегистрированное изделие или лекарственный препарат. А рекомендовано или нет, может только врач.

Председательствующий. Ну, коллеги, здесь всё понятно.

Воронин. Хорошо, тогда писать либо зарегистрирован, либо не зарегистрирован.

Тельнова Е. А. А не зарегистрированный не может применяться, закон есть.

Дмитриев В. А. Если позволите, Сергей Вячеславович, в принципе всемирная ассоциация рекламодателей рекомендует два месседжа, которая должна нести реклама лекарственных средств.

Первое, что препарат находится на рынке.

И второе, что пациент должен внимательно прочитать инструкцию по применению.

И третье, которое вытекает из второго, если улучшение состояния не наступило в течение дня или двух, он должен обратиться к врачу.

Руденко О. С. Сергей Вячеславович, позвольте? Руденко Олег Сергеевич, исполнительный директор. Вот сейчас Виктор Александрович сказал два момента, мы все поняли, что лекарственные средства на сегодняшний день это отдельный особый вид товара. С этим, по-моему, согласны все. Судя по выступлениям, почему бы нам в законе «О рекламе» не указать, что, если я рекламирую этот препарат, то должен основываться только на инструкции по его медицинскому применению. Вот что там написано. Я думаю, что Елена Алексеевна тоже согласится.

Председательствующий. Есть маленький нюанс. Кто эту инструкцию мелким почерком читает?

Руденко О. С. Ну, извините, она в каждой упаковке.

Председательствующий. Я понимаю. Это одна из профанаций.

Дмитриев В. А. Сергей Вячеславович, Украина ввела требование к шрифту, какие пиксели там должны быть?

Руденко О. С. Вот купил нафтизин, читайте. Если я не читаю, то одеваю очки и читаю для чего и зачем он нужен. Инструкция в обязательном порядке должна быть. Если её нет, и она оформлена не верно, то это уже относится к качеству препаратов.

Дараган Н. К. Нет, но закон 61-й содержит как раз эти требования.

Максимкина Е. А. Правильно, Надежда Константиновна. Более того, мы даже взяли на себя обременение в изменениях к федеральному закону то, что мы будем утверждать проекты инструкций, как это было и раньше.

Дараган Н. К. Правильно. И всю эту рекламу надо привязать только к инструкции по медицинскому применению.

Председательствующий. Коллеги, вы знаете, законодательство, связанное с торговлей, изобилует, скажем так, псевдозапретами, псевдоинструкциями и так далее. Вот приложение к любому лекарству в виде инструкции – это вещь совершенно бесполезная для потребителя по одной простой причине. Я не берусь сказать, сколько процентов, но очень маленький процент перед употреблением, после того, как он услышал рекламу или ему назначил врач, начинает читать там убогим шрифтом две-три страницы в несколько колонок и так далее. Вроде бы закон соблюден. Я согласен с коллегами, что это нужно делать, но вопрос: к кому это адресовано, если люди это не читают и не будут читать? Какие у нас есть формы обязательства их читать? Вот ответственность врача за назначение – это единственное, что может, скажем так, привести к правильному употреблению лекарств. Поэтому, когда производители говорят, а мы там все написали мелким шрифтом, в том числе и противопоказания, это никому не интересно. Это не решает проблемы здравоохранения.

Коллеги, я хочу предоставить слово из Юрию Тихоновичу Калинину, заместителю председателя Комитета РСПП по индустрии и здоровья. И на этом предлагаю подвести черту, предоставив желающим по три минуты для выступления.

Калинин Ю. Т. Что касается лекарственных средств – здесь у нас с точки зрения самой регистрации, сертификации, контроля все поставлено очень здорово. И мы даже часто возмущаемся, что эти требования даже выше, чем за рубежом. Поэтому у меня одно предложение, чтобы поддержать эти предложения, чтобы сделать всё-таки отдельную статью к закону о рекламе, где как раз изложить эти вопросы, связанные с особенностями, повышением ответственности за контроль и ответственности за рекламу.

Что касается БАДов. Жаль, что не присутствует Роспотребнадзор и другие некоторые специалисты. Хотелось бы напомнить им о той вакханалии и безобразиях, которые творятся с рекламой. Роспотребнадзор, я знаю, очень много работает сейчас над этим вопросом. И мне кажется, учитывая, что их не было здесь, вопрос серьезный, отдельно рассмотреть его.

И, наконец, по медицинским изделиям. Я сегодня должен быть на рабочей группе. Закон о медицинских изделиях сейчас разрабатывается. Мы 12 лет вносили сюда, в том числе и в правительство предложения, и даже проекты были у нас, но сейчас уже есть решение. Мы настояли, чтобы Минздрав занимался этим законом, правительством решение было принято, что им должно заниматься Министерство промышленности совместно с Минздравом.

Создана рабочая группа, в которую входят все, кто имеет отношение к этой проблеме, в том числе под руководством заместителя министра, сейчас он стал министром промышленности и торговли – Мантуров. В состав её входят представители Министерства здравоохранения, Росздравнадзора, ФАС и общественных организаций и промышленных предприятий нашей

отрасли. Закон подготовлен. В нем 11 глав. Мы читаем буквально каждый четверг по одной-двум главам. И есть там глава о рекламе. Мы до нее ещё не дошли. В ближайшее время будем рассматривать.

Есть поручение председателя правительства. Вы знаете, что 13 сентября в Пензе было совещание по развитию медицинских изделий, где стратегия рассматривалась. И там было доложено министром, что до 15 мая закон надо представить. Есть поручение, что такой документ, как проект закона о медицинских изделиях, должен быть не к 15 мая, а к 1 февраля представлен в правительство. И я думаю, что мы эту миссию выполним и доложим вам, что сделано, наши предложения по рекламе. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо, Юрий Тихонович. От ассоциации АПФ сопредседатель координационного совета Дараган Надежда Константиновна.

Дараган Н. К. Я хотела бы сказать, что мне очень жаль, что львиная доля обсуждения свелась к обсуждению БАДов.

Мне кажется, что эта тема достаточно широкая, и, может быть, даже нужно сделать отдельную встречу по этому вопросу. Потому что вопрос серьёзный, и понятие у нас заложено не то в биологически активные вещества (то, что пищевые добавки; то, что завозится во всём мире). Мы прекрасно знаем практику, когда есть перечень пищевых добавок достаточно короткий, где минеральные добавки и пищевые, они действительно к пище.

Здесь уже и Елена Алексеевна говорила, и наше предложение, что нужно привести закон «О рекламе» в соответствие с понятием «медицинские изделия» (то, что впервые было заявлено в 323-м законе). То есть это правоприменительная практика. Впервые дано нормальное определение, что такое медицинские изделия.

Я на рынке давно и знаю, какие мучения всегда, что такое изделия медицинского назначения, что такое медицинские приборы. Это всегда было сложно интерпретировать. Сейчас впервые дано определение, и им надо пользоваться.

Но хочу сказать, что статья 74 закона «О рекламе» запретила общение медицинских представителей, и это достаточно сложная ситуация.

Председательствующий. Так это хорошо или плохо – 74-я?

Дараган Н. К. Это сложная ситуация. Я хочу сказать, что не прописано наказание, скажем, за нарушение этой статьи. Можно объявить выговор, лишить премии. И всё. Дальше? Сказали «а», скажите «б».

Председательствующий. То есть вы за ужесточение?

Дараган Н. К. Ну, почему за ужесточение? Нужно прописать. Если запрещено это взаимодействие, значит, должно быть прописано то, что в нарушение – наказание.

Председательствующий. Спасибо.

Руденко О. С. Подытоживая то, что было сказано, хочу сказать о том, что, в первую очередь, забота должна быть о пациенте. Здесь нужно разделить рекламу и всё-таки целенаправленную информацию для врачей. Мы сегодня говорим о рекламе. Сегодня не прозвучало ничего о рекламе медицинских услуг. И, наверное, это должна быть отдельная тема для разговора.

Конечно же, не запрещать, а всё систематизировать. Реклама на безрецептурные препараты и должна быть реклама на рецептурные только

в специализированных изданиях. И, конечно же, должен быть контроль за этим. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо. Да рекламируйте вы рецептурные, сколько хотите, – моя точка зрения.

Руденко О. С. Есть предложение. Хотелось бы, чтобы каждый выступающий всё-таки заканчивал своё выступление предложением каким-то: создать отдел или ещё что-то.

Председательствующий. Спасибо. Хорошее предложение. Пожалуйста.

Третьякова А. М. Буквально несколько слов от Ассоциации международных производителей медицинских изделий. Как-то мало на медицинские изделия конструктива пришлось, несмотря на то, что все мы понимаем, что очень много безобrazий со всякими «магическими» приборами.

Но вот сегодня уже упоминалось, что у нас теперь терминология единая – медицинское изделие. И при этом очень сложная ситуация, гораздо менее прояснённая, чем с лекарственными средствами.

Во-первых, для того, чтобы прояснить ситуацию, ни в одной цивилизованной стране полного запрета на рекламу медизделий нет, потому что медизделия крайне разнообразны: есть пластыри, есть презервативы, есть тесты на определение беременности. Есть при этом сложнейший приборы, техника, имплантаты и так далее. То есть проблем для той части рынка, которая касается, изделий, касающихся профессионального применения, нет. Мы никогда с вами не страдаем от некорректной рекламы эндопротезов или томографов. Ни одному приличному производителю не придёт это в голову. Проблема лежит в другой плоскости. Поэтому, прежде всего, необходимо введение понятия близкого к лекарственным средствам, рецептурного отпуска или медицинские изделия для профессионального применения, кстати, об этом пишет Минздрав там всё они упомянули.

Второе. В той части, которая касается запретов. Например, во Франции в одной из стран, где самые жесткие требования, есть также запрет на рекламу изделий, которые покрываются государственными деньгами, что тоже понятно. Зачем рекламировать то, что дотирует государство? Один из элементов, который тоже можно использовать.

И третье. Это взаимодействие между всеми участниками рынка. Например, в Австралии или в Великобритании введены обязательные консультационные советы и апелляционный совет, где приглашаются все: рекламодатели, медийные площадки, и они должны быть в курсе тех правил, которые существуют по поводу рекламы таких изделий.

И последнее, очень важное, это класс риска. То есть вот мы сегодня говорили о том, что должна быть оценка рекламных сообщений до выпуска их публике. В этом смысле, возможно, не имеет смысла оценивать рекламные сообщения по поводу лейкопластыря или того же презерватива. Но всё-таки есть такое понятие, как класс риска. У нас регистрируются все медицинские изделия по нему. И, если отталкиваться от того, что есть изделия, которые могут иметь больший риск для здоровья населения, то, возможно, именно к ним должны приниматься принципы предварительного выпуска таких рекламных сообщений через регулирующий орган. И в этом нет ничего страшного и ужасного, потому что действительно магические приборы, которые лечат от всего, они не могут относиться к пер-

вому классу риска самому низкому, такому же, как вата, бинт, физраствор. Скорее всего, они имеют какой-то более высокий класс риска и соответственно тогда к ним и вопросы. Если вы такие сообщения делаете, тогда, пожалуйста, докажите, что вы имеете на них право. То есть, есть набор элементов и методов, которые существуют уже и мы, как индустрия, вполне готовы участвовать в том, чтобы они появились, но не упрощая проблематику. Потому что всё-таки медицинские изделия не менее сложные, чем лекарственные средства.

Председательствующий. Безусловно. Спасибо. Давайте по рекомендациям.

Герасименко Н. Ф. Я, во-первых, хотел успокоить Владимира Григорьевича. Здесь нет полного запрета, здесь есть усиление требований, в том числе запрет определенных видов рекламы, но никак нет полного. Так что не нагнетайте.

Второе. Вот возникло в обсуждениях, у нас появилось две проблемы, если говорить об отдельной главе, это БАДы и это медицинские изделия. И тут звучало, что нужно провести их отдельно. Поэтому возникает вопрос: или нам это в рекомендациях записать, чтобы объединить, ещё два провести таких «круглых стола» и потом уже выходить в конечном итоге на главу о медицинских изделиях, БАДах и лекарствах?

Председательствующий. Спасибо. Коллеги, кто-то настаивает на выстулении, потому что мы уже стихийно перешли к рекомендациям.

Игнатьева Н. В. Сергей Вячеславович, можно? Нелли Валентиновна Игнатьева Российская ассоциация аптечных сетей.

От нас возможно предложение к нашему обсуждению дальнейшему, как я понимаю, что касается рекламы. То есть нормативно-правовая документация должна быть, как на лекарственное средство, как на БАДы, целенаправленно прямой. При этом текст рекламы на лекарственные препараты, я поддержу, он должен соответствовать тексту, который в инструкции по медицинскому применению. Я поддержу то, что Елена Алексеевна предложила, обязательно с примечанием, что необходимо обратиться к врачу. И одно из предложений, возможно, следует нам рассмотреть, что исключить из содержания БАДа лекарственное средство, и тогда автоматически те БАДы, которые претендуют на лекарство, скажем так, они должны будут перерегистрироваться, как лекарства и оставаться уже в ведении непосредственно Минздравсоцразвития, а БАДы остаются за Роспотребнадзором. Возможно, как вариант, просто оборот БАДов закрепить за специализированными магазинами и запретить Интернет-торговлю.

Председательствующий. Я подведу итог. Вы знаете, я очень удовлетворён этими парламентскими слушаниями по одной причине, мы совершенно сознательно при подборе выступающих допустили перекокс в сторону представителей не медицины, потому что у врачей, насколько я могу судить, совершенно однозначная реакция по поводу рекламы лекарственных средств, что их нужно просто запрещать.

Мы специально сделали перекокс в сторону производителей, потому что я открыто маленькую тайну, мне очень хотелось услышать аргументы в защиту рекламы лекарственных средств. И то, что здесь прозвучало, меня вполне-вполне удовлетворяет.

Второй момент. Я всегда был сторонником, что проблему БАДов и проблему рекламы лекарственных средств нужно решать параллельно, они друг с другом не связаны.

Но сейчас у меня возникло ощущение, даже по конфигурации наших выступлений, что всё-таки надо начинать с БАДов. Это, может быть, будет правильнее. Это была позиция Минздрава. И я спорил с министром и говорил, что одно другому не помеха. А сейчас, может быть, я и соглашусь.

Третий момент, очень важный. Он впервые возник здесь, для меня, по крайней мере, это проблема терминологии. Давайте определим понятия. И я думаю, нормативно это сделать и проще всего, и это повлечёт за собой целый шлейф вполне, скажем так, очевидных изменений во всей системе. И думаю, что это самое первое, чем надо заняться.

И последнее. Понятно, что проблема нашим обсуждением не закрывается. И прозвучавшее здесь предложение о том, чтобы более детализировать эту проблему и привлечь экспертов для обсуждения конкретных вопросов, я бы лично очень поддержал. И думаю, что в планах работы комитета это будет зафиксировано.

Ещё раз всем огромное спасибо за участие. Спасибо.

Рекомендации парламентских слушаний

Необходимость обсуждения возможных механизмов совершенствования законодательства в сфере рекламы лекарственных средств, медицинской техники, изделий медицинского назначения и медицинских услуг продиктована большим количеством обращений граждан в Государственную Думу на навязчивую рекламу лекарственных средств, медицинских изделий и медицинских услуг на телевидении, радио и в печатных изданиях (более 10 % от всех обращений). Об этом также свидетельствует находящиеся на рассмотрении Государственной Думы 4 законопроекта, внесенных депутатами разных фракций, направленных на ужесточение требований к рекламе данной категории товаров и услуг. При этом каждый из законопроектов в момент внесения очень широко обсуждался в средствах массовой информации и находил как сторонников, так и противников.

В настоящее время требования к рекламе лекарственных средств, медицинской техники, изделий медицинского назначения и медицинских услуг установлены Федеральным законом от 13 марта 2006 года № 38-ФЗ «О рекламе» (далее – ФЗ «О рекламе»). В том числе это общие требования к рекламе, объекту рекламирования и способам распространения рекламы, а также специальные требования к рекламе лекарственных средств, медицинских изделий и услуг, установленные статьей 24 ФЗ «О рекламе», в которой также происходит разделение требований к рекламе. Это:

1. Общие требования к рекламе лекарственных средств, медицинских изделий и услуг:

– реклама лекарственных средств не должна: обращаться к несовершеннолетним; содержать ссылки на конкретные случаи излечения от заболеваний, улучшения состояния здоровья человека в результате применения объекта рекламирования; содержать выражение благодарности физическими лицами в связи с использованием объекта рекламирования и другие требования в соответствии с частью 1 статьи 24;

– реклама лекарственных средств, медицинских изделий и услуг должна сопровождаться предупреждением о наличии противопоказаний к их применению и использованию, необходимости ознакомления с инструкцией и получения консультации специалистов.

Необходимо отметить еще одно общее требование к рекламе лекарств, введенное ФЗ «Об обращении лекарственных средств» – рекламные материалы о лекарственном препарате должны соответствовать инструкции по применению лекарственного препарата.

2. Специальные требования к возможности рекламы рецептурных лекарственных средств, а также медицинских изделий, для использования которых требуется специальная подготовка. Данная реклама допускается только в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий и в предназначенных для медицинских и фармацевтических работников специализированных печатных изданиях.

3. Специальные требования введены и для рекламы наркотических лекарственных средств и психотропных веществ.

4. Специальным требованиям к рекламе медицинских услуг по искусственному прерыванию беременности посвящены части 11 и 12 статьи 24. В частности, установлено, где не должна размещаться такая реклама и то, что она должна сопровождаться предупреждением о возможности бесплодия и иных вредных последствий для здоровья женщины в результате искусственного прерывания беременности.

Многие эксперты считают, что действующие нормы федерального законодательства в сфере рекламы лекарственных средств, медицинских изделий и услуг во многом соответствуют международной практике. Директива стран Евросоюза, как и российское законодательство, предусматривает обязательное соответствие ряду требований: запрещается рекламировать рецептурные лекарственные препараты, использовать утверждения об обязательном положительном эффекте от употребления лекарства, использовать образы медицинского персонала, ориентировать рекламу на детей.

Однако, во многих странах, в том числе и Евросоюза, действуют отдельные законодательные акты, регламентирующие медицинскую рекламу. В Германии действует Закон «О рекламе лекарственных средств», в Дании – Законодательная инструкция в отношении лекарственных препаратов, в Швейцарии запрещена любая прямая реклама лекарственных средств, в Канаде – запрещена реклама лекарств и медицинских изделий на телевидении и радио.

Во многих странах введен предварительный контроль рекламных материалов в отношении лекарств и медизделий. Во Франции, Италии и Дании любая реклама лекарственных препаратов подлежит утверждению соответствующими министерствами здравоохранения. В отдельной статье Кодекса Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения, посвященной рекламе в области здравоохранения, прописаны аналогичные с российскими нормы по ограничению рекламы лекарств и медицинских изделий. Кроме этого содержится норма, согласно которой данный вид рекламы может осуществляться только при наличии разрешения, выданного Министерством здравоохранения Республики Казахстан.

В ряде стран мира приняты стандарты содержания рекламных модулей для печатных СМИ, телевидения и радио, в которых приведен закрытый перечень сведений обязательных для включения в рекламное объявление лекарственных средств, медицинских изделий и услуг.

Также во многих странах в настоящее время активно развиваются саморегулирования и самоограничения рекламы, при этом данные общественные организации, в том числе, вправе возбуждать судебные дела против нарушителей рекламного законодательства. При этом они руководствуются одним из основных принципов Директивы Совета ЕС, которая определяет рекламу лекарственных препаратов как «любые мероприятия по информации, исследованию рынка, созданию побуждений с целью способствовать назначению, продаже или потреблению лекарственных препаратов». Жестко соблюдается базовый принцип: «Основной целью правил, регулирующих производство, распределение и использование лекарственных препаратов, должна быть охрана здоровья населения», а реклама лекарственных препаратов должна способствовать более рациональному их применению, предоставлять объективную информацию и не преувеличивать их терапевтическую ценность.

Таким образом, можно сделать вывод – российское законодательство в сфере рекламы лекарственных средств, медицинских изделий и услуг со-

держит схожие с другими странами общие нормы по ограничению данного вида рекламы. Однако, во-первых, многие страны подзаконными актами ввели более строгие регламентирующие нормы, ограничивающие рекламу лекарственных средств, медицинских изделий и услуг, во-вторых, в развитых странах нарушения в сфере медицинской рекламы являются единичными случаями, в то время как в России они встречаются очень часто.

По данным Федеральной антимонопольной службы в 2011 году нарушения законодательства Российской Федерации в сфере рекламы лекарственных препаратов и медицинских услуг составили 9,2 % от всех нарушений и лишь на 0,2 % отстают от нарушений в сфере рекламы алкоголя, пива и табака.

За первое полугодие 2012 года Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения выявлено 116 нарушений законодательства в сфере рекламы лекарственных средств, а именно недобросовестная реклама 39 препаратов (в том числе недобросовестная реклама биологически активных добавок). При этом большая часть нарушений была выявлена в печатных периодических изданиях, листовках и электронных изданиях (бегущая строка на телевидении, Интернет сайты и Интернет-аптеки).

В этой связи необходимо обратить внимание на несколько моментов.

1. По данным аналитического центра «Видео Интернешнл» доля рекламы лекарственных средств на телевидении составляет 87,5 %, в прессе – 9,7 %, на радио – 2,5 %. Таким образом, создается впечатление, что на телевидении более строго контролируются выпускаемые рекламные ролики, чем в печатной прессе, однако ее агрессивность и количество нивелирует этот факт.

2. В соответствии с российским законодательством установлены три вида аптечной организации: аптека, аптечный пункт и аптечный киоск, а реализация лекарственных препаратов разрешена только в стационарных аптечных организациях. То есть, так называемые Интернет-аптеки дважды нарушают законодательство – ФЗ «Об обращении лекарственных средств», продавая лекарственные препараты, и ФЗ «О рекламе», размещая на своих сайтах рекламу лекарственных средств.

Также необходимо обратить внимание на публикации в Интернете полных версий специализированных изданий, предназначенных для врачей и медицинских работников, в которых регулярно встречается реклама рецептурных препаратов, что является нарушением части 8 статьи 24 ФЗ «О рекламе», которой данный вид рекламы ограничивается только печатными изданиями.

Следующим отличием медицинской рекламы в России и за рубежом является структура рекламы в целом. В США и Евросоюзе, которые в настоящее время активно внедряют концепцию ответственного самолечения, доля медицинской рекламы составляет 5-7 % от всей рекламы в средствах массовой информации, а среди наиболее рекламируемых категорий товаров медицинская и фармацевтическая реклама находится на 7-10 месте. В Российской Федерации ситуация практически противоположенная. Общий бюджет, затрачиваемый на рекламу лекарственных средств, медицинских изделий и услуг растет ежегодно, а среди наиболее рекламируемых товаров «медицина и фармацевтика» с десятипроцентной долей занимает в настоящее время уверенное 3-е место проигрывая лишь продуктам питания, парфюмерии и косметике.

Агрессивная, массированная реклама лекарственных средств и медицинских изделий становится причиной самолечения граждан, приводит к нару-

шению врачебных предписаний, изменению схем применения лекарственного препарата.

По данным социологических опросов более половины населения России сейчас занимается самолечением, ориентируясь на рекламу, советы родственников, друзей и знакомых. И часто только после неудачных попыток самолечения и ухудшения самочувствия они обращаются к врачу. Около 70 % лекарств, покупаются в аптеках по собственному выбору, а не по назначению врача, забывая, что даже безрецептурные лекарства зачастую имеют серьезные побочные эффекты и могут серьезно навредить организму человека. Только врач может определить, какой лекарственный препарат и метод лечения нужен в данный момент пациенту. Осложнения от самолечения могут быть хуже, чем сама болезнь. При самолечении воздействие идет не на причины болезни, а на отдельные ее проявления – симптомы, которые могут быть одинаковыми при самых различных заболеваниях. Это приводит к искажению симптоматики и клинической картины заболевания, затруднению диагностики и к осложнениям. Самостоятельное применение лекарств многократно увеличивает риск отрицательных последствий болезни.

В связи с изложенным Комитет Государственной Думы по охране здоровья отмечает, что к решению этой важной медико-социальной и экономической проблемы требуется комплексный подход.

Заслушав доклады и выступления депутатов Государственной Думы, представителей министерств и ведомств, органов законодательной и исполнительной власти субъектов Российской Федерации, профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, средств массовой информации, общественности участники парламентских слушаний **рекомендуют:**

Правительству Российской Федерации:

Рассмотреть вопрос о разработке проекта федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части рекламы лекарственных средств, медицинских изделий и медицинских услуг», в котором предусмотреть:

– изменения в ФЗ «О рекламе» в части усиления требований (в том числе, запрета определенных видов рекламы) к рекламе лекарственных средств (рецептурных и безрецептурных), медицинских изделий и медицинских услуг; возможного введения нормы предварительного контроля данного вида рекламы с утверждением ее уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

– изменения в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях в части усиления ответственности за нарушения законодательства в сфере рекламы лекарственных средств, медицинских изделий и медицинских услуг;

– приведение норм федерального законодательства о рекламе с номами законодательства в сфере охраны здоровья граждан.

Федеральной антимонопольной службе совместно с Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения:

Усилить контроль и надзор за соблюдением рекламодателями и рекламодателями законодательства в сфере рекламы лекарственных средств, медицинских изделий и медицинских услуг.

**Материалы «круглого стола»
на тему «Пропаганда здорового образа жизни
как фактор духовного и нравственного развития
подрастающего поколения»**

СТЕНОГРАММА
«круглого стола»

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

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

Председательствующий. Коллеги, сегодня у нас тема «круглого стола» посвящена очень серьезному аспекту формирования здорового образа жизни, а его пропаганде.

Хочу отметить, что в основах по охране здоровья профилактика введена в принцип российского здравоохранения. Сейчас формируется государственная программа профилактики инфекционных заболеваний и пропаганде здорового образа жизни. Это будет серьезная большая государственная программа, над этим работает Министерство здравоохранения.

Недавно мы провели в Казани первый форум по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни, на котором приняли участие Министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Игоревна Скворцова, Первый заместитель Председателя Государственной Думы Жуков Александр Дмитриевич, президент Российской академии медицинских наук, было много секций. В том числе, были здесь присутствующие коллеги, и даже из других комитетов. Очень много было посвящено вопросам именно пропаганды здорового образа жизни.

Сейчас это главная задача не только у нас, но и в мире. Это лет примерно 20 назад, основная ставка была сделана не на развитие стационаров, а на увеличение количества коек, на закупку оборудования, а не на недопущение заболеваний.

У нас, к сожалению, стратегия была в основном построена на строительстве всё новых и новых бесконечных больниц, бесконечные закупки оборудования, а, к сожалению, на причину возникновения заболевания мы очень мало влияли.

Активно сейчас в мире развивается медицина четырёх «П» – это предсказательная, профилактическая, персонализированная при участии пациентов. Начиная с генетических и других обследований, паспортов и самое основное – с формирования здорового образа жизни.

Если генетические изменения, возможно, будут меняться с помощью влияния на геном человека, биотехнология активно в этом плане развивается, то 50 процентов наших заболеваний зависят именно от формирования здорового образа жизни. Человек сам куёт либо своё здоровье, либо свои болезни.

И у нас в последние годы, начиная с 90-х годов заболеваемость, по разным оценкам экспертов, увеличилась от 30 до 50 процентов.

Поэтому изменение парадигмы мышления у руководителей не только медицинских и даже не столько медицинских органов управления, учреждений здравоохранения, а именно лиц, обладающих правом принятия решения, начиная с Президента России и Правительства, губернаторов, муниципальных образований, должно быть направлено на развитие профилактики и формирования здорового образа жизни.

Не секрет, что здесь очень серьёзно у нас хромает пропаганда здорового образа жизни, средства массовой информации, скорее, пропагандируют у нас нездоровый образ жизни, постоянно показывают процессы потребления алкоголя, курения и так далее. У нас зачастую очень много людей имеют избыточный вес, и даже те, которые ведут передачи, как правильно питаться и так далее.

Поэтому вопросы пропаганды сейчас становятся наиболее актуальными.

И ещё один вопрос, это касается вопроса мотивации населения к здоровому образу жизни. Сейчас уже поступил в Государственную Думу проект федерального закона «О защите населения от последствий потребления табака и табачного дыма». Мы будем 8-го числа, то есть буквально послезавтра проводить парламентские слушания по этому законопроекту. И вот опять звучит вопрос об этой мотивации, чтобы не курить. Вот кнут – запреты, а вот пряник – мотивация. Во многих странах мира, курящий человек, поскольку чаще болеет, меньше работает, для него страховка дороже. Допустим, если он курит, то ему в плановом порядке операцию не будут делать, пока он не бросит курить. И даже в стационарах во Франции, в Германии и так далее. Система мотивации должна быть очень серьёзно прописана, в том числе в программе, которая готовится сейчас Министерством здравоохранения по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни.

Я обозначил основные направления сегодняшнего «круглого стола». Предлагается следующий регламент. Я так понял, что у нас докладчика два осталось? Бабкина Виктора Владимировича нет? Нет, да. У нас режим такой: докладчикам 10 минут. Нет возражений? Нет. Выступление до пяти минут. С таким регламентом согласны? Возражений нет.

Тогда я слово предоставляю Иванову Геннадию Евгеньевичу – заместителю начальника Управления санитарного надзора Роспотребнадзора.

Иванов Г. Е. Уважаемый Николай Фёдорович, уважаемые коллеги, хочу сказать, что основные направления по программе «Здоровый образ жизни», среди подрастающего поколения, определены национальной стратегией и действиями в интересах детей на 2012–2017 годы, которая утверждена указом Президента Российской Федерации в этом году.

Первоочередные меры, на которых я хотел бы остановиться. А это недопущение потребления алкоголя и табачных изделий, формирование здо-

рового питания, современной модели организации отдыха детей и развитие программы противодействия пропаганде суицидов среди молодежи в Интернет-среде.

Распоряжением правительства утверждена Концепция по реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией среди населения Российской Федерации, где как одним из направлений является формирование стимула к здоровому образу жизни.

Вступил уже в силу Федеральный закон 218-й, который внёс изменения и дополнения в Закон «О государственном регулировании, производстве и обороте этилового спирта и алкогольной спиртосодержащей продукции», который усиливает регулирование и производство алкогольной продукции. В том числе введены дополнительные ограничения по местам продажи, времени продажи и возрасту покупателя. Также в соответствии с данным законом пиво с 1 июля относится к алкогольной продукции.

Внесены также изменения в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях, Уголовный кодекс Российской Федерации, где установлена ответственность за продажу несовершеннолетнему алкогольной продукции.

В то же время, я хочу сказать, со стороны Роспотребнадзора есть трудности по контролю за данными статьями, потому что, во-первых, у нас не существует понятия «контрольная закупка», во-вторых, нельзя привлекать несовершеннолетних, так сказать, к провокации покупки алкогольной продукции, и в-третьих, 294-й закон о государственном контроле, о защите юридических лиц, индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля, предусматривает извещение юридических лиц и индивидуальных предпринимателей о начале проверки, что значительно снижает ее эффективность.

То есть если мы уведомим, что мы идем, конечно, всё будет выполняться, и проконтролировать вот именно эти запреты мы не можем, так как эффекта внезапности в настоящее время в надзоре как такового нет.

Также хочу отметить, что у нас достаточно низкие размеры штрафов за правонарушения в сфере оборота алкогольной продукции. В частности, за распитие пива и слабоалкогольных напитков в общественных местах, штраф от 100 до 300 рублей. Поэтому фактически у нас продолжают пить пиво в общественных местах, потому что административная нагрузка по сути отсутствует.

Также в настоящее время разрабатывается, разработан проект технического регламента Таможенного союза о безопасности алкогольной продукции. В частности, там содержится запрет на производство пластиковой упаковки для реализации алкогольной продукции. Наша позиция такая, что данный вид упаковки снижает стоимость данной продукции, алкогольной продукции, и поэтому она более доступная для молодежи.

Поэтому мы считаем, что нужно поддержать запрет на использование пластиковой упаковки.

Также остается надпись, которая существовала и до этого, «чрезмерное употребление алкогольной продукции вредит вашему здоровью», но она противоречит Всемирной организации здравоохранения, которая говорит,

что ей определен принцип – чем меньше, тем лучше. То есть, меры по употреблению алкогольных продуктов нет. То есть, лучше вообще не пить.

И поэтому мы предлагаем, просто – «алкоголь вредит вашему здоровью». Вот такую надпись, чтобы все четко понимали, и в том числе подрастающее поколение, что это вред.

Также все мы знаем, что по табаку утверждена концепция по осуществлению государственной политики по противодействию потреблению табака, Николай Федорович уже говорил, что Минздравом в соответствии с ней разработан законопроект об охране здоровья населения от воздействия окружающих табака, дыма и последствий потребления его, и в большинстве положений, он направлен как раз на ограничения по потреблению и продаже табачной продукции подрастающему поколению. Я думаю, что на парламентских слушаниях 8-го числа мы уже подробно эти вопросы обсудим.

Что касается табака, у нас также административная ответственность за курение установлена только в вагонах пригородных поездов в размере ста рублей. Всё. Больше нигде административной ответственности за курение в общественных местах у нас нет.

По техническим регламентам табачной продукции. Тот технический регламент, который был принят в 2008 году, не в полной мере соответствовал Всемирной рамочной конвенции ВОЗ по борьбе с табаком, то есть он разрешал на упаковках название «легкие», «мягкие», легализовал производство и оборот некурительных табачных изделий, предупредительные надписи о курении табака, которые должны сопровождаться рисунками. Данное требование там является формальным, и оно далеко от практического применения. Проект технического регламента Таможенного союза усилиями Минздрава России, Роспотребнадзора и министерств здравоохранения Казахстана и Белоруссии, который поступал к нам на согласование, все недочеты исправил, и мы думаем, что он в таком виде, будет все-таки принят.

В соответствии с доктриной продовольственной безопасности у нас приняты основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания, где основными задачами также являются совершенствование питания в организованных коллективах, разработка программ государственного мониторинга питания населения, в том числе и детского, разработка образовательных программ для различных групп населения.

Если говорить о выполнении норм питания в тех же школах, то на слайде представлено, что они выполняются на 76 процентов, самая левая колонка. Выполняются только нормы по макаронным и крупяным изделиям, приближаются нормы по рыбе и по овощам. В то же время нас настораживает невыполнение норм по мясу и мясным продуктам, потому что как раз у нас и наблюдается дефицит именно по белку и белку животного происхождения в питании детей, что, конечно, сказывается на их здоровье.

Если посмотреть на группы здоровья, то если удельный вес школьников на первой ступени обучения, которая относится к 3–5 группе, то есть неблагоприятным, составляет 13,8 процента, то на третьей ступени, это 10–11 класс, уже 22,3 процента. То есть у наших детей, в период школы, наоборот состояние здоровья ухудшается, в том числе и за счёт питания, которое организовано в школах.

Вот мы на слайде видим, что всё-таки охват горячим питанием в школах постепенно растёт. И конечно, со стороны государства, федеральных органов исполнительной власти сейчас уделяется большое внимание этому вопросу. Работал проект президентский по школьному питанию, и он дал свои положительные результаты. Но всё равно ситуация оставляет желать лучшего. И поэтому нужно уделять особое внимание именно школьному питанию.

В этом году большое внимание также уделяется отдыху и оздоровлению детей. Были совещания как на уровне Президента Российской Федерации, в частности, 7 августа, так и на уровне Председателя Правительства 1 июня. И были определены основные направления деятельности по организации отдыха и оздоровления детей, которые представлены на слайде. Это расширение сети детских и юношеских лагерей, формирование современной модели организации отдыха.

Председательствующий. Геннадий Евгеньевич! У вас осталось всего несколько минут. Названием «круглого стола» является «Пропаганда здорового образа жизни как фактор духовного и нравственного развития подрастающего поколения». Вот цель такая. Во-первых, «а» – узнать, сколько у нас здорового поколения осталось подрастающего, какая статистика. Дальше, если большое поколение брать, что преобладает: избыточный вес, какие болезни и так далее, чем занимаются в этом плане. То есть ближе к теме.

Не просто приводить статистику, что известно давно, а вот что нас ожидает в будущем, какое поколение? Какие болезни преимущественно? Сколько из них, подрастающего поколения, детей курит, сколько пьёт, сколько наркотики потребляет, сколько энергетические напитки? Чем не удовлетворены? Пропагандой, которая сейчас проводится? Какие меры принимает Роспотребнадзор? Можно в таком ключе, чтобы было понятно людям?

Иванов Г. Е. Я просто старался как раз от цифр уходить, потому что все обычно их знают, поэтому на законодательных актах остановился.

Ну вот школьные болезни – это задержка роста, анемия, кариес, болезни желудочно-кишечного тракта – 30 процентов у нас, дефицит массы тела в последние годы вырос в полтора раза. В основном дефицит. Но избыточный, он в России, конечно, есть, но больше в других развитых странах. Хотя потребление жиров тоже у нас превосходит рекомендуемые величины.

По употреблению табака – у нас за последнее время отмечается рост среди детей и подростков, женщин.

Председательствующий. Скажите про подрастающее поколение. Во сколько начинают курить? В подростковом возрасте, в 16–18 лет? Они являются основными потребителями? По наркотикам – сколько, про алкоголь?

Иванов Г. Е. Сейчас как раз я это всё пропускал.

Пьют алкогольные напитки 33 процента юношей и 20 процентов девушек. Доля регулярно употребляющих пиво людей составляет 76 процентов. Понятно, что тонизирующие напитки в последнее время их производство растёт из года в год, как раз это именно происходит за счёт подрастающего поколения, потому что ориентировано на них. Именно оно создаётся, в такой форме подаётся, как прохладительные напитки, что не совсем так. Потому что кофеин всё-таки влияет и на обмен веществ, а в сочетании алкоголя с кофеином влияет и на быстрое привыкание к алкоголю.

Председательствующий. Скажите по поводу пропаганды здорового образа жизни, Роспотребнадзор удовлетворяет то, что происходит сейчас такая пропаганда здорового образа жизни, или не удовлетворяет?

Дальше. Какие у вас есть предложения, допустим, поскольку мы находимся в Государственной Думе, какие нужно на ваш взгляд, внести поправки в действующие законы, чтобы усилить эту пропаганду?

Иванов Г. Е. Конечно, не удовлетворяет. Во-первых, в законе о рекламе, не знаю, есть ли сейчас норматив по социальной рекламе. Я знаю, что раньше был, отводился именно определённый процент на социальную рекламу. Я думаю, что если он есть, то надо увеличивать именно процент, долю социальной рекламы на телевидении, на радио, в средствах массовой информации.

Необходимо ограничить скрытую рекламу алкоголя, табака. Но это всё в законе о табаке у нас есть. И, конечно, развитие массовых занятий физкультурой, кружки по интересам, и не только физкультура, но и живопись, книги, игры. Потому что сейчас это малодоступно всё-таки.

Председательствующий. А вот питание правильное, здоровое, на ваш взгляд, правильно организовано у детей, я имею в виду по качеству, по содержанию продуктов, по контролю за ними?

Иванов Г. Е. Я, как приводил пример, всё-таки у нас недостаточно выполняются нормы по питанию, но всё-таки в этом вопросе у нас дело движется вперед и больше внимания этому вопросу уделяется. Всё равно в каждом регионе должны быть программы, направленные на усовершенствование питания, в том числе, школьного. И задействовать не только малообеспеченные группы населения, детей, нуждающихся, но и стараться охватить, как можно больше детей именно горячим питанием.

Совсем недавно как раз вышло постановление Правительства Российской Федерации от 26 октября № 1101 о единой автоматизированной информационной системе. Единый реестр доменных имён, указателей страниц сайтов в информационной сети Интернет, которые подлежат запрету. И на Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей возложены функции по именно передаче в этот реестр информации об Интернет-сайтах, которые распространяют информацию о способах, и призывов совершения самоубийств.

И вот мы совсем недавно начали работать, и результаты показали, что эта информация больше всего распространяется в социальных сетях там, где сейчас и находится наше подрастающее поколение, именно для них эта информация.

И вот, порядка половины сайтов подлежат запрету. Всё, спасибо.

Председательствующий. Спасибо. Я хотел бы предоставить слово Гильмутдинову Ильдару Ирековичу – члену Комитета по образованию.

Гильмутдинов И. И. Уважаемые коллеги, понятно, что здоровый образ жизни – это целый комплекс вопросов, начиная от питания, и занятия физкультурой и спортом, в том числе, в каких условиях государство это предоставляет. Это мотивация самого ребёнка, как родители с ребёнком занимаются. То есть целый комплекс. И поэтому только говорить об одном каком-то направлении, которое, если мы решим, у нас будет ребёнок здоровым, то это, наверное, неправильно. Целый комплекс. Поэтому соответственно и пропа-

ганда должна быть направлена на разные сегменты здорового образа жизни. Как ребенок мотивирован на занятия физкультурой и спортом, как к этому родители относятся, какие государство создаёт ли условия для этого, как наши это средства массовой информации преподносят. В том числе, говорили о тех мерах, законодательном аспекте, который ставят заслон употреблению алкоголя, табакокурения. Поэтому только исходя из комплексного подхода, мы можем говорить о пропаганде здорового образа жизни. Нельзя какой-то один из элементов куда-то убирать или исключить. К сожалению, этого комплекса у нас нет.

На настоящий момент ни в одном субъекте Российской Федерации, по сути дела, в нормальном виде, программы развития здорового образа жизни нет. Есть разные программы, строительство физкультурных объектов, программа против борьбы с наркотиками, борьба с ещё чем-то и так далее и так далее. Но вот в целом комплексной программы, к сожалению, ни в одном субъекте сегодня нет.

Я хотел бы начать с наших средств массовой информации, потому что от них, от их позиции очень много зависит. По сути дела, у нас в стране нет государственного канала, который пропагандировал бы нашу физическую культуру и спорт. Был канал «Спорт», который в основном показывал большие спортивные мероприятия, и то сегодня его нет. К сожалению, тот канал «Россия-2», который должен был бы эту нишу занять, транслирует только большие спортивные мероприятия. Мы ничего не видим на нашем государственном канале, связанного с физической культурой и спортом для наших детей и подрастающего поколения, с их мероприятиями и соревнованиями и так далее. А вместо этого видим на этом канале, американские фильмы, восхищаемся Арнольдом Шварценеггером. Почему? Вам могут открыто сказать: потому что стоят эти фильмы сегодня там 2 миллиона долларов показывать, а на рекламе, когда эти фильмы смотрят, можно заработать 10 миллионов долларов. Неужели мы сегодня государство, которое не может изыскать эти несчастные несколько миллионов долларов, для того чтобы нормальный сделать полноценный канал, который смотрело бы всё население нашей страны? Потому что спортивные, физкультурные каналы, «НТВ плюс» там и так далее – это маленькая толика, которую смотрит 2–3 процента всего нашего населения.

Я думаю, как-то нужно с этим делом разбираться и что-то делать.

Второе. Конечно, нужно подправить и законодательство в области пропаганды. И чтобы были у нас и в наших госпрограммах средства, направленные именно на это. Мы законодательно закрепили нормы наличия в школах и высших учебных заведениях школьные и студенческие спортивные клубы. Вроде написали, а наполнить их финансовыми средствами забыли. Сегодня мы, кстати, к закону об образовании подготовили целый пакет поправок, которые бы именно закон об образовании учёл именно в плане здорового образа жизни.

Эти поправки есть, вы их увидите, если кому интересно будет, дайте свои предложения, я готов, как член Комитета по образованию включить эти предложения.

Мы провели «круглый стол», в том числе, связанный с развитием здорового образа жизни среди наших студентов. И обнаружили очень большой

комплекс мер, которые этому препятствуют, начиная от современного медосмотра, от студенческих поликлиник, которые отсутствуют в достаточном объёме и бессистемности медицинского осмотра. Наличие практически разрушенной системы оздоровительных спортивных лагерей в вузах. Жалко и обидно. Существующие загородно-оздоровительные спортивные лагеря сегодня в плохом состоянии.

Нужна, наверно, какая-то федеральная поддержка, федеральные программы, потому что субъекты, местные органы власти, где находятся эти оздоровительные лагеря, они сегодня сами не способны просто привести в надлежащий порядок, а ребёнок должен отдыхать в нормальных условиях, набираться сил.

Конечно, не могу не сказать о спортивных школах. Так получилось, что практически 90 процентов их, которые, в том числе занимаются и организацией на начальном этапе и массовым спортом и, в том числе, уже потом из этих ребят ищут достойных ребят на спортивный результат, они остались на уровне муниципалитета, они все финансируются, все в подчинении муниципалитетов. А в муниципалитетах сегодня денег практически нет. И эти спортивные школы, наверно, есть необходимость, на мой взгляд, поднять их статус на региональный, по крайней мере, субъектовый уровень, чтобы к ним было нормальное и достойное внимание.

И последнее. Понятно, что про питание говорили, высказывали неоднократно неудовольствие. Например, у нас в Татарстане, успешно работают в плане питания, целые программы есть, целые проекты. Практически 98 процентов детей горячим питанием охвачены, но со стороны государства 5 рублей 20 копеек субсидии.

Что можно за 5 рублей 20 копеек? Понятно, там родительские деньги, деньги муниципалитетов, и так далее, но это так тяжело идёт, так это трудно делается. Я бы всё-таки со стороны государства, внимание усилил. Это же наши дети, не чужие, не с Марса, не откуда-то. Увеличить эту составляющую, по крайней мере, до 10 рублей, сделать всем, чтобы было нормальное горячее питание.

Ещё раз, завершая, говорю о роли нас, родителей, что мы сами должны быть примерами. Потому что мы везде сами детям показываем пример, у нас хоть маленькое мероприятие – банкет. Маленькое какое-то событие – опять банкет. Везде, наши же дети видят, чем мы занимаемся, как родители поступают. И вот этот пример родителей, он очень важен, к сожалению, мы его недостаточно оцениваем, недостаточно ему внимания уделяем.

И ещё раз говорю, спортивные объекты, строительство, у нас есть. Программы федеральные есть. Я бы сориентировал многие из федеральных программ в направлении стройки спортивных объектов, при образовательных учреждениях, вузах, школах. Они у нас, к сожалению, ни на это ориентированы.

Огромные спортивные комплексы остаются недоступными для большинства наших детей. И еще раз говорю, это кадры, это те люди, которые могут сегодня с нашим подрастающим поколением работать именно в плане здоровья и здоровьесберегающих технологий. Кадры, к сожалению, сегодня, и заработная плата, и видимо, мотивация, не позволяют, чтобы работники физической культуры и спорта в достаточном количестве работали с наши-

ми детьми. Надо над этим всем вместе с муниципалитетами и федеральным органам власти, подумать.

Спасибо большое.

Председательствующий. Сейчас я хочу предоставить слово начальнику отдела формирования здорового образа жизни детей и молодежи Минобрнауки.

Поэтому Владимир Иванович, я Вам с удовольствием предоставляю слово.

Омельченко В. И. В своем выступлении я хотел бы остановиться на таком важном составляющем элементе пропаганды здорового образа жизни, как совершенствование физкультурно-спортивного воспитания в системе образования. Здесь уже эту тему начал Ильдар Ирекович, действительно, тема очень важная, очень актуальная, потому что от того, насколько мы используем потенциал образовательных учреждений, потенциал системы образования в части непосредственной профилактической работы по формированию здорового образа жизни через систему физкультурно-спортивного воспитания, не через стремление к конкретным результатам спортивным, а прежде всего через систему физкультурно-спортивного воспитания, чтобы спортивный образ жизни стал неотъемлемым элементом каждого обучающегося.

И здесь мы выделяем несколько важных направлений деятельности.

Во-первых, что уже сделано. В предмете «физическая культура», в соответствии с новыми государственными стандартами, они рассчитаны с учетом трехчасовой недельной нагрузки, начиная с первого класса.

Что касается дисциплины «физическая культура» в рамках высшего профессионального образования, то она представлена как самостоятельный раздел в объеме 400 часов. При этом удовлетворение индивидуальных спортивных интересов обучающихся предполагает содержательное наполнение образовательного процесса в соответствии с их выбором.

Сегодня уже говорили о многих видах спорта таких, потенциал которых возможно использовать уже непосредственно в рамках образовательного процесса. И для осуществления научно-методического сопровождения данной работы был создан в 2011 году экспертный совет Министерства образования и науки Российской Федерации по совершенствованию системы физического воспитания в образовательных учреждениях.

В частности, данным экспертным советом были рассмотрены и одобрены для реализации в образовательном процессе следующие программы – программа «физическая культура и гимнастика», программа интегрированного курса физического воспитания для обучающихся начальной школы на основе футбола, модульная программа «третий урок – физическая культура», и другие программы, которые непосредственно позволяют содержательно по-новому наполнить образовательный процесс в общеобразовательных учреждениях.

Следующее направление, опять о нем уже говорилось, это создание современной спортивной инфраструктуры. Без современной спортивной инфраструктуры очень сложно будет добиться тех показателей, которые перед нами стоят, это увеличение к 2020 году количества систематически занимающихся спортом, обучающихся, до 80 процентов.

В стенах Государственной Думы, родилась и прекрасно реализуется идея 500 бассейнов для вузов.

Сейчас мы построили чуть больше 30 бассейнов, но безусловно, каждый год их количество увеличивается на 15-17 бассейнов, в этом заслуга, в частности, и депутатов Государственной Думы, и фракции «ЕДИНАЯ РОССИЯ», которая инициировала этот проект.

Еще одно важное событие хотелось бы отметить, то, что у нас принят новый свод правил «Общественные здания и сооружения», новые СНиП, где принципиально изменён подход к содержанию спортивной инфраструктуры образовательных учреждений. Мы ушли от традиционных размеров спортивного зала 24 на 12 метров и соответственно расширили перечень тех элементов спортивной инфраструктуры, которые должны быть. Это зал гимнастики, зал подвижных игр, хореографии, фитнеса, аэробики. Безусловно, это тоже будет способствовать дальнейшему совершенствованию деятельности по данному направлению.

Третье направление – это обобщение и распространение передового опыта деятельности образовательных учреждений по совершенствованию физкультурно-спортивного воспитания. В частности с 2011 года мы проводим открытый всероссийский смотр-конкурс образовательных учреждений среднего и высшего профессионального образования на лучшую организацию физкультурно-спортивной работы среди студентов. Также ежегодно проводится всероссийский конкурс образовательных учреждений высшего профессионального образования, это «Вуз здорового образа жизни». И с этого года впервые мы начали конкурс на лучшие образовательные учреждения общего образования «Олимпиада начинается в школе».

В чём смысл этих конкурсов? Мы стремимся выявить и распространить те лучшие методики, которые есть в образовательных учреждениях, потому что в соответствии с действующим законодательством, со статьёй 32 Закона Российской Федерации «Об образовании» это непосредственно компетенция образовательного учреждения и распространение опыта.

Четвёртое направление – это взаимодействие во всероссийскими федерациями по видам спорта. Мы уже заключили соглашение с Российским футбольным союзом, с Федерацией гимнастики, с другими федерациями.

Пятое направление – это совершенствование законодательства. В настоящее время идёт доработка ко второму чтению Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации», в котором предусмотрена отдельная статья 89, которая как раз посвящена вопросам реализации образовательных программ в области физической культуры и спорта.

Ну и наконец, это непосредственное развитие школьного и студенческого спорта. В этом году, когда мы проанализировали итоги тех традиционных соревнований, которые у нас проводятся как президентские состязания и президентские спортивные игры, в них приняло участие более 10 миллионов обучающихся. Безусловно, это, с одной стороны, хороший показатель, но с другой, сами цифры не дают полной информации. Важно то, насколько организован этот процесс в муниципалитетах, в образовательных учреждениях, важно то, какой воспитательный эффект несут в себе эти мероприятия, как они влияют на формирование личности обучающихся. Потому что когда мы сталкиваемся, например, с таким сюжетом, с таким явлением как под-

ставка, мы можем говорить – да, работа ведётся, но результат этой работы, чему мы научим здесь обучающихся?

Поэтому мы тоже сейчас активизировали работу по совершенствованию данной деятельности. Мы планируем создать на базе одного из подведомственных образовательных учреждений организационно-методический центр школьного спорта, это на базе федерального учреждения. При этом готовим рекомендации о том, что аналогичные центры были как в субъектах Российской Федерации, так и в муниципалитетах, чтобы была единая система построения школьного спорта, без которой нам очень сложно будет двигаться. И как низовое звено – это школьные спортивные клубы, о которых уже говорилось. Причём анализируя опыт деятельности школьных спортивных клубов, их у нас уже где-то около 1,5 тысяч, мы пришли к выводу, что наиболее эффективно они функционируют там, где идёт их финансирование через систему дополнительного образования детей, когда появляется у нас действительно структура «школьный спортивный клуб», организационный такой центр на уровне муниципалитета, субъекта и на федеральном уровне.

Что касается студенческого спорта, то здесь мы ориентируем образовательные учреждения на совершенствование прежде всего спортивно-массовой работы внутри вуза. Это спартакиады, причём спартакиады, допустим, как среди студентов, так и среди преподавателей, среди общежитий. К сожалению, вопрос достаточно сложный – это студенческий спорт в разрезе подготовки спортивного резерва. Потому что как только мы выходим за рамки образовательного процесса, так сразу у нас начинаются соответственно проблемы, связанные с финансированием. Почему? Потому что это уже, допустим, спорт, это уже не образование. И мы несколько раз инициировали предложение по внесению изменений в федеральную целевую программу развития физической культуры и спорта.

Потому что те показатели, которые были заложены при формировании программы, те цели, они, безусловно, уже не соответствуют потребностям сегодняшнего дня. И необходимо существенно пересматривать работу по данному направлению, потому что без соответствующих источников финансирования, движения, его период, оно будет весьма затруднительным.

Председательствующий. Владимир Иванович, вы как-то всё к одному спорту свели, формирование здорового образа жизни. Всё-таки Минобрнауки, особенно школы, не только один спорт. Как вот говорят, приходят дети в первый класс еще более или менее нормальные, а уже к 10-му 90 процентов имеют те или иные отклонения здоровья. Это и зрение, сколиоз, это либо избыточное питание, либо, наоборот, недостаток его и так далее. Вообще, кроме спорта Минобрнауки формирование здорового образа жизни, еще чем занимается?

Омельченко В. И. Безусловно, спектр направлений достаточно широк. Просто в рамках той программы «круглого стола», которая была, мы акцентировали внимание на одном аспекте. Потому что каждый аспект – это, по сути дела, тема для отдельного «круглого стола».

Как раз хотелось бы вернуться к закону «Об образовании в Российской Федерации», где предусмотрена отдельная статья 42, которая регулирует вопросы охраны здоровья обучающихся. В частности это связано и с определением учебной нагрузки, в том числе вне учебной и ответственность за

пропаганду и обучение навыкам здорового образа жизни, и организацию оздоровления обучающихся, в том числе как раз и занятия физической культурой и спортом, и профилактику, и запрещение и курения, употребления алкогольных, слабоалкогольных напитков, пива, наркотических средств. То есть сейчас в рамках работы над новым законом «Об образовании» мы пытаемся максимально содержательно наполнить данный документ, который будет на ближайшие годы тем основным документом, который будет регулировать данные вопросы.

В 2010 году 28 декабря были утверждены федеральные требования к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся. И эти требования, по сути, включают в себя совокупность всех необходимых условий, которые обеспечивают сохранение и укрепление физического и психического здоровья обучающихся. Исходя из того, что у нас по уровням образовательные учреждения муниципалитет, субъект и федеральный уровень полномочия разграничены, то этот документ как раз и устанавливает в рамках нашей компетенции те требования, которые предъявляются к образовательным учреждениям в данном направлении.

Председательствующий. Я с большим удовольствием хотел бы представить слово Собченко Вячеславу Георгиевичу, двукратному олимпийскому чемпиону по водному поло, президенту национального фонда поддержки развития водного поло.

Собченко В. Г. Я уйду несколько в сторону от спорта, хотя вся моя жизнь была посвящена ему и затрону как раз, на мой взгляд, очень важный момент – воспитание здорового поколения. Это именно физкультура. Потому что в наш век у всего населения, начиная с малого и до старого, в основном одна проблема – гиподинамия. Агрессивная среда, плохие продукты, затем малоподвижный образ жизни. Наше благосостояние растет, многие мало стараются двигаться. Вот из этого, начинают уже проявляться те проблемы, о которых здесь коллеги говорили, и плохое зрение, и болезнь желудка, и сердца, и так далее, и тому подобное. В тот момент, когда рождается ребенок, если у него нет никаких генетических заболеваний, он растет нормальным здоровым малышом, который ползает, прыгает, бежит. То есть он затрачивает большое количество энергии. У него нормальный аппетит, если его вовремя прогуливать. То же самое должно идти дальше. Но посмотрите, к чему мы сейчас пришли?

Допустим, физкультура в школе, если сравнить с тем, что было 40–50 лет назад, это небо и земля. То есть любая школа являлась тем ядром, где дети могли заниматься физкультурой. Они могли заниматься любым видом спорта. Залы не закрывались, школы были открыты с утра до вечера. Сейчас в школу не попадешь. Охранное агентство, прежде чем попасть к директору, допустим, для того чтобы найти людей, желающих заняться спортом, тебя не пустит туда. Я могу понять, что эта агрессивная среда, которая нас сейчас окружает, она естественно создаётся на этом.

Но вот, обращаясь к теме нашего сегодня «круглого стола», «Пропаганда здорового образа жизни», я считаю, что в первую очередь она должна быть обращена на взрослых людей, на родителей этих детей. Потому что до определённого момента дети не знают, что они будут делать. Редкие дети, которые в 7-8-летнем возрасте уже могут сказать, что мне нравится вот

этим заниматься, и я буду этим заниматься. В основном существует мода на виды спорта, она меняется. И вот родители все пытаются каким-то образом детей в эти виды спорта направить. Но это неправильно. Во-первых, спорт высших достижений – это совершенно другая вещь. А вот физкультура должна присутствовать в нашей повседневной жизни. Дети должны играть, дети должны двигаться, дети должны бегать. Посмотрите, у нас сейчас, допустим, в Москве по программе очень много построено детских площадок, но что на них? Качели, горки, песочницы. А вот плоскостных сооружений простых, их очень мало. Коробок практически нет. Элементарных площадок, где можно придти, побросать мяч в кольцо или поиграть в футбол, нет. И получается, что детям некуда деться, их и не выпускают родители. Потому что, чтобы поехать ребенку куда-то в секцию с одного района в другой – это целая проблема. Ведь детей сейчас только возят. Их практически не отпускают, не дают двигаться.

А, если бы была возможность в той же школе, где он учится в 5–10 минутной доступности, он пришёл после школы домой, поел и пошёл в этот зал. Но для этого там должен работать учитель физкультуры, который будет детей учить этим азам. Никто не требует от школы, чтобы там готовили каких-то мастеров. Нет. Просто научить играть детей в футбол, в волейбол, в баскетбол, легкой атлетикой заниматься, лыжами. То есть это виды спорта, которые не требуют особых затрат. Единственное нужно что? Чтобы в школе был зал, что, к сожалению, есть не во всех школах. Если раньше были эти спортивные залы практически во всех школах, и в этом не было ничего сверхъестественного. Но тем не менее вот эти азы закаливания, азы физической подготовки дети получали.

Давайте посмотрим, сколько детей сейчас в обычной школе ходит на физкультуру? Максимум 30 процентов. Под любыми предложениями родители стараются какие-то справки достать. Почему? Говорят: плохо, болеет. Да ерунда это всё.

И поэтому я ещё раз повторяю, эту пропаганду нужно обратить на родителей, воздействовать на них.

Ведь сейчас что получается. Очень много строится сооружений спортивных, но для того, чтобы заниматься физкультурой, дети из малообеспеченных семей не могут этого делать, потому что группы в основном везде начальные, я не говорю ещё раз о спорте, они везде платные. И это происходит из-за чего? Из-за того, что построили спортивное сооружение – благое дело, но затем оно вынуждено само себя обеспечивать, то есть это коммуналка, свет, то есть это расходы. И, хочешь, не хочешь, директор вынужден больше внимания уделять не развитию физической культуры, а тому, чтобы выжить в этих условиях. Важные моменты и питание, и другое, но всё начинается с движения. Будет человек нормально двигаться, у него будет аппетит хороший.

Я думаю, что сейчас родители всё-таки в состоянии обеспечить нормальным питанием своих детей, уже нет у нас голода, нет никаких ограничений, пожалуйста. Но есть моменты, которые, на мой взгляд, не дают возможности задействовать как можно больше людей именно в физкультуре. Необходимо убирать с улицы мальчишек 12–13, 14 лет. Потому что это тот возраст, когда мы теряем людей. Мы теряем их в этом возрасте, потому что 8–9 летние

мальчишки ни пива не пьют, не курят, ничего. Как только они подрастают, ну, за редким исключением, им некуда деться.

Председательствующий. Я вспоминаю школу, одновременно ходил на две секции. И своего тренера, который в наказание тысячу приседаний заставлял делать. Тренировали тогда действительно серьезно.

Меня напугало, что мы несколько лет назад активно вместе с нашим комитетом по спорту, вводили третий урок физкультуры. И то, что как вы говорите, сейчас занимается только 30 процентов школьников. Как раз Министерство образования ввело третий урок физкультуры в ущерб другим предметам. Мы ещё не затронули очень много проблем, это касается преподавателей физкультуры с нищенской заработной платой, которые многие работают в основном на энтузиазме. Это очень серьёзная проблема для развития именно физкультуры и массового спорта.

Получается, что мы вводим новые уроки, а здоровье детей падает, или они не ходят. Я уж не говорю, что сейчас засилье Интернета и так далее, что способствует малоподвижному образу жизни, об этом нужно тоже задуматься.

А сейчас я хотел бы предоставить слово инициатору этих парламентских слушаний именно в таком ракурсе «Пропаганда здорового образа жизни, как фактор духовного и нравственного развития подрастающего поколения», Дорофеев Сергей Борисович – заместитель председателя Комитета по охране здоровья.

Дорофеев С. Б. Сейчас, знаете, взял, посмотрел состав присутствующих, увидел двух заместителей, трех заместителей министра с регионов, один спорта, двое здравоохранения. Увидел в составе четырех депутатов из регионов, в том числе некоторые, заместители председателей комитетов, а все остальные специалисты своего дела. Я к тому, что мы можем много говорить правильные слова. И все, особенно сидящие здесь, наверное, знают, что надо бы делать. Только мы говорим, а решение-то принимать должны, вроде как другие люди, те, которых с нами тут нет, особенно на территориях.

Вот у нас в Минобрнауки есть целый отдел, дословно фактически называющийся, как у нас слушания проходят по теме. У нас в Министерстве здравоохранения Российской Федерации, есть похожий отдел профилактической медицины, целый департамент занимается этим направлением фактически. А вот что-то дело как-то у нас не получается. У нас вроде в каждом министерстве и спорта, и Минобрнауки, и в здравоохранении есть свои планы финансирования, а результата комплексного как-то нет. Каждый почему-то решает, на мой взгляд, какую-то свою задачу с отдельным своим финансированием и каждый за свое как-то отчитывается. Мне кажется, что было бы правильно, если мы говорим о подрастающем поколении, да, и вообще, о здоровом образе жизни, то должна на самом деле какая-то целевая программа с интегрированным финансированием. Таков наш Бюджетный кодекс, который мы приняли, он фактически диктует нам, что мы должны делать, не мы диктуем ему по смыслу, что мы хотели бы сделать, а он нам. Если это в школе, значит, к Минобрнауки, там это должно финансироваться. А если в школе еще сидит медработник? А то, что он числится в школе, а врач числится в здравоохранении и вдвоем нужно делать какую-то одну работу понятную и осмысленную, это уже никого не касается. Такие абсурдности бывают.

Одним словом у меня предложение по этому вопросу. На самом деле я думаю, нужно обратиться и к Министерству здравоохранения, в правительство о формировании отдельной целевой федеральной программы, потому что глубоко убежден, что действительно она многофакторная и многосоставляющая задача, которую необходимо решать. И если это не будет всё интегрировано, когда можно прочитать, о том, что мы собираемся делать. Вот сейчас много Владимир Иванович говорил, мы делаем то, то, а сам приводил только цифры в Роспотребнадзоре. Самые главные причины – это те, что молодёжь у нас не так развиваются, как бы хотелось и здоровье у неё не такое, какое бы нам хотелось. Мы ввели дополнительные уроки физкультуры, но при этом не построили спортивные залы, где их проводить. В некоторых городах открытых футбольных площадок при школах практически не осталось, всё застроили. Поэтому когда мы говорим «а», то сразу нужно говорить весь алфавит, и «б», и «в», и «г». И только в рамках какой-то комплексной программы, наверное, это можно прописать. Это первое.

Второе. Я считаю, что мы вскользь всегда говорим о мотивации. Но здоровье – это, прежде всего, здоровый образ жизни. Можно воспитывать, можно хоть палкой гонять подрастающее поколение, но у него тоже должен быть мотив. Со взрослыми уже сложнее. Общество стало очень прагматичным. Если это выгодно, мы это делаем, если это нам невыгодно, мы это не делаем.

Все понимаем, что хорошо зарядкой заниматься, но невыгодно, потому что поспать лишних 20 минут хочется.

И передач таких «С добрым утром», уже таких не стало, которые пробуждали бы, и на производстве эти пятиминутки, уже невыгодны, со взрослыми сложнее, там всех надо мотивировать рублем.

Когда мы говорим о такой системе социально-экономической мотивации, в стенах Государственной Думы, мы должны говорить о программе с взрослыми. Должна быть программа такая написана, чтобы каждому человеку было выгодно быть здоровым.

Заболел, не болеешь весь год, получи лишний день к отпуску, например, да? Это надо вносить поправку соответствующую.

Если ты не проходишь диспансеризацию какую-то, специально каждому человеку отведенную, плати 10 процентов от страховки, да?

Если работодатель оздоравливает своих сотрудников, то давайте скостим ему налог на прибыль в какой-то части.

Понятная система должна быть. И хотелось бы услышать ваши предложения, что можно было бы сделать. С детьми сложнее. У них же ведь нет такой экономической мотивации, у них какая-то другая должна быть.

Вот мне очень было симпатично, когда Вячеслав Георгиевич выступал и сказал о том, что я не буду говорить о спорте, я о физкультуре. Вдумайтесь, спортсмен говорит о физкультуре. Врачи говорят – давайте мы не о высоких технологиях лечения, мы давайте о профилактике будем говорить. А политики говорят – нет, давайте мы будем строить здравоохранение, которое нас спасет. Не спасет.

Если говорим о здоровом образе жизни, то это действительно прежде всего физкультура. А если мы говорим о здоровье в широком смысле, то это профилактика того, чтобы человек не заболел.

Так это нужно создавать целую систему. У нас была такая система в советское время, плохо или хорошо работающая, но она была. Сейчас ее просто нет.

У нас есть какое-то направление, какие-то отдельно работающие в каких-то территориях, и кто-то, наверное, может чем-то гордиться и похвастаться, но целостной системы нет.

И вот об этом мы, прежде всего должны говорить, это может спасти, уже наверное не нас, но наверное может спасти наше подрастающее поколение. Создание такой системы, когда взрослый будет рассказывать – ты знаешь, я все-таки утром буду зарядку-то делать. И сын будет смотреть на отца, да, наверное, он умный, он знает и делает лучше, чем я.

И дочь, прежде всего, пойдет учить не еще один язык какой-нибудь дополнительно. Думая, что это поможет, а пойдет, например, спортивными танцами заниматься.

Я хотел бы призвать всех высказывать сегодня больше предложений. Так, чтобы можно было бы их законодательно оформить и это могло нам действительно помочь и в духовном, и в нравственном развитии подрастающего поколения.

Председательствующий. Сейчас как раз переходим непосредственно к нашим гостям из регионов.

И хотел слово предоставить Гвоздеву Василию Анатольевичу – статс-секретарю – заместителю министра труда и социального развития Ульяновской области.

Гвоздев В. А. Сергей Иванович Морозов, губернатор Ульяновской области, поставил задачу разработать несколько региональных проектов, которые были направлены бы на социальное сплочение населения по самым различным факторам: духовным, физическим, воспитательным и так далее. Некие элементы региональной пропаганды здорового образа жизни в самом широком понимании, такая задача была поставлена и соответственно она в той или иной степени реализуется.

Мы затронули сейчас новый аспект, семью. То есть посмотрели именно Ульяновский регион с точки зрения здорового человека и каждой конкретной семьи, обычной, неполной, многодетной. И именно на её укрепление, на здоровье с точки зрения духовного, нравственного, внутреннего содержания семьи разработали несколько программ.

У нас есть департамент семейной демографической политики и здорового образа жизни. Сейчас он преобразуется в отдельное министерство. Губернатор поставил задачу, и мы считаем, что сейчас она практически выполнена, у нас одно из самых лучших региональных семейных законодательств, направленных на поддержку семьи в самых различных ситуациях. Мы несколько миллиардов рублей из 32-миллиардного регионального бюджета тратим на поддержку семей в довесок к государственным различным программам, связанным соответственно с поддержкой, в том числе, многодетных семей.

И в этой части в 2011 году губернатор, видя, что многие министерства культуры, образования, здравоохранения, минсоцтруд и так далее, департамент по спорту работают, как было сейчас сказано, немножко, несвязанно друг с другом, была поставлена ещё одна задача – создать программу «Здо-

ровый регион», которая объединяла бы на уровне региона лучшие федеральные, и региональные практики муниципальные и была направлена на конкретные количественно-качественные показатели. Губернатор их озвучил. Естественно, до этого были определённые мозговые штурмы. И этот показатель, он выражается в конкретных вещах: Ульяновская область с точки зрения количества людей, проживающих, а мы заинтересованы, чтобы это были здоровые люди во всех начинаниях и проявлениях, к 2025 году возрастает по количеству в два раза. Ни один, наверное, регион не может об этом сказать, потому что у многих вообще смертность превышает рождаемость на сегодняшний день.

У нас в Ульяновской области рождаемость превышает уже не первый год смертность, в абсолютном большинстве муниципальных образований и в областном центре.

В 2018 году губернатор поставил задачу – Ульяновская область должна стать самым здоровым регионом России по абсолютному большинству, Минздрав знает, что это такое, конкретных показателей здоровья. Их около 20 основных. И мы на сегодняшний день разрабатываем все муниципальные и региональные программы, исходя из этих соответственно показателей. Могут сказать, что для чиновников мотивацией в Ульяновской области быть здоровым и работать на своей должности и продвигаться вверх соответственно или хотя бы находиться на том или ином уровне, это так называемая акция «Начни с себя». У нас есть соответствующий кодекс государственного, муниципального служащего, у нас есть присяга государственного служащего, у нас чтобы получить значок, обязательное публичное принесение этой присяги при огромном количестве людей. И если ты после этого где-то что-то не соблюдаешь, то ты потеряешь свою должность. И в этой части курение, распитие спиртных напитков, ведение нездорового образа жизни и многие, многие другие положения входят в этот кодекс.

Поэтому для всей государственной и муниципальной системы Ульяновской области мотивация к здоровому образу жизни, стала государственной региональной задачей. И если ты не соответствуешь, подчёркиваю, и свой трудовой коллектив с точки зрения корпоративного кодекса не ведёшь к здоровому образу жизни, значит, ты просто потеряешь свою работу.

Мы стали очень серьёзно с точки зрения семейной политики работать с традиционными конфессиями, прежде всего с православной, с мусульманами, которых в Ульяновской области, около 25 процентов. Мы очень внимательно посмотрели и на сегодняшний день у нас, во всех женских консультациях работают психологи с православным, религиозным образованием. Количество абортот сократилось буквально на 30 процентов.

У нас везде крутятся определённые ролики. Соответственно идёт такая идеологическая пропаганда именно здорового образа жизни.

Я не совсем согласен со всеми, кто сегодня говорил на тему физкультуры, что это нужно. Но, если не будет, прежде всего, позиции взрослого человека, с точки зрения внутреннего своего содержания, никогда он не будет заниматься физкультурой или спортом. Или по-другому давайте зададим вопрос: нам нужен здоровый человек, который нарушает закон, который является морально несостоятельным, с точки зрения нормальных ценностей? Да не нужен нам такой здоровый человек, пусть он лучше болеет. Нам нужен

морально выдержанный, честный, порядочный, серьезный, не скажу, что советский человек, россиянин, который ведёт здоровый образ жизни. Вот тогда у нас будет здоровая Россия.

Поэтому мы разработали на сегодняшний день три больших блока у себя, которые в 2013 году вводим. Помните, в советское время было такое общество знаний. Мы вводим у себя такую школу лекторов, порядка 100 человек, которые с 2013 года начинают работать во всех муниципальных образованиях в ежедневном режиме по агитации здорового образа жизни.

Мы разработали очень серьёзную региональную информационную просветительскую кампанию, один из роликов вы видели, их десятки, кстати, Владислав Третьяк у нас является депутатом Государственной Думы от нашей области, которые направлялись бы, скажем так, немножко на развлечение неправильной идеологии, которую мы видим по федеральным каналам телевидения.

И мы приглашаем, на сегодняшний день практически регулярно, федеральных и европейских мировых светил по здоровому образу жизни, которые ежемесячно начинают работать на территории Ульяновской области с населением.

Единственное пожелание Государственной Думе от всех министерств Ульяновской области, социальных, прежде всего, занять государственную позицию. То есть нам, может быть, сейчас не нужны какие-то дополнительные государственные программы по здоровому образу жизни, нам нужны жёсткие законы, которые закрывали бы на уровне телевидения, других СМИ разрушение российского общества. Будет государственная позиция по здоровой России, как вот сайт Минздрава, «Здоровая Россия» он называется, тогда у нас будет здоровое общество через какое-то время. Мы в Ульяновской области готовы со всеми делиться этим опытом.

Председательствующий. Слово предоставляется Водяницкой Ольге Ивановне – специалисту центра организационно-методического обеспечения физического воспитания департамента образования города Москвы.

Водяницкая О. И. Сегодня бы мне хотелось заострить внимание присутствующих на обучающихся, имеющих отклонение в состоянии здоровья. Сегодняшнее реформирование школы, инновационные подходы, физкультурное образование, новые виды спорта в школе, современное спортивное оборудование. Однако остаётся не совсем ясной, какая модель организации физического воспитания в школе является наиболее целесообразной и эффективной в процессе формирования личности.

На сегодняшний момент мы проанализировали 25 нормативных документов за последние 20 лет. И последний документ, касающийся организации физического воспитания с детьми, имеющими отклонение в состоянии здоровья, датировался 1985 годом. Мы в связи с этим объединили усилия с департаментом здравоохранения два года назад и провели очень большую кропотливую работу, благодаря национальному университету имени Пирогова кафедры педиатрии, мы объединили усилия в рабочей группе и написали инструктивно-методическое письмо об организации и аттестации обучающихся, имеющих отклонения в состоянии здоровья. Программно-методическое обеспечение, организация занятий, аттестация, оценка физического здоровья, нормативно-правовые основы, медицинский контроль. И на

сегодняшний момент данные инструктивно-методические рекомендации внедрены в общеобразовательные школы города Москвы.

В настоящее время при организации процесса по предмету физической культуры, согласно положению о медико-педагогическом контроле, лица, занимающиеся физической культурой, объединены в три физкультурные группы: основная, подготовительная, специальные медицинские группы «А» и «Б». Нами создан банк данных количественного состава обучающихся города Москвы, отнесенных по состоянию здоровья к медицинским группам. Динамика за наблюдением, за количественным составом медицинских групп за период с 2005-го по 2011 год, за шесть и семь учебных годов, свидетельствует об уменьшении доли основной группы на 7,7 процента. Увеличение доли обучающихся подготовительной группы на 6,2 процента. Специальной медицинской группы «А» на 1,3 процента, группы «Б» на 0,2 процента. Нуждающихся в коррекции состояния здоровья с посещением занятий лечебно-физической культуры увеличилось на один процент. Каждое образовательное учреждение должно само определить формы организации физического воспитания с данной категорией обучающихся, исходя из наличия специалистов и материально-технического обеспечения. Занятия могут проводиться в форме урока, расписание которого стоит в секте часов или как дополнительного образования во второй половине дня. Все обучающиеся, в том числе с ограниченными возможностями здоровья должны посещать занятия по физической культуре с учетом медицинских групп.

Я должна, уважаемые коллеги, заострить внимание, на сегодняшний момент в Москве нет освобождения от уроков физкультуры, есть замена урока физической культуры адекватной физической нагрузке в форме лечебно-физической культуры, в форме адаптивной физической культуры, в форме корректирующей гимнастики. В настоящее время департамент образования в лице центра организационно-методического обеспечения, физического воспитания общеобразовательным учреждениям города Москвы было представлено несколько инновационных вариантов организации урока физической культуры, которые прижились в общеобразовательных учреждениях с учетом строго дифференцированной нагрузки, с учетом уровня физического развития, физической подготовки и состояния здоровья обучающихся. В современных условиях в развитии общества возникла острая потребность перехода от традиционно сложившихся схем содержания организации системы физического воспитания обучающихся в образовательных учреждениях, имеющих отклонения в состоянии здоровья к инновационным педагогическим технологиям этого процесса, который будет эффективно решать задачи сохранения и укрепления здоровья.

В связи с введением в действие федеральных образовательных стандартов федерального базисного учебного плана, федеральных требований к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся и воспитанников во всех государственных образовательных учреждениях субъектов Российской Федерации, реализующий программы начального общего, основного общего, среднего общего. При организации учебного процесса приоритетным направлением должна стать пропаганда и формирование основ здорового образа жизни, как фактор духовно и нравственного физического развития подрастающего поколения.

В связи с этим департамент образования в лице центра организационно-методического обеспечения физического воспитания рекомендует Министерству образования и науки и Министерству здравоохранения и социального развития разработать государственную комплексную программу по формированию здорового образа жизни, основанную на преемственности формирования здорового образа жизни в дошкольном учреждении, формировании здорового образа жизни в общеобразовательном учреждении, формировании здорового образа жизни в учреждениях начального профессионального образования и формировании здорового образа жизни студенческой молодежи в учреждениях высшего профессионального образования. А также формирование здорового образа жизни в семье.

Также мы предлагаем ввести уроки здорового образа жизни, как обязательный или факультативный предмет во второй половине дня.

Председательствующий. Слово предоставляется Коростину Михаилу Ивановичу.

Коростин М. И. Я, как врач-нарколог, хочу поднять вопрос о духовном и нравственном воспитании. Будучи психотерапевтом с большим стажем, отмечу, что есть социализирующие факторы, я коротко скажу о них. У нас в грудном возрасте, в детском – это мама, с папой, чуть попозже – учитель, ещё позже дворовые лидеры или лидеры спорта. А в возрасте от 14 до 18 лет, это уже и специалистами установлено, главным социализирующим фактором, как нам бы не хотелось, является образность. Её мы видим в средствах массовой информации. Сейчас картин, которые мы листали раньше, в «Букварях» нет, детство образно сформировало наше мировоззрение. И как должен выглядеть правильно молодой человек, молодая женщина, формируют средства массовой информации. В этом и мы сталкиваемся сейчас в нашем как раз противобоевствии, о чём говорили представители Ульяновской области, мощнейшие программы, и у нас существуют профилактические, где огромное количество медицинских работников, педагогов, спортсменов участвуют в этой пропаганде, которую мы буквально ежечасно проводим. Но, когда в прайм-тайм на телевидении мы видим, и я, как психотерапевт просто завидую профессионально, как это манипулируется прекрасно сознание в течение 20–30 минут. И всё вылетает, когда у молодого человека на следующий день идёт обратная переформатировка его сознания. Поэтому я бы здесь предложил, обратить внимание на местные телепрограммы, которые у нас идут на федеральных каналах, по полчаса нам их дают и всё. А хотелось бы, хоть через день, в шахматном порядке давать возможность уже с местными журналистами готовить эти программы и с творческими работниками. Для того, чтобы каким-то образом занимать это подрастающее поколение, именно их нравственную и духовную составляющую, плюс, конечно, физкультура, о чём здесь недаром говорили.

Следующее, что ещё нужно, они должны быть онлайн-мощные. И у нас есть опыт такой работы, у нас неплохо на местном телевидении работают прямые именно живые эфиры и народ переключает кнопки с первого, третьего канала на наше местное телевидение.

И здесь ещё, конечно же, нужно смотреть группы населения. Есть очень активные, которые работают, слышат наши слова и поймут. Но есть ещё группа населения, которая не слышит, не видит и не понимает. Есть специ-

альные мотивационные программы, они, конечно, есть в каждом ведомстве, и хотелось бы их слышать и обмениваться мнениями, у кого действительно эффективно работают.

Для этого надо разработать какие-то совместные, тоже онлайнные научно-практические семинары, конференции, где бы обменивались этими технологиями, мотивациями в других регионах. Потому что я встречаюсь с нашими специалистами, врачами-наркологами, из других регионов, очень интересные есть программы по мотивации. Есть программы, которые мотивируют асоциальные группы населения. Есть совместная работа с судами, с юстицией, вытягиваем подростков и их семьи, можно сказать, из дерьма, из пьянства, алкоголизма, наркотиков. Удаётся даже с ними это делать. Но нужен опыт и нужна работа с ними.

И, конечно же, есть запрос очень интересный, у людей, которые активно участвуют в массовых, физкультурных мероприятиях. Они хотят понять, а как на их здоровье отразились занятия физкультурой. Все не успеют пройти через центры здоровья, которые созданы в структуре Минздрава и понять, как их сердце, печень, почки работают. А вот создать какие-то специализированные программы, они сейчас доступны Интернет, где человек мог бы сам бы оценить свою физическую готовность. Быстро понять, чего он достиг, чего не достиг и где у него плюсы и минусы, это бы хотелось тоже видеть.

И, конечно же, очень большая просьба, всё-таки не надо программы «Здоровый образ жизни», а нужна концепция государственной политики по здоровому образу жизни, где бы каждому было своё: здравоохранению, образованию, юристам.

И, конечно же, ещё большая просьба, и вы недаром здесь озвучили этот вопрос о налогах. Мы проводили социологические исследования уже много лет среди несовершеннолетних, среди учащихся, они очень хорошо сейчас умеют считать. Они лучше, чем мы с вами считаем плюсы, минусы в мегафонах и билайнах, и так далее, где какая минута, секунда стоит. Они уже более бизнеспродуктивны, чем мы. Они умеют это делать. Задать вопрос: а как бы он среагировал, если бы он всю жизнь платил 5–10 процентов больше от зарплаты, если курит? Он скажет, да я брошу курить. Они прекрасно понимают уже в этом возрасте.

Поэтому я предлагаю разработать какой-то дифференцированный подход определения индекса здоровья. И, например, те, кто родился в 2012 году, пускай они уже начнут считать свои плюсы, минусы, если человек не будет курить всю свою жизнь и употреблять алкоголь, наркотики, тестироваться. Мы тестируем сейчас сотни, тысячи, по стране миллионы несовершеннолетних на наркотики. И проблема заключается в том, что кроме первого этапа, где мы проводим массовое психологическое тестирование, социологическое, идёт дальше тестирование биообъекта, мочи. И самое страшное, что всё впустую. Потому что нет внеплановости обследования, оно плановое. Планово никто не придёт, нормальный ребёнок придёт, нормальный родитель даст согласие, внепланово это нужно сделать. И вот здесь, конечно же, позиция Думы должна быть. Здесь надо продумать этот вопрос юридически. Нужна внеплановость этих обследований и всё будет безобидно, всё с врачебной тайной будет сделано. Это мы гарантируем. Но внеплановость нужна. Спасибо.

Председательствующий. Как раз вот самый интересный последний вопрос о внеплановом обследовании. Я хотел задать вопрос об эффективности тестирования. Когда планово, конечно, уже подготовились и всё.

Я предоставляю слово Ивановой Людмиле Николаевне – депутату Законодательного Собрания Ямало-Ненецкого автономного округа.

Иванова Л. Н. Я хочу сказать, что 27 февраля 2007 года на территории нашего Ямало-Ненецкого автономного округа в прямом эфире проходила выработка резолюции по здоровому образу жизни «Начни с себя», подготовленной депутатской фракцией партии «ЕДИНАЯ РОССИЯ» при поддержке правительства и общественных организаций представительной власти, где были представлены все представители всех наших возрастных цензов, начиная от подрастающего населения и старшее население, и при поддержке работодателей.

Что самое интересное было? Когда разработали данные рекомендации, то у нас было на уровне региональном, федеральном, муниципальном, корпоративном, корпоративное было одно из самых главных направлений, это семейный отдых, именно то, что касается непосредственно не только той работы, но и взаимодействия непосредственного, чтобы подрастающее население знало о том, как можно быть здоровым и для чего нужно быть здоровым.

У нас данная региональная программа развития физкультуры и спорта и формирования здорового образа жизни населения Ямало-Ненецкого автономного округа на 2010–2012 год сейчас идёт и будет продолжение.

Наш губернатор Дмитрий Николаевич Кобылкин очень внимательно относится к такому понятию, как здоровый образ жизни, и формирует различные вариации. Здесь я могу вам до утра рассказывать о том, что мы делаем. Это я вам представлю всё. Потому что интересно, я думаю, познавательно для других субъектов, что мы делаем в наших экстремальных условиях проживания жизни, но мы стараемся быть здоровыми, начинать с себя, особенно с молодежи. Они должны понять, почему это нужно. Невозможно заставить человека быть здоровым, если он этого не пожелает.

И поэтому у нас разработаны законы о туризме, законы о физкультуре и спорте, существуют различные социальные гранты.

В городе инициативная группа молодёжи создала здоровый образ жизни. Их никто не заставлял. Они сами решили. Они сами начали. В любом городе у нас тоже проводятся различные вариации именно по здоровому образу жизни. Город Новый Уренгой, вот здесь представитель сидит, Наталья Александровна Рябченко, они инициаторами были уже, начиная ещё с 2008 года.

Но мы организовываем волонтерство, физкультурников и спортсменов, чтобы они могли осуществлять именно обучение молодёжи на внутренних дворовых площадках. А у нас 9 месяцев зимы. Сложно, тяжело, но летом это можно сделать и мы готовы к этому.

Что такое здоровый образ жизни? Это не только физкультура и спорт, не только туризм, это ещё и организация досуга. Мы должны молодёжи представить ту вариацию, которой они хотели бы заниматься.

И я хочу предложить, в резолюцию, пожалуйста, внесите, нам нужен федеральный закон о молодежной политике, где четко и ясно лежит основание – формирование здорового образа жизни, как у нас в округе. И мы должны

знать о том, на основании чего мы будем продолжать различные концепции, программы и так далее, это уже будет выходить из законодательства.

Председательствующий. Слово предоставляется Артемовой Татьяне Александровне, ректору Калужского государственного института, модернизации образования.

Артемова Т. А. Меня к выступлению подвигла информация, которая здесь была озвучена коллегой из Роспотребнадзора, что в социальных сетях на сайтах, на которых находится большинство наших детей, молодежи 50 процентов информации – это призыв к самоубийству. Поэтому у меня одно такое предложение общего плана управленческое, как управлять этой ситуацией и четыре уже конкретных, потому что я работаю в системе образования.

Если попросить федеральные министерства подготовить отчеты, Министерство образования, спорта, туризма и молодежной политики, здравоохранения, что ними делается в плане формирования здорового образа жизни и так же взять отчеты региональных министерств профильных, то это будет очень яркие документы и очень внушительная работа. Наряду с этим показатели здоровья духовно-нравственного, физического падают и падают. Значит, здесь что-то в этом управленческом механизме не срабатывает. Действительно, работа делается огромная и на федеральном, и на региональном уровне крутятся большие деньги, а показатели по здоровью, по всем видам: и по духовному, и по психическому, и по физическому падают. Значит, необходим какой-то другой управленческий механизм, который бы помог управлять этой ситуацией, направлять её в то русло, которое необходимо.

И вот здесь у нас тема «круглого стола»: пропаганда. Это очень хорошее слово, но, может быть, говорить об информационной политике, потому что опять-таки к этому сюжету с сайтами, 90 процентов информации люди получают из телевизора, из средств массовой информации. Поэтому анализ целостной информационной политики необходим. Мы в Калужской области пытаемся это делать для подростков. Все подростки в социальных сетях статусы, вы когда-нибудь видели, когда мы обучаем учителей, с чего начинается воспитательная работа в школе? А она начинается с того, что учитель, классный руководитель должен зайти в социальную сеть и посмотреть, какие статусы у его детей. Там статусы «всё надоело», «скоро удавлюсь» и так далее. И вот эффективность воспитательной работы и те мероприятия, которые делаются, они должны появляться, как меняются статусы. Поэтому здесь мне кажется, нужно говорить о единой информационной политике, и о системе работы.

Ну, и о конкретных предложениях уже в проект. В школах эту работу ведут замы по воспитательной работе, учителя физкультуры, учителя ОБЖ и, может быть, надо посмотреть изменения в стандарт подготовки и переподготовки этих специалистов.

Второе. Это логопеды и дефектологи. Еще 20 лет назад дети, которые шли в первый класс, один, два, три ребенка в классе нуждались в логопед-дефектологе. Сегодня официальная статистика говорит: 80–90 процентов детей, которые идут в первый класс, нуждаются в логопед-дефектологе. То есть, если этот специалист профессионально не поработает с детьми, никакой учитель ничему не научит. Что случилось с нашими детьми? Основная

причина в том, что их воспитывают уже не люди, а информационное пространство такого ужасного качества, о котором мы говорили. Но с введением новой системы оплаты труда, специалисты: логопеды, дефектологи ушли из школ. Остались еще психологи, да, правильно мне подсказывают.

Логопеды, дефектологи, психологи, они ушли из школ, потому что, это не выгодно директору. И сейчас, если будет введена новая система оплаты труда в детских садах и специалисты уйдут из детских садов, и у нас в первый класс будут идти дети, которым всем 100 процентам нужен будет логопед-дефектолог, тут специалисты понимают, о чём идёт речь.

Третье предложение, это родительский всеобуч. В Калужской области мы тоже пытаемся эту идею организовать. Действительно, ценности, образцы, стереотипы, они закладываются в семье. И многие родители этих вещей не понимают, что такое, когда ребёнок сидит у телевизора, что такое, когда ребёнок не двигается, необходим родительский всеобуч, где родителям нужно говорить, с чем они столкнутся, например, в 15 лет, если они сейчас не будут делать то-то и то-то, что они получат в 16 лет у ребёнка, и в 15 лет уже корректировать будет поздно.

И последнее. Сейчас массово делается кесарево сечение всем женщинам, потому что врачам удобнее, чем через обычные роды.

Дальше проблема – отказ от грудного вскармливания.

Гражданские браки, то есть доказано социологами, психологами, что ребёнок, который рождается в нормальном браке развивается лучше, чем который рождается в таком союзе.

Мы в Калужской области пытались ввести курс нравственной основы семейной жизни. Это должно стать обязательным предметом в 10–11 классе. Когда мы посмотрели учебники и рекомендовали, школы закупили, Прокуратура начала писать, что учебники эти нельзя закупать и так далее. То есть здесь на уровне государства должно быть скорректировано.

Мы говорим о том, что этот предмет должен быть в школах, Прокуратура на всех этапах пишет, что не то издательство, не тот автор, не рекомендовано, и вот уже предложение к Министерству образования, что здесь бы одна должна быть политика. Спасибо.

Председательствующий. Уважаемые коллеги, есть предложение сейчас пойти на завершение. Но я хотел бы обратить внимание на следующее, сейчас уже у вас у всех проект, резолюции «круглого стола». Он пока в таком очень сыром варианте.

Я скажу, много было интересных выступлений, что необходимо, на мой взгляд, записать в решении.

Во-первых, о необходимости рекомендовать главам субъектов Российской Федерации создавать субъектовые программы формирования здорового образа жизни, на примере Ульяновской области то, что и Морозов занимался тогда, и некоторые подсмеивались, зачатие и так далее. Но, вопрос действительно серьёзный, ряд субъектов уже этим занимается. И там в этих программах можно расписать и создание муниципальных комиссий, чтобы они действительно смотрели как обстоят дела на предприятиях. Много аспектов, которые можно смотреть. И, может быть, Минобрнауки или, может быть, рекомендации правительству, даже объявить конкурс на лучшие программы субъектов Российской Федерации по

формированию здорового образа жизни. Потому что действительно, есть чему поучиться.

Я уже в своём выступлении вначале говорил, что мы начинаем большой цикл по формированию здорового образа жизни и профилактики инфекционных заболеваний. Первый прошёл в Казани, следующий будет в Екатеринбурге. Мы в каждом федеральном округе будем проводить вместе с Министерством здравоохранения, Российской академией медицинских наук и многими другими представителями: Минспорта, кстати, Минобразования, кроме Татарстана не было. Минобразования тоже, надо в эту проблему активнее включаться. И приглашаем всех, жалко, допустим, когда мы в Казани были, Приволжский округ, что вы не смогли выступить. Мы нашли такие секции интересные. Поэтому мы будем приглашать на эти форумы по формированию здорового образа жизни представителей субъектов, потому что самое важное, самое тяжёлое – не построить больницы, не закупить оборудование, а изменить парадигму мышления. Это самое тяжёлое – вот именно сменить. Просто построить дом легче. И это мы будем продолжать.

Важное предложение было по тестированию. Опять же, много принимаем законов, выбрасываем огромное количество денег на тестирование с нулевым эффектом. Поэтому предложения, которые заслуживают внимания, это касается именно согласия родителя, подчёркиваю. Ну, внезапно, действительно, это незапланированное тестирование. Также как были предложения по развитию физической культуры именно в школах, тоже опять три урока сделали, вроде всё, урезали другие предметы. Какой эффект? Во всём нужно смотреть эффект.

Спасибо Роспотребнадзору, они за счёт увеличения предельной нагрузки позволили, не урезая остальные предметы, сохранить ту нагрузку, которая была, дополнив одним часом.

Хорошо. Но главное, чтобы действительно больше детей стало заниматься физкультурой. Я не знаю, как говорится, ностальгия, но в наше время, у нас спорт был культом. И в школе был культ, одновременно, допустим, на ряд секций ходили, потому что не сразу ребёнок может выбрать, к чему он склонен. Ну, он ходит в одну секцию, в другую, или параллельно в двух занимается. Но всегда все ходили, занимались спортом.

Вот этот культ, я подчёркиваю, не спорта высших достижений, а культ массового спорта у нас самая тоже большая проблема для субъектов. Для активности не нужно обязательно залы. Велосипед, лыжи, дорожки. Вот у нас тоже в Москве негде просто на велосипеде выехать, просто негде. Пишут, допустим, программа в парках лыжных дорожек – тоже ничего нет. Вот хотя бы вот в этих программах субъектов определить наиболее дешёвые вещи просто: дорожки велосипедные, лыжные трассы и так далее, для развития.

Всем спасибо за сегодняшний «круглый стол». Спасибо большое.

Рекомендации «круглого стола»

Пропаганда здорового образа жизни среди подрастающего поколения является одной из важнейших задач, стоящих перед Российским обществом, и является основой для духовного и нравственного развития молодежи в Российской Федерации.

В настоящее время принят ряд федеральных законов, направленных на пропаганду здорового образа жизни.

Федеральный закон от 04.12.2007 № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации», устанавливает обеспечение права каждого гражданина на свободный доступ к физической культуре и спорту.

Согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», одной из основных его норм является приоритет профилактики в сфере охраны здоровья, который обеспечивается путем разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе, программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, а также проведением профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризацией, диспансерным наблюдением.

Федеральные законы «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и «Об образовании» также направлены на повышение санитарной культуры подрастающего поколения, профилактику заболеваний и обязательное распространение знаний о здоровом образе жизни посредством обучения в образовательных учреждениях и воспитания в семье.

С января 2002 года в России действует Федеральный закон «Об ограничении курения табака», которым предусмотрена обязанность информирования граждан о вреде табакокурения.

Однако, распространение вредных привычек в среде подростков и уровень вовлеченности их в занятия физкультурой и спортом в Российской Федерации показывают неэффективность принимаемых мер.

Продолжается естественная убыль населения в Российской Федерации: в 2011 году численные потери составили около 130 тысяч человек, которые компенсируются лишь миграционным приростом.

По информации Роспотребнадзора, ежедневно 33% юношей и 20% девушек употребляют алкоголь. Доля регулярно употребляющих пиво людей составляет 76%. Данные последних лет свидетельствуют о том, что алкоголизм в юношеском возрасте формируется вследствие употребления пива и тонизирующих слабоалкогольных напитков, что приводит к ускоренному привыканию к алкоголю. При высоком уровне «бытового» алкоголизма в нашем обществе отсутствует системное осуждение образа жизни, связанного с регулярным употреблением алкогольных напитков и, напротив, существует толерантное отношение к употреблению данных напитков в молодежной среде.

По экспертным оценкам, постоянными курильщиками табака в России являются более 40% взрослого населения – 43,9 млн. человек (среди мужчин

курильщиками являются 60,2%, среди женщин – 21,7%). Средний возраст начала курения в Российской Федерации – 11 лет.

По данным социологических опросов около 30% школьников хотя бы раз в жизни пробовали наркотики.

В 2010 году в Указе Президента Российской Федерации от 09.06.2010 № 690 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года» отмечались недостаточная эффективность организации профилактической деятельности, а также слабо организованный досуг подростков и молодежи. При этом был обозначен такой негативный фактор в развитии молодежи, как смещение личностных ориентиров в сторону потребительских ценностей.

На фоне навязываемых средствами массовой информации (далее – СМИ) образов «свободного» мышления и поведения молодежи, а также «потребительского» мировоззрения, в России зарегистрировано около 2 млн. наркоманов, из которых 70% – молодежь до 30 лет.

Согласно информации Министерства спорта Российской Федерации, свыше 50% опрошенных не имеют необходимых знаний, чтобы вести здоровый образ жизни, заниматься физкультурой и спортом самостоятельно, более 80% – не принимают участия во Всероссийских соревнованиях (Льбжня России, Золотая шайба и т.д.).

У населения нет устойчивого интереса к регулярным занятиям физической культурой и спортом, распространенность гиподинамии среди школьников около 80 %, при этом более 30 % из них имеют дефицит веса. При этом из-за неправильного питания растет количество детей с избыточным весом.

Учитывая особенности климата на территории Российской Федерации, решение проблем, связанных с привлечением населения к занятиям физической культурой и спортом, начинается с решения задачи приобретения необходимой спортивной экипировки и простирается к проблеме доступности спортивных сооружений по месту жительства.

В СССР на протяжении нескольких десятилетий спортсмены своими выступлениями на международных и внутренних соревнованиях успешно пропагандировали здоровый образ жизни в подростковой среде. Снижение массовости в любительском спорте и недостаток финансирования привели к ухудшению результатов на юношеском и юниорском уровнях, а также на уровне спорта высших достижений и к упадку некоторых видов спорта.

Вследствие отсутствия достаточной государственной поддержки и эффективных механизмов государственно – частного партнерства в данной сфере, перед Российским обществом стоит проблема восстановления и развития детско-юношеских спортивных школ.

СМИ освещают в основном рейтинговые темы спорта высших достижений и мало пропагандируют ценность физической культуры и любительского спорта, что не способствует развитию интереса к здоровому образу жизни.

В 2010 году прекратил вещание общедоступный канал «Спорт». При этом, созданный канал «Спорт 1» не общедоступен, а вещает как кабельный.

СМИ должны шире использовать свои возможности, в том числе социальную рекламу для закрепления в массовом сознании подростков системы ценностей здорового образа жизни.

Принципы здорового образа жизни практически не соблюдаются в российских семьях с низким уровнем доходов. Таким образом, решение проблемы эффективной пропаганды здорового образа жизни среди подрастающего поколения сегодня невозможно без взаимодействия государства и представителей крупного бизнеса, представителей медиа сообщества.

Заслушав и обсудив доклады и выступления, участники «круглого стола» отмечают необходимость скорейшего совершенствования государственной политики, направленной на формирование здорового образа жизни подрастающего поколения, и **рекомендуют:**

Правительству Российской Федерации:

Рассмотреть вопрос об установлении в Федеральном законе от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» минимального обязательного годового объема социальной рекламы для рекламодателей на телевидении, на радио, в средствах массовой информации, в размере не менее 10 процентов установленного.

Государственной Думе Российской Федерации:

Рассматривать в приоритетном порядке вносимые в Государственную Думу проекты федеральных законов, направленных на пропаганду здорового образа жизни у населения Российской Федерации.

Министерству связи и массовых коммуникаций Российской Федерации

Рассмотреть вопрос о создании федерального телеканала о спорте и телепередач по вопросу формирования здорового образа жизни.

Усилить контроль за размещением социальной рекламы, в том числе по пропаганде здорового образа жизни, распространяемой в теле- и радиопрограммах, в соответствии со статьей 10 Федерального закона от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе».

Разработать механизмы стимулирования и государственной поддержки производства печатной, кино-, видео- и аудиопродукции, способствующей формированию здорового образа жизни.

Министерству здравоохранения Российской Федерации:

1. Рассмотреть возможность проведения, в рамках диспансеризации подростков, внеплановых мероприятий направленных на установление фактов употребления алкоголя, наркотических и психотропных веществ.

2. Рассмотреть возможность проведения конкурса на лучшую программу по пропаганде здорового образа жизни среди субъектов Российской Федерации.

3. Совместно с Министерством образования и науки Российской Федерации рассмотреть возможность разработки критериев определения индекса состояния здоровья гражданина.

4. Совместно с Министерством образования и науки Российской Федерации проработать меры мотивации подростков, направленные на ведение здорового образа жизни.

Министерству образования и науки Российской Федерации

Разработать образовательную программу, включающую в себя изучение нравственных основ семейной жизни, с целью пропаганды здорового образа жизни в семье.

Министерству спорта Российской Федерации

Проработать вопрос по расширению системы массовых всероссийских спортивных мероприятий, на основании предложений спортивных федераций и субъектов Российской Федерации.

Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации

Разработать и принять региональные программы развития физкультуры и спорта, включая вопросы формирования здорового образа жизни подрастающего поколения.

Совместно с региональными федерациями по соответствующим видам спорта обеспечить информационное освещение спортивных и иных мероприятий, в том числе, в прямом эфире, пропагандирующих здоровый образ жизни и активный отдых.

Совместно с органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, образовательными организациями и общественными объединениями разработать и реализовывать системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Разработать и принять программы по взаимодействию общеобразовательных учреждений с детско-юношескими спортивными школами, специальными детско-юношескими спортивными школами олимпийского резерва.

Законодательным (представительным) органам власти субъектов Российской Федерации:

1. Совершенствовать региональное законодательство в сфере поддержки детско-юношеского спорта, физической культуры и спорта в целом, молодежной политики, поддержки и создания молодежных и детских общественных объединений и организаций.

2. Разработать совместно с общественными молодежными объединениями комплексный план мероприятий, направленных на формирование у подрастающего поколения устойчивого осуждения образа жизни, связанного с вредными привычками.

**Материалы парламентских слушаний
на тему «Законодательное обеспечение сокращения
потребления табака на территории
Российской Федерации»**

СТЕНОГРАММА
парламентских слушаний

*Здание Государственной Думы. Малый зал.
8 ноября 2012 года.*

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

Председательствующий. Мы сегодня обсуждаем достаточно значимый для всего общества законопроект о сокращении потребления табака на территории Российской Федерации. Законопроект называется более сложно, однако суть его всем известна и давно уже обсуждается в Российской Федерации. Могу сказать только одно, что законопроект не выходит за рамки Конвенции об ограничении потребления табака, которая была подписана Российской Федерацией в 2008 году, и полностью соответствует международной практике. Но понятно, что в каждой стране в рамках той культуры, которая сложилась, тех особенностей, всегда существуют определённые специфические нюансы, которые, конечно же, Государственная Дума должна учесть при рассмотрении данного законопроекта.

Полностью поддерживая данный законопроект, Комитет по охране здоровья хотел бы обсудить на сегодняшних парламентских слушаниях перед первым чтением те основные, скажем так, не болевые точки, они не болевые, они просто, скажем так, проблемные или для некоторых категорий конфликтные, которые содержатся в данном законопроекте, с тем, чтобы депутаты действительно приняли законопроект, объективно удовлетворяющий обществу.

Первое слово я хотел бы предоставить Сергею Михайловичу Миронову – руководителю фракции «СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ».

Миронов С. М. Вопрос, который мы сегодня обсуждаем, безусловно, очень важен. Дело в том, что все здесь собравшиеся отдают себе отчёт, каков уровень и какова угроза со стороны табакокурения и каковы реальные последствия непринятия своевременных государственных решений.

Я думаю, что здесь можно не останавливаться на статистике, она хорошо известна, просто ещё раз назову одну цифру. В год от заболеваний, вызванных табакокурением, умирает более 300 тысяч человек. Это в сумме больше, чем все, кто погибает в дорожно-транспортных происшествиях, от наркотиков, от СПИДа, от убийств и от самоубийств вместе взятых. Поэтому эта как раз цифра, очень характеризующая ситуацию в нашей стране. В то же время

мы знаем, что Россия является третьей страной по рынку потребления табака. Это тоже очень важный фактор, который мы должны учитывать. Ещё одна цифра. 43 миллиона курящих в Российской Федерации. И вот я прошу сейчас особенно последнюю цифру зафиксировать, потому что я к ней ещё вернусь.

Полностью поддерживаем идеологию и смысл данного законопроекта, который внесен правительством. Считаем, что государству давно нужно начинать серьёзно ограничивать, в том числе и те процессы, которые происходят, когда некурящие вольно или невольно уподобляются курящим, потому что они вынуждены ходить или находиться в помещениях, где курили, так называемое происходит пассивное курение. И это тоже, конечно, не способствует здоровью.

Но когда мы говорим о конкретных мерах, которые предлагаются, мы должны четко отдавать себе отчёт. Я бы разделил все идеи, которые предложены в данном законопроекте на две составляющие. Первая – это ограничение мест для курения. То есть мы локализуем возможность курильщиков до минимума. И вот здесь я считаю, что это абсолютно логично и правильно. Привыкли же все, что во время даже самых длительных перелетов рейсов любых самолетов любых авиакомпаний, как правило, объявляется рейс некурящим. Ничего. В этой связи все, что касается транспорта, уж тем более любых объектов спортивных, образовательных и культурных, мне кажется, это абсолютно правильная норма. И здесь именно так и нужно идти.

Вторая составляющая ограничивает продажу табачных изделий. И вот здесь я поставлю очень большой вопросительный знак и, как говорили раньше, «нота бене» – особое внимание. Почему? Вот я возвращаюсь к цифре 43 миллиона курящих. Я хорошо помню, в моем родном городе Ленинграде табачные бунты в конце 80-х. Я помню, как тогда мэр Собчак лично выбивал вагоны с махоркой для того, чтобы хоть как-то ликвидировать дефицит. Озлобленные курильщики мужчины, в основном это представители рабочего класса, они готовы были идти и на Смольный. Если что не так, они готовы были идти пешком на Москву. Это были не шутки. Это агрессия. Я помню, когда была перекрыта Садовая улица, когда в Апраксин двор утром не завезли очередную порцию этого зелья, я сам – человек не курящий и именно так это характеризую.

Но в это связи давайте представим себе картинку. Если мы примем закон в том виде, в каком он есть, а именно: ограничение продажи табачных изделий только в городах на стационарных площадях площадью не менее 50 квадратных метров. Это значит, ни одного киоска не будет, где могли бы продавать табачные изделия.

Я думаю, что вы получали уже письма от представителей малого бизнеса, и 50 тысяч людей, оставшихся без работы, и многое другое. Нужно и об этом думать. Но я хочу предложить всем представить себе ситуацию. Вот выходит рабочий человек утром из дома, едет на работу. По привычке он хочет, допустим, на автобусной остановке или где-то ещё в киоске купить пачку сигарет, а у него нет такой возможности. Бежать куда-то в какой-то универсам у него тоже не будет возможности. С работы он вышел, идет к привычному киоску, а его нет. Я вас уверяю, у нас начнутся те процессы, которые по сравнению с, так называемыми, митингами оппозиции покажутся просто цветочками.

Или, допустим поселки. Там, конечно, мудро сказано, что площадь магазина должны быть не менее 25 квадратных метров, то есть меньше. Но в то

же время там, где нет вообще никакого или нет даже такого магазина, привозная торговля. Тоже можно себе легко представить состояние жителей того или иного поселка.

Еще раз, я не приветствую табакокурение. Я считаю, что люди наносят себе огромный вред. И отдельная тема – это пропаганда здорового образа жизни, доступность спортивных секций и так далее. Это отдельная тема, и об этом тоже нужно говорить.

Но я бы сегодня, чтобы говорить предметно и конкретно, а не растекаясь мыслью по древу, обратил бы внимание как раз на статью 18-ю предлагаемого закона «Об охране здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», где как раз пункты первый и второй говорят об этом.

Лично я буду настаивать, чтобы наша фракция вносила соответствующие поправки, потому что считаю, что здесь мы совершаем ошибку политическую. Потому что вот это недовольство озлобленных людей, я себе это представляю хорошо, потому что я это видел воочию. Это очень опасный прецедент.

Ведя последовательную борьбу с сокращением возможности курить в тех или иных местах – это абсолютно правильное направление, сокращать, в том числе и продажу с точки зрения какого-то наведения порядка. Но здесь не надо уподобляться известной кампании борьбы ЦК КПСС с пьянством, когда виноградники вырубали. И мы видели, как возросло самогоноварение, как подпольно торговали чем бы ни попадя. И в этой связи совершенно очевидно, появятся табачные изделия очень низкого качества с огромным содержанием никотина, и многое-многое другое мы увидим, потому что люди будут искать те или иные выходы.

И мне кажется, что в наших рекомендациях парламентских слушаний, где говорится, что мы готовы принять, я бы настаивал на том, чтобы особое внимание обратить на статью 18-ю. Коль скоро законопроект внесен, концепцию менять уже не надо. Но всё-таки, тем более это не концепция, а всё-таки поправка. Я думаю, что если бы Государственная Дума сегодня приняла решение, чтобы в рамках второго чтения подготовить поправки, я, насколько знаю, здесь представители малого бизнеса находятся в зале, которых напрямую эта тема касается, думаю, что совместно можно было бы каким-то образом эти вопросы отрегулировать. А так я боюсь, что увидим очередную кампанейщину со всеми вытекающими последствиями.

Мы запреты введем, народ курить, в конечном итоге, не бросит, со всеми вытекающими последствиями. И мы опять окажемся в ситуации, когда власть будет представлена неким злодеем, который мешает людям нормально, как они считают, жить.

Поэтому, завершая, ещё раз хочу сказать, полностью идеологически согласен с законопроектом. Считаю, что табакокурение – огромное зло, цифру я назвал, и с ним нужно бороться, но разумно, последовательно, с учетом всех обстоятельств, о которых я сказал.

Председательствующий. Коллеги, давайте договоримся о регламенте. Предложение следующее: основному докладчику – заместителю министра, статс-секретарю Минздрава предоставить 15 минут. На выступления предоставить по семь минут.

Герасименко Н. Ф. Два доклада.

Председательствующий. Да. А сейчас бы я хотел предоставить слово Сергею Фёдоровичу Вельмайкину – заместителю министра здравоохранения, статс-секретарю министерства.

И я хочу передать ведение наших парламентских слушаний Герасименко Николаю Фёдоровичу – первому заместителю председателя комитета.

Вельмайкин С. Ф. Как было абсолютно справедливо подчеркнуто и во вступительном слове председательствующего, и в выступлении Сергея Михайловича Миронова, тема, которую мы сегодня обсуждаем, она является не просто важнейшей, она является критически жизненно важной для нашей страны, для её народа, который массивными темпами вымирает из-за пагубного пристрастия к табакокурению. И мы сегодня, соответственно, на парламентских слушаниях обсуждаем тот проект федерального закона, который на эту тему внесло правительство.

Возможно, формат парламентских слушаний предполагает от меня сейчас некое сообщение на тему основного содержания проекта закона и рассказы о том, насколько он хороший, правильный и нужный, я не знаю. Но если это так, то я хотел бы от этого традиционного формата отступить по причине того, что документ этот обсуждается уже минимум года два и, как мне кажется, прекрасно знаком аудитории, в общем, очень профессиональной, которая здесь собралась. Мне бы хотелось поговорить и сказать о другом. Мне бы хотелось в порядке ремарок ли или реплик ли (расценивайте это как угодно) поговорить о тех основных, правильно их Сергей Вячеславович обозначил, проблемных моментах, которые сопровождают обсуждение этого закона, в частности, и вопрос табакокурения вообще.

Как вы знаете, в законопроекте предлагается целый ряд мер самого разного характера. Они носят где-то запретительный характер – это запрет на курение в определённых местах. Где-то этот характер не запретительный, а ограничительный, когда мы говорим о торговле. Где-то речь идёт о том, что мы какие-то дополнительные возможности гражданам предоставляем в связи с реализацией этого закона. Это касается права на получение медицинской помощи в связи с этим и так далее. На наиболее острые из этих моментов всегда обращают наше внимание и указывают нам на те или иные последствия (возможно, и негативные), к которым приведёт реализация этого закона. Здесь я должен сделать одно очень короткое отступление. Как правило, все выступления людей, которые оппонировать закону, начинаются с того, что я не курю, другим не советую. Политику по ограничению табакокурения и по распространению табака в стране всецело поддерживаю, детей своих оберегаю, но... А дальше текст законопроекта обычно разносится в дрова и ни одна из тех мер действенных, которые обкатаны во всём мире и которые приводят к значительному сокращению масштабов потребления табака, эти все меры критикуются и ни одна из них не поддерживается.

Я хочу остановиться на некоторых из этих аргументов. Мы запрещаем курение в значительном количестве общественных мест, в том числе, в ресторанах.

Нам говорят две вещи. Первая. Выручка у рестораторов понизится. Люди перестанут ходить в рестораны. У меня в связи с этим всегда возникает

вопрос: а у нас, что, люди ходят в рестораны покурить? Как мне представляется, основной источник дохода ресторанной отрасли – это продажа готовых блюд, продуктов питания и продажа соответствующих сопутствующих этим блюдам алкогольных напитков. Насколько мне известно, может быть, я заблуждаюсь, но в ресторан люди ходят не покурить, в ресторан люди ходят покушать и пообщаться. Это первый тезис. Я бы понимал, если бы подобная дискуссия, она там, действительно, происходила, разворачивалась, например, в Великобритании, где существует, так называемая, культура пабов. Пабы – это места, где люди, извините, просто пьют.

Если кто-то когда-то бывал в Великобритании, то в любом пабе вы найдёте как минимум два зала, в одном из этих залов только пьют, в другом из этих залов можно покушать.

Мы могли бы слышать возражения рестораторов о том, что у них есть зал, где только пьют и туда люди приходят ещё и покурить, наверное, можно было бы обсуждать какие-то потери в этой части, но у нас нет этой культуры, это какие-то мифические потери.

Просто для сравнения. В 2003 году Норвегия приняла гораздо более жёсткий антитабачный закон. С 2004 года по 2010-й прибыль ресторанной отрасли и всей в целом индустрии гостеприимства выросла на треть, на треть. А почему? А потому, что люди туда в большем количестве стали ходить, люди больше не сидят в табачном дыму, люди не вынуждены нюхать как за соседнем столиком кто-то курит, люди просто стали с большим удовольствием посещать эти места, оставлять там большие деньги по основному назначению.

Второй тезис, оттуда же. «Вы выгоняете людей на улицу, они будут больше болеть, у нас холодная северная страна».

Вы знаете, есть такой город Анкоридж, он гораздо более холодный и более северный, абсолютно бездымный.

Есть такой город Осло, он находится, с точки зрения географии, абсолютно на одной широте с Санкт-Петербургом, и с огромным количеством наших северных городов. Вы знаете, когда мы норвежских коллег спросили: «Не было ли у них всплеска респираторных заболеваний в связи с тем, что они курильщиков заставляют выходить на улицу?» Коллеги смеялись и говорили: «Ну в России, наверное, так же, как и в Норвегии, есть тёплая одежда и курительщик, выходя зимой туда покурить, наверное, её одевает».

Мы можем пойти по другому пути, как сделала Великобритания, они позаботились о своих курительщиках, они обвязали каждое заведение, где кормят, делать специальный навес с тем, чтобы выходящие на улицу курительщики не мокли под дождём, дожди, как мы знаем, для Великобритании более актуальны. Мы такие меры вполне можем обсудить, если есть какая-то дополнительная обеспокоенность за здоровье людей, которые курят, хотя статистика свидетельствует об обратном. Она свидетельствует о резком сокращении количества респираторных заболеваний, поскольку гораздо вреднее холодной погоды для здоровья человека привычка курить.

Следующее. Нас деятели культуры в основном упрекают в том, что мы фактически запрещаем табачным компаниям помогать учреждениям искусства, учреждениям культуры в их деятельности, запрещаем давать им деньги, запрещаем благотворительность.

Коллеги, отвечая введённым в заблуждение деятелям искусства, хотелось бы напомнить, как у нас в стране однажды проходила кампания под лозунгом: «Не читал, но осуждаю» про Бориса Пастернака. Вот не читал, но осуждаю, это примерно то, что происходит в этой части с проектом закона.

Ещё раз, под стенограмму, под камеры, мы не запрещаем благотворительность, мы запрещаем спонсорство. Если уважаемая табачная компания, не буду её называть, оказывает помощь Большому театру и публикует эти данные в соответствии с корпоративным законодательством страны пребывания в своём отчёте перед акционерами – да мы только это приветствуем. Но почему каждый посетитель Большого театра на программке должен читать название этой табачной компании?! Это называется спонсорство, оно так называется во всём мире и оно везде запрещено.

Ещё один миф. «Вы запрещаете курить в общественных местах, значит, люди будут больше курить дома и будут обкуривать свои семьи и вредить здоровью своих близких и в особенности детей». Это миф. Он связан с тем, что люди, когда проходят вот такие массированные кампании, направленные на разъяснение людям последствий потребления табака, просто больше начинают знать о том, что происходит, когда они потребляют сигареты. И, как правило, такого рода кампании приводят к общему сокращению потребления сигарет, в том числе, и дома.

Нигде, ни в одной стране мира запрет на курение в общественных местах не приводил к массовому прокуриванию жилого сектора. Я вас уверяю, такого не произойдёт и у нас в стране. Ну не надо держать людей за, не хочется произносить плохое слово, за дураков, наверное, не надо, люди гораздо умнее, и когда с ними разговариваешь, когда им объясняешь, они это понимают. И никто, и это будут, я думаю, ещё не один человек будет здесь это подчёркивать, никто, даже самый заядлый курильщик, не желает, чтобы дети его подвергались постоянному воздействию табачного дыма. Никого, даже самого заядлого курильщика, нельзя упрекнуть в том, что он не заботится о здоровье своих близких.

И ещё одна тема. Мне её вообще сложно комментировать. Поскольку сначала конкретно меня, здесь стоящего, перед вами, упрекали в том, что я куплен крупными торговыми сетями. На каком-то этапе мне заявили, что меня подкупила наркомафия. Почему? Потому что снижение потребления сигарет, по мнению отдельных экспертов неизбежно влечёт за собой увеличение потребления наркотиков.

Вот это полная ерунда. Вот такой зависимости ни в части потребления наркотиков, ни в части потребления алкоголя просто не было нигде, никогда и ни у кого. И это просто очередная уловка. Которая подсказана отдельным экспертам отдельными нашими коллегами, назовём их так, для того чтобы затормозить продвижение этих инициатив.

Вы знаете, вообще, когда с международными экспертами обсуждаешь весь тот набор аргументов, которые мы слышим против принятия... Не закона, нет. Закон нужен, важен и его все поддерживают. Но против отдельных мер, которые предлагаются законами, а вообще-то всех. Эксперты улыбаются и говорят: коллеги, вам надо пройти этот путь. Мы всё это слышали. Ровно такой же набор аргументов говорили и нам, что у нас будет плохо вот это, вот это и вот это.

Бывший министр здравоохранения Норвегии, который в начале 2000-х проводил через парламент антитабачный закон, рассказывал нам: знаете, я, говорит, наслушался в свой адрес и угроз, и оскорблений. Теперь люди по-другому ко всему этому относятся, потому что реально увидели, что закон принёс не вред, а только пользу.

Ну и, наконец, наверное, самое главное, две самых главных вещи. Малый бизнес. Я бы всё-таки просил здесь не подменять понятия. Малый бизнес не есть табачный бизнес. И когда мы говорим об ущербе, который неминуемо будет нанесён малому бизнесу, давайте эти понятия не отождествлять.

Вы знаете, во-первых, я просил бы уважаемых коллег, которые постоянно приводят эти цифры, всё-таки как-то с ними цифрами определиться. Поскольку на первоначальном этапе нам говорили о 350 тысячах торговых предприятий и полумиллионе рабочих мест. Если кому-то интересно, все эти документы, их можно поднять и посмотреть. В какой-то момент нам начали говорить о 220 предприятиях и 300 тысячах рабочих мест.

Я поднимаю официальные данные Росстата с сайта и выясняю, что у нас, в общем, количество киосков-то, оно регламентировано: 118 тысяч 860 (распечатка от сегодняшней даты) в стране. Я не очень понимаю, как может быть там 300 тысяч рабочих мест вот на этом количестве киосков. Как-то мне очень сомнительно, что путём запрета торговли табаком в этих киосках крупные сетевые магазины, как вчера написала одна очень уважаемая газета, сразу дополнительно в виде прибыли получают почти 3 триллиона рублей.

Коллеги, для справки. У нас общий объём средств, которые были израсходованы гражданами за 2011 год на табак (это данные, которые нам приводили на совещаниях коллеги из табачной индустрии), – 600 миллиардов рублей. Если мы за год тратим на табак 600 миллиардов рублей, откуда у нас возьмётся 3 триллиона?

Мне кажется, что происходит некое сознательное смещение понятий, направленное на то, чтобы людей ввести в заблуждение. Направленное на то, чтобы показать, что мерами, которые призваны улучшить состояние здоровья населения, мы, наоборот, пытаемся разрушить какую-то отрасль бизнеса, или кого-то задушить, или кого-то задавить.

Мы задаём очень простой вопрос. Уважаемые коллеги, а сколько в структуре вашего бизнеса составляет оборот от продажи табака? Нам сначала называется цифра 80 процентов, если мы говорим про киоски. Потом делается поправка: ну, может, и не 80; но, вообще, вы знаете, 80 – это табак вместе с пивом. А мы спрашиваем: хорошо, по пиву решение уже принято и его вроде никто не ревизует, а сколько всё-таки составляет в общей выручке табак? В итоге единственный раз я слышал эту цифру, опять же на совещании правительства. Была названа цифра 15 процентов.

Я не знаю, правильная она или нет. Эту цифру опять же озвучили представители соответствующих коллег, которые занимаются мелкой торговлей. Но я исхожу из того, что если эта цифра действительно составляет 15 процентов, я не очень понимаю, почему эти 15 процентов выручки не могут быть заменены другими товарами. Я не очень понимаю, почему в достаточно структурированной рознице в нашей стране при категорической нехватке торговых площадей, что вам подтвердит представитель вообще любого экономического ведомства, мы не можем заместить вот эти выпадающие

проценты от сигарет, которые, как коллеги говорят, мелкие предприниматели будут недополучать.

И последнее, тезис по поводу того, что людям не понравятся те ограничения, которые мы вводим. Я не могу здесь согласиться с уважаемым Сергеем Михайловичем в части того, что реализация этих мер спровоцирует табачные бунты. Не могу по той простой причине, что табачные бунты конца 80-х, были связаны не с отсутствием сигарет в ларьке, а с отсутствием сигарет вообще. Это две большие разницы.

И если мы говорим о том, что шахтёр, выйдя из забоя в привычный ларёк идёт покупать сигареты, знаете, сознательно я от этого сейчас дистанцируюсь, так вот если мы рассуждаем о том, что у нас население имеет всегда настолько пагубные привычки, он не за сигаретами идёт, он за водкой идёт, ему выпить после забоя хочется. Вот, по сути, аргументация такая. Если мы предполагаем, что люди у нас, выйдя после забоя, подвержены исключительно пагубным привычкам, то он пойдёт в другой магазин, а не в табачный ларёк. Опять таки хочу вернуться к своему собственному тезису: не надо держать людей за непонятно кого. У нас мудрый, сильный народ, который в состоянии понять эффективность тех мер, которые проводятся, если они проводятся, действительно во благо. Мы сейчас находимся в совершенно уникальном историческом моменте. Мы проводили, и не только мы, разнообразнейшие замеры общественного мнения по этому поводу. Более 80 процентов населения, включая курильщиков, поддерживают эти меры. Поддерживают! Мы не знаем, будет ли у нас когда-то такой кредит доверия на реализацию этих мер или нет. И мы не можем его сейчас не использовать, чтобы с этой табачной иглы слезть.

Я, к сожалению, для нас, должен констатировать, есть такой Совет Скандинавских стран, он включает в себя ряд стран Северной Европы, вот они на прошлой неделе заседали, приняли решение, что к 2040 году Северная Европа будет бездымной. Не город, не конкретное общественное место. А Северная Европа вся свободна от табачного дыма.

Коллеги, я призываю вас не допустить, чтобы табак из Северной Европы перешёл к нам.

Миронов С. М. Слово предоставляется первому заместителю председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Николаю Фёдоровичу Герасименко.

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

Председательствующий. Как уже было отмечено Председателем Правительства Дмитрием Анатольевичем Медведевым, Россия является мировым лидером по уровню потребления табака. И сокращение объёмов потребления табака и уровня заболеваний, связанных с курением, является одной из ключевых задач, стоящих перед государством. Я подчёркиваю, не перед здравоохранением, а именно перед государством.

Снижение заболеваемости зависит только от государства. И мы сегодня на этих парламентских слушаниях обсуждаем этот закон, и я хочу сказать, что

это компания, Сергей Михайлович, борьба с табаком на государственном уровне ведётся уже с 2001 года, когда был принят закон об ограничении курения, который запретил продажу табачных изделий несовершеннолетним, курение на рабочих местах, в городском, пригородном, воздушном транспорте, спортивных, образовательных, культурных учреждениях, организациях здравоохранения, органах государственной власти. Была запрещена наружная реклама табака, реклама на радио, телевидении, показ процессов курения в создаваемых кинофильмах. Правительство должно было разработать меры по ограничению курения и обеспечить их реализацию.

Не всё удалось сделать. Какие-то меры работают. Не курят в самолётах, других местах. Но самые сложности вопроса возникли, то, что до сих пор в КоАПе нет штрафа за курение, и все делают добровольно. Только в «Железных дорогах» будет штраф за курение в электричках. Всё. Любые попытки наши, а мы неоднократно делали попытки внесения поправок в КоАП, в Налоговый кодекс, претерпевали практически сразу отказ под любым предлогом. Даже ратификация, а мы пропустили Ратификацию о присоединении России к рамочной конвенции, произошло это только после трёх парламентских запросов в правительство.

Более того, несколько лет пролежал вначале этот документ на ратификацию в Минздраве, его не выпускали, потом правительство под любым предлогом не хотело ратифицировать, и только в 2008 году рамочной конвенцией мы присоединились, стали, по-моему, 153-й страной.

В 2010 году принята концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака. И сейчас уже внесён в Думу данный законопроект.

Я не буду останавливаться на всех новеллах законопроекта, все прочитали, остановилось на некоторых, наиболее важных.

Очень важно, что в законопроект вводится разграничение полномочий между органами власти разных уровней в области здоровья населения и охраны здоровья населения от последствий потребления табака, которые определяют права и обязанности граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц. Очень важно это положение, потому что в Америке вообще нет федерального закона по борьбе с табаком, так же как она не присоединилась к рамочной конвенции, но там всё делают муниципалитеты: принимают законы, принимают постановления и так далее.

И вот здесь нужно опять же вносить поправки и в 131-й закон о местном самоуправлении, и в 184-й «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации», и дать им право, если что не учли или не прописали в федеральном законе, то местные органы самоуправления или органы власти субъектов Федерации могут вводить. Вот как, допустим, в Москве и в ряде других территорий – хотели запретить, допустим, курение в тех же подъездах, но поскольку в законе этого нет, на этом это всё закончилось.

Поэтому вот это важный момент.

Законопроектом предусматривается регулирование и раскрытие состава табачных изделий, не только смол и никотина, а вообще состава, упаковки и маркировки табачных изделий, включая размещение фотографий, устра-

шающих последствиями курения. Но это опять же нужно вносить поправки в закон «О техническом регулировании».

Ценовые и налоговые меры, которые необходимы – увеличить акцизы до среднего по Восточной Европе уровня к 2015 году. Мы тоже неоднократно предлагали увеличить акцизы. Я задавал вопрос министру финансов Кудрину, и он согласился, что к 2015 году, мы увеличим до средневропейского по Восточной Европе уровня. Однако, вот буквально недавно, Министерство здравоохранения направило письмо с предложением повысить акцизы, выполняя, в общем, ту концепцию, которую приняло правительство, однако, Министерство финансов, которое Шаталов подписал, категорически против, мотивировав только тем, что, видите ли, в Казахстане цены ниже, в Белоруссии, и поэтому будет контрабанда и так далее.

Почему мы должны ориентироваться на самые плохие примеры? Даже та же Украина – выше цены и в Европе. Нигде не произошло такой уж массивной контрабанды, тем более это все фирмы одни и те же, четыре фирмы, которые везде и в Казахстане работают, и в Белоруссии, и в других странах.

Второе. Есть Таможенный союз, так надо договориться о повышении акцизов между Казахстаном, Белоруссией, чтобы одновременно поднять акцизы.

То есть это, если есть желание это сделать, оно делается, если нет желания, то находятся причины.

Законопроект предусматривает просвещение и информированность населения о вреде потребления табака, о вредном воздействии табачного дыма, которое планируется осуществлять посредством программы образования, информационных компаний и средств массовой информации.

Опять же вопрос возникает к Министерству образования. Когда, допустим, идут в школах уроки, и там участвуют табачные компании, – это ситуация, которая, в общем-то, немыслима. В средствах массовой информации. Во всех фильмах играют герои, которые постоянно курят. Курит акушер-гинеколог, курит рядом медсестра и курит беременная. И 40 процентов беременных у нас курят.

Поэтому опять же нужны поправки и в закон о СМИ. И редакторы телеканалов, электронных СМИ, газет тоже должны принять кодекс этики о размещении рекламы. И не только рекламы, а вообще показывая пропаганду табака.

Предусматривается полный запрет курения в общественных местах, на рабочих местах, в рабочих зонах, в помещениях общего пользования жилых многоквартирных домов. Это тоже надо поправки делать в Жилищный кодекс.

Предусматривается оставить право продажи табачной продукции и табачных изделий только за стационарными торговыми объектами в городах с площадью 50 квадратных метров, на селе – 25. Там, где нет на селе таких магазинов, – разъездная торговля. Здесь тоже уже Сергей Фёдорович говорил: все опять ищут какую-то экономическую основу; что там ритейлеры кому-то дали взятку и закрывают магазин. Опять только финансовые потоки. Самое главное, для чего это делается? Чтобы мы защитили детей, прежде всего, и снизили доступность покупки сигарет.

Сколько проводили разных экспериментов? Продают сигареты 11-, 12-летним и так далее. Единственная возможность, хотя бы для ограничения продажи, чтобы они продавались действительно в магазинах. Их достаточно в городах, чтобы купить.

И второе. Что же у нас за такой малый бизнес, который занимается только продажей пива, энергетических напитков и сигарет? Что, мы такая страна, что только у нас этим бизнес занимается? Мы говорим: сидим на нефтяной игле, хотим диверсифицировать экономику. То же самое получается: сидит малый бизнес на игле алкоголя, сигарет.

Измените структуру продажи. Не хватает торговых площадей? Но тогда хотя бы в магазинах будет контроль за продажей. Можно и web-камеру повесить, допустим. Но опять требуются изменения в закон о торговле.

И вот здесь возникает вопрос. Об этом много ещё будут говорить. Вот недавно искали сухогруз, который перевозил 700 тонн руды. Затонул. Почему? Потому что нарушены были все правила. Вместо 600 тонн загрузили 700, нарушение и так далее. Жадность, эгоизм, социальная безответственность привели к тому, что гибнут и люди, и грузы.

И это нужно учитывать. Мы всё-таки за что боремся? За здоровье или за прибыли бизнеса, или табачных компаний?

Следует отметить, что проект федерального закона по многим новеллам является законом непрямого действия. Ряд статей содержит отсылочные нормы. Это статья 13, которая говорит о регулировании продажи табачных изделий и их состава. Это Налоговый, Таможенный, Трудовой кодексы, закон «О рекламе», я уже называл 131-й закон, КоАП называл.

Некоторые предполагаемые нормы запретительного характера уже действуют. А законопроект предлагает вступление его в действие даже не с момента вступления в силу закона, а в отсроченном порядке. Это запрет на курение на территориях и в помещениях, предназначенных для оказания медицинских и санаторных услуг. Никогда в санаториях не курили, всегда боролись. В больницах тоже никогда не курили.

Комитет будет против разрешения курения в лечебных учреждениях. Если врачи везде выступают примером борьбы с курением, то почему же российские врачи игнорируют это? И как это будет выглядеть? Одна курилка – врач сидит и курит, другая курилка для пациентов? Или они вместе будут курить? За какие ресурсы это делать? Поэтому, конечно, не надо здесь выглядеть примером, чтобы показывали на Россию пальцем, что врачи там разрешили курить. Поэтому я думаю, это надо будет убрать в поправках к закону.

Уже сейчас запрещено курение в самолетах, притом я хочу сказать, в законе было написано: в течение трех часов, но сами, именно я подчеркну – сами авиакомпания запретили курить в течение всего полета. Поэтому нужно здесь перенести из той части, где идет наравне с поездами дальнего следования и судами дальнего следования, запрет на курение вступает в самолетах с момента опубликования.

Я считаю, что для эффективной реализации этого закона необходимо внести изменения и дополнения в перечисленные законодательные акты, а также нормативные документы отдельных министерств и ведомств. Роспотребнадзору нужно в ближайшее время разработать санитарные нормы, правила и требования к организации курительных комнат, потому что мы уже столкнулись в курительных комнатах даже в Думе, что нет санитарных норм и правил. Вот сейчас закон вступит в действие, начнут разрабатывать только эти нормы и правила.

И нужно в максимально короткие сроки разработать и внести в правительство, в Государственную Думу изменения и необходимые законодательно-нор-

мативные акты, как самого правительства, так и министерств и ведомств, в конце концов, кто должен штрафовать. Значит, полиция. Как получилось, когда полиции поручили контролировать запрещенные сайты, они отказались: «Это, – говорят, в нашу конструкцию не входит». Кто будет тогда собирать штрафы, кто будет наказывать? То есть надо во все документы вносить изменения.

И последнее. Да, закон направлен на снижение потребления табака и защиту населения от табачного дыма. И, конечно, затрагивает интересы бизнеса и в первую очередь табачных компаний, продавцов сигарет, производителей рекламы и рекламодателей. Но давайте определимся, что для нас важнее – здоровье населения. Вот буквально два дня назад парламентские слушания шли о пропаганде здорового образа жизни, олимпийский чемпион выступал, даже дважды чемпион. В школах сейчас физкультурой занимаются 30 процентов детей, 30 курить начинают в 11 лет. И когда табачные компании зашли в 90-х годах, у них же вся маркетинговая кампания была направлена на молодёжь и на женщин. Если раньше считалось, что у женщин рака легких почти не бывает, то сейчас прямая корреляция с ростом потребления табака с раком легких у женщин.

Поэтому надо определить, что важнее для государства – снижение заболеваемости или прибыли табачных компаний, которые увозятся за рубеж, прибыли продавцов этого бизнеса. Поэтому когда будут выступать в защиту бизнеса, особенно малого, всегда думайте о социальной ответственности не только в своих учреждениях, не только о прибылях своих, но и о государстве. У нас часто получается так, что все полученные деньги от продажи сигарет, увозятся в другие страны, за рубеж, а российский бюджет тратит колоссальные деньги на лечение курильщиков. И почему не хотят поднимать акцизы? Это тоже понятно: у нас сейчас акциз составляет 20 процентов от стоимости сигарет, в большинстве стран он – 60-70 процентов. Но акциз не идёт в табачную компанию, он идёт в бюджет и может тратиться на профилактику, оздоровительную кампанию и так далее. А здесь, получается, уже не нужно, главное – чтобы было больше продаж.

Поэтому, когда выступаете, я обращаюсь ко всем, всё-таки аргументируйте свое выступление не только выгодой малого бизнеса, но ответственностью перед населением, государством и будущем России.

Теперь переходим к выступлениям.

Первое слово предоставляю Носову Дмитрию Юрьевичу – депутату Государственной Думы, призёру Олимпийских игр в борьбе, активному борцу за здоровый образ жизни.

Носов Д. Ю. Я за Россию часто бился, бывало яростно, в крови, не прогибался, не сломился, и ты за мною вслед иди.

В отличие от меня, к сожалению, есть ряд наших коллег, которые в другой крови, которые просто в кроваво-никотиновой смеси. Их руки по локоть в ней.

И сегодня я вешаю у себя на кабинете такую табличку: «Просьба не беспокоить табачным королям». Пока не беспокоят, слава Богу. Те, кто попытается побеспокоить, они почувствуют на себе, что такое гнев дзюдоистов.

И я призываю всех депутатов последовать моему примеру. А если вы не увидите на их кабинетах таких табличек, то вполне возможно, они как раз лоббируют табачных королей.

За время шестого созыва Государственной Думы это, пожалуй, первый законопроект, который действительно объединяет и курильщиков и некуря-

щих, и после его принятия мы все с вами, и весь народ, наконец-то, вздохнём полной грудью, вздохнём с облегчением.

Что касается отдельных положений законопроекта, то их, конечно, достаточно много, я бы не хотел сейчас заострять на них внимание, мы будем это ещё рассматривать. Я хочу сказать самое главное, что мы будем добиваться, чтобы этот законопроект полностью начал работать с 1 января 2014 года, чтобы он начал работать раньше, потому что мы хотим встретить Олимпиаду в Сочи некурящей страной. И будем всё для этого делать. Уже я слышу возражения табачных королей.

Знаю, сейчас начнётся, вот уже говорили, что мы боремся с бедными курильщиками: выгоняем их на улицу, в снег, в холод, в проливной дождь, они будут у нас сохнуть под палящим солнцем, бедным ветеранам мы не будем давать папирос, бюджет лишится денег и так далее, и так далее. Это вообще полнейший бред табачников. И об этом уже было сегодня сказано.

Я хочу сказать, что буду бороться за право, данное мне и нашему русскому народу Конституцией, право на благоприятную окружающую среду. Я буду бороться за жизни трёхсот тысяч человек, которые умирают преждевременно каждый год в нашей стране. Я буду бороться за тех семь курильщиков из десяти, кто постоянно хочет бросить курить, но не может этого сделать, потому что все вокруг курят. Я буду бороться за то, чтобы мы были цивилизованной страной. Потому что 80 процентов курильщиков как раз находятся в нецивилизованных и развивающихся странах.

И, наконец, я буду бороться за то, чтобы я со своими детьми мог спокойно ходить в рестораны, кафе, кинотеатры, не боясь того, что у них разовьётся астма от табачного дыма.

И я хочу сказать, что фракция ЛДПР полностью поддерживает этот законопроект. У нас самая некурящая фракция. Если вы увидите какого-нибудь депутата от ЛДПР, который курит, то вы можете лично обратиться к Владимиру Жириновскому, и тот депутат получит строжайший выговор.

Председательствующий. Следующее слово члену-корреспонденту РАМН, заместителю директора Российского онкологического научного центра Заридзе Давиду Григорьевичу. Один из первых борцов против курения ещё в Советском Союзе. А пока идет к трибуне для короткого ответа на вопросы – Сергей Михайлович Миронов.

Миронов С. М. Уважаемые коллеги, я, к сожалению, сейчас должен уйти. Поступила записка. Я благодарен газете «Известия», которая задала вопрос, потому что иначе, может быть, действительно была бы непонятна моя позиция.

Вопрос. «Сергей Михайлович, вы против запрета на продажу сигарет в киосках. Как, по вашему, необходимо регулировать продажу табака? Вы против вообще любых ограничений торговли сигаретами?» Отвечаю. Я ссылался на 18-ю статью, в ней восемь пунктов. У меня претензии к первым двум. Все остальные шесть – двумя руками «за». Я могу сказать, какого рода я поправки буду готовить.

По второму пункту, где говорится, я напомним: «Розничная торговля табачной продукцией в сельских населенных пунктах, а также в несельских населенных пунктах осуществляется в стационарных торговых объектах, имеющих площадь торгового объекта не менее 25 квадратных метров». Вот

эти слова «имеющих площадь торгового объекта не менее 25 квадратных метров» я предлагаю убрать. Потому что зачастую на селе единственный торговый постоянный стационарный центр, который меньше площадью, чем 25 квадратных метров. И для города (часть первая статьи 18-й) «розничная торговля табачной продукцией в городах и поселках осуществляется в стационарных торговых объектах, имеющих площадь не менее 50 квадратных метров». Я пока навскидку, потому что здесь я готов подискутировать и выслушать все аргументы «за» и «против». Например, добавить ещё: или в киосках на остановках городского транспорта, либо какие-то другие варианты, чтобы дать дополнительную возможность, чтобы не было вот такого тромба, который может осуществиться.

А с точки зрения запрета в различного рода учреждениях, в 100 метрах от учебных заведений. Все полностью двумя руками «за», потому что ограничивать надо. Но я призываю, уважаемые коллеги, только к одному – к разумному ограничению, к разумному.

Заридзе Д. Г. Сергей Михайлович, не уходите, три минуты, если можно. Три минуты я вас прошу.

Миронов С. М. Хорошо.

Заридзе Д. Г. Я хочу начать с того, чтобы сказать, в чем цель закона, который мы обсуждаем. Цель закона – защитить не только некурящих, как мы говорим, от пассивного курения, но в первую очередь защитить курящих от их привычки, от табака. И это в законе достигается тем, что мы создаем для них некоторые неудобства.

Вот ваш пример. Вышел работяга с работы, из цеха и не может купить сигареты: нет ничего под рукой, нет киоска. Так вот в этом-то и цель закона, чтобы создать неудобства для того, чтобы этот рабочий в первую очередь, выйдя с работы, не закурил бы сразу.

Создаем неудобства в самолетах, в ресторанах. Да, холодно у нас в России, но курящий тысячу раз подумает, потому что холодно и не выйдет на улицу курить. Вот, собственно, все эти неудобства, которые будет создавать наш закон, а законы в других странах привели к тому, что частота курения снизилась. И соответственно снизились и смертность, и заболеваемость от болезней, связанных с курением.

Теперь еще один аргумент. Наша страна другая и с культурной точки зрения, и с традициями, и так далее. Табак к нам пришел с Запада, минувя все традиции, все проблемы. Когда табак шел в Россию, наши особенности культурные и традиционные этому, так сказать, маршу, я говорю ещё о петровских временах, а теперь уже в наше время, табачных компаний не мешали. А мерам, которыми мы, в общем, в какой-то степени копируем Запад для того, чтобы снизить курение, наши особенности мешают этому.

Теперь насчёт бунтов, все говорили об этом, но они были не только потому, что не было сигарет, да ничего не было в то время, в первую очередь, колбасы не было. А сигарет не было уже во вторую очередь. И бунты были от общего раздражения и не только рабочего класса. Так что, думаю, что эти аргументы не выдерживают критики. Я прошу прощения, если повторился, но я думаю, что на эту тему надо говорить. Мы уже это проходили, малый бизнес разбогател в начале 90-х годов, продавая необлагаемые налогом сигареты. Нам не нужен малый бизнес, который богатеет за счёт здоровья народа. Это очень

громко сказано. Я не люблю говорить декларативно. Но это уже было, вспомните, безналоговая торговля сигаретами, безналоговая торговля водкой.

А теперь, прошу прощения, я быстренько перейду к тому, что хотел вам рассказать. Теперь динамика распространённости курения и динамика смертности от болезней и причин, связанных с курением. Я привожу пример двух стран успешных, Великобритания и Польша. В 1948 году в Британии курили 83 процента мужчин, в 2000 году уже 30. Снизилась распространённость курения и среди женщин. Польша, наш сосед, 75 процентов мужчин в 1974 году курило, в 2000-м – 50 процентов. И что за этим последовало? Нечем показывать, но вот слева график, вы меня извините за английские слайды, но я взял из первоисточников, чтобы было видно, вот верхний график – это снижается смертность от форм рака, которые связаны с курением, в Британии это началось в 1979 году. Снижение смертности от злокачественных опухолей происходит исключительно за счёт тех форм, которые причинно связаны с курением.

Польша – то же самое, только чуть позже, на 20 лет. 90-е годы – снижение распространённости курения и снижение смертности от злокачественных опухолей, причинно связанных с курением. И это снижение приводит к снижению от всех причин.

Теперь вот эффект повышения цен на сигареты, на распространённость курения и на смертность от причин, связанных с курением. Это данные, которые я недавно получил, я попросил свою коллегу, которая представляла их на конференции, вот синяя кривая – с 1990 года во Франции резко пошла вверх стоимость сигарет, и в том же 1990 году резко начала снижаться распространённость курения. Видите, количество сигарет, в день выкуриваемых, резко начало снижаться.

В два раза увеличился доход государства французского от налогообложения, от акцизов. И снизилась смертность от рака лёгкого. И вот этот слайд, о чём говорит? Видите, во Франции увеличение цен на сигареты в три раза привело к увеличению в два раза дохода государства от акцизов, снижению в два раза потребления сигарет, и снижению в два раза смертности от причин, связанных с курением. Это к вопросу Кудрина, государство только выигрывает на этом, а ничего не теряет.

И, наконец, насчёт лёгких сигарет. Так называемые лёгкие сигареты «Вирджиния слимс», вот видите, в них красным больше канцерогенных веществ, табакоспецифических нитрозаминов ННН, ННК, чем в любом другом бренде сигарет. Хотя в них низкие уровни смолы и никотина. Это говорит о том, что показатель смолы и никотина теперь недостаточен. Вы уже говорили об этом. Нужно информировать о более детальной стороне состава табачного дыма.

И, наконец, «Некурительные табачные изделия». Мы об этом не говорили сегодня, но дело в том, что у нас распространяется эта привычка, которая, в общем-то, в российские традиции никак не входит.

«Некурительная табачная продукция» запрещена в большинстве стран Европейского союза, кроме Швеции, где у них есть отечественный тип – некурительный табачный продукт – снюс.

Некурительные табаки также канцерогенны, как курительные, вызывают рак в области рта, глотки, гортани, пищевода, желудка, поджелудочной

железы и они очень сильно отличаются по составу табачного дыма, в этой таблице это сказано, вы мне поверьте.

Маркетинг некурительного табака очень выгоден сегодня для табачных компаний. Этот продукт при запрете и ограничении курения в общественных местах быстро найдёт своего потребителя в России, особенно среди молодёжи.

Председательствующий. Я с большим удовольствием предоставляю слово Стебенковой Людмиле Васильевне – депутату Московской городской Думы, председателю Комитета по охране здоровья.

Стебенкова Л. В. Я хотела начать своё выступление с того, что очень скромно был подсчитан социально-экономический ущерб от курения табака, он составляет минимум 619 миллиардов рублей. По разным позициям, я не буду расшифровывать, это Высшая школа экономики провела исследования. Я знаю, что есть исследования, которые оценивают и в большие цифры – до 800 миллиардов рублей.

Но хочу сказать, что программа модернизации здравоохранения стоила 460 миллиардов, которые, в общем, достаточно с трудом тоже нашли, но тем не менее, вы видите, какой ущерб от курения табака.

И понятно, сколько мы тратим средств для того, чтобы бороться с теми заболеваниями, которые вызывает курение.

Мы в Московской Думе предприняли в прошлом году попытку внести проект закона о защите населения Москвы от табачного дыма, его основными позициями было – запрещение курения во всех принадлежащих городу объектах, госучреждениях, на стадионах, в поликлиниках, в больницах, школах, театрах и в других учреждениях культуры.

Ту бурю, которую мы выдержали от табачного лобби, я думаю, сейчас переживает Министерство здравоохранения, только в гораздо большем масштабе, тома писем поступали на имя мэра, хотя мы его просто обсуждали публично.

Публичное обсуждение показало, что москвичи полностью поддерживали этот закон, мы даже провели социологический опрос – 78 процентов опрошенных за запрет курения в лечебных учреждениях выступили, в том числе, 60 из них – постоянные курильщики, 76 процентов тех, кто курит иногда, 85 процентов совершеннолетних москвичей поддерживают запрет на курение в образовательных учреждениях, и 86 периодических курильщиков из них и 95 – не курящих.

У нас новеллой нашего закона был запрет курения в подъездах, его поддержали 59,8 процента москвичей, среди них более половины мужчин и 70 процентов женщин.

Когда этот закон публично обсуждался на сайте Мосгордумы, в мою приёмную звонили каждый день и требовали немедленно запретить курение в подъездах. Население это, действительно, очень волнует.

У нас возникли как раз проблемы, в том числе, и с табачным лобби, которые угрожали нам судебными всякими разбирательствами, поэтому мы решили, что в суды ходить можно, но это бесполезно, потому что много времени тратится, и мы решили передать все наши положения на федеральный уровень. Мы благодарны сегодня Министерству здравоохранения, что они включили практически всё, что мы предлагали, в федеральный закон, мы его, естественно, поддерживаем.

И что касается того, что сказал Сергей Михайлович по продажам в киосках. Мы проводили много раз слушания, вот здесь сидит Максим Мищенко, он возглавляет молодёжную организацию «Россия молодая», они проводили рейды в киосках. В 99 процентах случаев детям продавали табак, это несмотря на введение норм различных, которые вводила Государственная Дума, то же самое было по алкоголю.

Поэтому единственным способом является просто ликвидировать там продажу в этих киосках, плюс, как здесь сказал передо мной докладчик, действительно, жизнь затруднить курильщику и помочь ему с тем, чтобы в последующем бросить курить.

Поэтому Сергей Михайлович, выступил, к сожалению, как проводник табачного лобби, сам того не подозревая. Потому что это основной такой момент. Он вот такой, под видом малого бизнеса и всего прочего.

Я думаю, что мы ещё поработаем, расскажем депутатам из фракции «СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ» о том, что всё-таки надо спасти народ, а малый бизнес переживёт. Например, цветами будет торговать. У нас много разных ниш ещё осталось.

И последнее, чтобы я хотела сказать. Мы поддерживаем этот закон и просили бы всё-таки подумать о том, чтобы действительно дать субъектам Федерации право вводить регулирование на территории субъектов.

Я должна сказать, что уже сейчас у нас очень многие лечебные учреждения являются некурящими. Многие родильные дома свободны от курения. Никто не умер, все живут и прекрасно себя чувствуют.

Кроме того, мы запретили рекламу в метро, основываясь на том, что это собственность города. Тоже было очень много проблем. Но тем не менее сегодня 16 миллионов граждан, которые пользуются метрополитеном, избавлены от прелестей табачной рекламы в метро.

Я считаю, что это, в общем, наше достижение. И я благодарна правительству за то, что оно сегодня на это пошло. Я считаю, что нам всем будет комфортно и приятно в некурящем городе и в некурящей стране.

Председательствующий. Слово предоставляется Тороповой Наталье Валерьевне – координатору табачных программ ВОЗ.

Торопова Н. В. Приветствую вас от имени Всемирной организации здравоохранения!

Дорогие друзья, на сегодняшний день потребление табака и смерть от него – это единственная полностью контролируемая и полностью предотвратимая причина смертей в мире. Тем не менее, несмотря на это, Российская Федерация, как мы уже сегодня обсудили, пребывает на пике табачной эпидемии наряду с такими странами, как США, Япония, Индонезия и Китай. Безусловно, это необходимо менять. И мне очень приятно, что Правительство Российской Федерации, руководство страны встало на путь борьбы с табакокурением.

Я не буду вдаваться в статистику. Хотелось бы только отметить, что очень хочется верить, что Российская Федерация прекратит вносить вклад в столь грустную статистику, когда 300-400 тысяч россиян умирают ежегодно. Также хотелось бы отметить, что 10 процентов от этой цифры – это люди некурящие, люди, которые становятся жертвами пассивного курения. И, безусловно, обязанность страны – защитить их право на здоровье, прописанное в Конституции.

Сейчас мне хотелось бы говорить о хорошем, а именно: о законопроекте, предложенном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Данный законопроект полностью соответствует международным нормам и основан на лучших международных практиках в сфере борьбы с табакокурением. Рамочная конвенция по борьбе с табаком Всемирной организации здравоохранения, к которой Российской Федерации присоединилась в 2008 году, на сегодняшний день является лучшим решением в сфере борьбы с табакокурением. Потому что именно данный международный договор содержит проверенные на практике, необременительные для бюджета, но в то же время очень эффективные и очень простые меры борьбы с табакокурением. Меры, подчеркну, эти универсальны. Это значит, что они работают в любой стране мира, независимо от традиций, климата, менталитета, истории и так далее.

Законопроект, о котором мы сегодня говорим, создан в соответствии с положениями и нормами рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения. Претворение этого законопроекта в жизнь позволит спасти сотни тысяч жизней россиян, улучшить здоровье нации, поможет детям не начать курить и поможет курящим успешно бросить курить. Таким образом, меры, предложенные в законопроекте, являются принципиально важными для защиты населения.

Хотелось бы сказать пару слов об этих мерах. Очень часто мы слышим, что законопроект жёсткий, жестокий иногда, что меры запретительные. Разве так можно? Конечно, можно. А какими должны быть эти меры? Конечно, согласно Рамочной конвенции ВОЗ (статье 8) только полный запрет на курение в общественных местах имеет силу и эффективен. Только полный запрет рекламы и спонсорства табачных изделий может привести к каким-то хорошим и ощутимым результатам. Таким образом, не нужно этого бояться. Если этот закон примется, то Россия присоединится к числу стран, которые успешно борются с табакокурением именно путём принятия данных запретительных мер. Я приведу несколько примеров.

Италия. Страна, которая ещё несколько лет назад считалась одной из самых курящих стран, и сложно было представить итальянца, сидящего в баре и ресторане без сигареты. Тем не менее пару лет назад вступил в силу закон, полностью запрещающий курение в общественных местах. К чему это привело? К 8-процентному снижению от уровня общего потребления табака. Также это привело к тому, что уже через год после вступления в силу закона 98,2 процента населения соблюдали данный закон. Таким образом, не нужно бояться, что люди не будут его соблюдать. Бунтов тоже не нужно бояться.

Приведу пример Шотландии. Спрос на услуги, помогающие бросить курить, вырос на 400 процентов за три месяца до внедрения закона, а воздействие пассивного курения на детей уменьшилось на 40 процентов после внедрения данного закона. Таких примеров может быть очень много.

Также хочется отметить, что сама табачная индустрия говорит о запретительных мерах и о полных запретах на курение в общественных местах. Полный запрет на курение на рабочем месте и в общественных местах сильно влияет на объём производства. Курильщики, сталкивающиеся с этим, потребляют на 15 процентов меньше сигарет, чем в среднем и на 84 процента чаще бросают курить по сравнению со средним показателем.

Безусловно, Всемирная организация здравоохранения понимает, что табачная промышленность будет всячески противодействовать продвижению данного сильного законопроекта. Безусловно, мы понимаем, что табачная индустрия будет приводить аргументы ложные, будет прибегать к тактике запугивания. Друзья, это совершенно не новый трюк. Это происходит в каждой стране мира, как уже Сергей Фёдорович сегодня справедливо отметил, и как отметил позже Николай Фёдорович, просто нам нужно помнить, что является нашей целью и что является нашей миссией. Я представляю организацию, которая во главу угла ставит защиту здоровья населения. Поэтому главное не праздновать табачную индустрию с её алчностью и цинизмом, а просто помнить, что на кону вопрос о жизни людей и о здоровье нации, и как бы пафосно это не звучало, это действительно так.

Всемирная организация здравоохранения выражает надежду, что данный законопроект в его сильном виде будет рассмотрен и принят, что поправки, которые могут ослабить закон, не будут внесены между чтениями, а будут внесены лишь те, которые могут только сделать законопроект ещё сильнее.

Председательствующий. Уважаемые коллеги, будем, наверное, сейчас чередовать и предоставлять слово тем организациям, которые имеют иную точку зрения.

Поэтому я сейчас предоставлю слово Максиму Владлену Георгиевичу, вице-президенту «ОПОРЫ России».

Максим В. Г. Я сосредоточусь только на одном вопросе в силу регламента, нехватки времени. Коллеги, связан он со спецификой работы мелкой розницы в России, потому что, послушав многие выступления, я ещё раз убедился, что многие коллеги не понимают, как вообще всё это устроено.

Итак, я начну с логической цепочки, вроде бы никак не связанной с сигаретами. Мы с вами в России живём при фатальном острейшем дефиците торговых площадей. Цифра в 500 квадратных метров на тысячу жителей является для российских городов крупных неплохой. Москва недавно только преодолела 700 квадратных метров на тысячу жителей. При этом европейские города начинаются от 200–220 тысяч квадратных метров. То есть разница в три, в четыре раза. Главная причина – тривиальная, это советская застройка, когда первые этажи отдавались под жильё, а до магазина люди как-то доедут.

Отсюда первое следствие. Острый дефицит порождает совершенно запредельные арендные ставки, убийственные для торговли. Здесь уже разница не в три-четыре раза, а в шесть-восемь, допустим, Москвы с европейскими столицами и, соответственно, российских городов с аналогичными городами, а с неэкзотическими азиатскими странами – до 15 раз.

Запредельные арендные ставки на стационарные и нестационарные торговые площади порождают следующее уродливое явление, которое вы все наверняка видели, если обращали внимание вообще на это. У нас практически нет торговой специализации. Нет колбасных, сырных, молочных магазинов, мясных лавок, булочных, то есть реально маленький магазин копирует ассортимент супермаркета не потому, что предприниматель такой идиот, а потому что он вынужден бороться за каждый дециметр площади, чтобы отбить запредельную аренду, которой нет нигде в мире.

Поэтому, собственно, принудительное и немедленное изъятие каких-то важных групп из его ассортимента ведет не к смене специализации, чего бы

мы, наверное, с вами хотели и чтобы произошло бы, скорее всего, во Франции или в Бельгии, а к деградации, к закрытию бизнеса, потому что человеку некуда уходить из этого ассортимента, он и так торгует всем.

Теперь о нестационарной торговле. Если в Европе, в той же самой, с которой, вроде бы, мы берем пример, если послушать авторов законопроекта, это такой удобный, в чём-то экзотический вид торговли, оригинальный, без которого легко можно обойтись, то в России это все дополняет не хватающие, отсутствующие стационарные торговые площади. Если в Германии вы, заплатив 60 евро, получаете огромный список муниципальных площадей на первых этажах и едете их смотреть, то у нас идёт острейшая борьба за нестационарные площади. Может быть, кто-то из вас слышал, какие ставки были по киоскам в Москве на аукционах, которые проходили в прошлом и в этом году? При этом важно понимать, что речь, Сергей Федорович, вам тоже, наверное, будет интересно, не только о киосках. Вы включили туда вообще всю нестационарную торговлю, в том числе и большие торговые объекты – 30, 40, 50, 60 метров, куда можно заходить внутрь, которые являются, по сути, магазинами без заглубленного фундамента и без канализации. Зачастую такие магазины являются основным магазином в микрорайоне, допустим, в небольших городах. Они все попадают под этот каток тоже абсолютно наравне с киосками.

Важно понимать, что изъятие табачного ассортимента после, в общем, не будем на это закрывать глаза, по сути, уже состоявшегося изъятия пива важно понимать, что это обеспечивало поддержку других, менее маргинальных групп, когда предприниматель мог остаться на плаву. Но важнее даже не это. Когда мы запрещаем предпринимателю работать с какими-то группами товара, человек, средний покупатель, который привык покупать в одном месте все, он с большой вероятностью туда не пойдёт ни за колбасой, ни за хлебом, ни за консервами, потому что ему всё равно в другой магазин ехать потом, зачем он пойдёт ещё сюда? Поэтому все это обвалью вымывается из ассортимента малых торговых магазинов, стационарных и нестационарных. Вот это, коллеги, очень важно, многие не понимают этого просто.

Отсюда ещё одно последнее следствие, о котором я хотел сказать. Вот все эти малые формы торговли, они обслуживаются малыми же предприятиями: колбасными цехами, мини-пекарнями, всеми теми, кто не в состоянии в силу требований работать с сетями. И схлопывание и деградация малых форм торговли приводят к серьезным потерям в этой сфере, в малом бизнесе, который вообще никак не связан с сигаретами.

Коллеги, я вам описал те вещи, о которых, может быть, не все задумываются.

В заключение хочу сказать о том, что я и мои коллеги, а я, кроме «ОПО-РБ», ещё представляю Российскую коалицию киоскеров, разделяю большинство пунктов данного законопроекта. Но, вне всякого сомнения, любой законопроект должен носить универсальный и понятный всем людям характер. Вот авторы написали в законе, что запрещено продавать табак в ста метрах от больницы, точка, они не написали, что в ста метрах от плохой больницы, десять метров от хорошей или от государственной. И ни у кого это, в общем, вопросов в глубине души не вызывает. Почему за счёт малого бизнеса решается этот вопрос? Почему, Сергей Федорович, вы не взяли в пример Италию, Испанию, Францию, где, наоборот, в супермаркетах и крупных

магазинах не продаётся табак, а продаётся в маленьких объектах. То есть, есть разная совершенно концепция. Реально, коллеги, десятки тысяч людей воспринимают эту часть, этот пункт, как глубоко несправедливый, потому что фактически происходит перераспределение торговой выручки от одних к другим. Вот это надо понимать.

Я хотел бы передать наши предложения, тут буквально две строчки. Мы просили бы комитет в рекомендации комитету при подготовке ко второму чтению законопроекта Минздрава учесть замечания и предложения, высказанные в ходе слушаний представителями бизнес-сообществ, в связи с невозможностью негативного социально-экономического последствия предлагаемого закона. Речь, повторяю, идёт о той части, которая связана с бизнесом.

Председательствующий. Слово предоставляется Мищенко Максиму Николаевичу. Подготовиться Пепеляеву Сергею Георгиевичу.

Мищенко М. Н. Я хотел тоже ответить Владлену Георгиевичу в начале своего выступления. Я занимался ларёчным бизнесом в своей молодости. И хочу сказать, что дайте любой ларёк, который вы считаете, что он разорится, я вам поставлю очередь из пяти-семи коммерсантов, которые захотят туда прийти, чтобы торговать цветами, пирожками, чем угодно. Понимаете, выручка на цветах – это абсолютно коррупционная схема, там и главы управ в этой схеме участвуют зачастую, выручка на цветах – средний заработок по минимальным примерно раскладам 150 тысяч рублей в месяц, это если заменить сигареты на цветы. Поэтому не надо говорить о том, что разорится бизнес. Это полная ерунда. И будут торговать цветами и конфетами, будут нормально зарабатывать.

Давайте проведём эксперимент, давайте те ларьки, которые вы считаете разорятся, вы отдадите, допустим, нашему движению, и мы найдём вам коммерсантов, которые там будут с удовольствием торговать. Поверьте мне.

Десять лет мы ждали этот закон. И я бы хотел, пользуясь случаем, сказать огромное спасибо Минздраву и лично человеку, который внёс этот закон, Голиковой Татьяне Алексеевне – министру здравоохранения и социального развития, за то, что она совершила этот поступок. Я считаю, что это действительно мужественный, серьёзный поступок, который останется в истории.

Сегодняшнее выступление Сергея Михайловича Миронова подтвердило мои ожидания, что в Государственной Думе созрел табачный заговор. И мы даже с одним из участников сегодняшних слушаний поспорили на бутылку шампанского, о том, что закон не пройдёт. Вот сегодня мои шансы получить эту бутылку шампанского увеличились. Как ни странно, потому что, в общем-то, всем понятна стратегия, которая будет. Первая – оттянуть принятие закона. Каждая минута оттяжки, каждые две секунды оттяжки этого закона, надо понимать, это человеческая жизнь. Чистая прибыль примерно миллион рублей. То есть час оттяжки закона и можно, извините, конечно, за столь некрасивое выражение, купить депутата Государственной Думы. То есть закон будут оттягивать под любым предлогом – он недоработанный, он противоречит чему-то. Давайте все законы, все изменения в другие законодательные акты напишем, ещё три года будем писать, и внесём.

По своему опыту хочу сказать, что с «табачной иглы» можно сползть только постепенно и только по чуть-чуть можно менять законодательство. Вот сейчас надо принять так же, как мы закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» принимали. Вначале приняли общую часть, а потом уже

добирали по всем остальным изменениям: в КоАП, в административный кодекс и так далее. То есть здесь должна быть точно такая же стратегия. Надо принять закон как можно быстрее, не дожидаясь и не откладывая.

Второе. Это уже промелькнуло у одного из табачных лоббистов. Кстати, я с удивлением ни одного не вижу. Побоялись, вероятно, прийти. Может быть, стыдно.

Я имею в виду депутатов Государственной Думы. Вы-то – понятно, вы ходите, как на работу. Я имею в виду депутатов, которые в этой ситуации, в общем-то, должны были отстаивать. Они ещё проявятся, я абсолютно уверен.

Так вот, уже промелькнуло у одного из них, что «как скажут региональные парламенты». И вполне вероятно, что сейчас уже идёт работа с региональными парламентами, для того чтобы получить отрицательный отзыв. Я надеюсь, что региональные парламенты поддержат этот закон.

Ну и, конечно, самая, в общем-то, главная стратегия – это внести изменения, о которых сегодня заявил лидер фракции «СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ». Честно говоря, не ожидал. Для меня это было, как снег на голову. Я думал, может быть, какая-то другая фракция это сделает, но то, что «СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ», это действительно было неожиданностью.

Так вот, я считаю, что все силы здоровые в нашем обществе должны в данный момент объединиться.

Спасибо Путину, который подписал концепцию. Спасибо Медведеву, который выступил в своём блоге. Закон здесь. Но Госдума станет самым тяжёлым барьером, на мой взгляд, потому что именно здесь сконцентрированы те силы, которые будут этот закон уничтожать, я не побоюсь такого слова.

Поэтому главная стратегия всех антитабачных сил – поимённый контроль за теми депутатами, которые будут голосовать и которые будут вносить поправки. Эти депутаты должны остаться в истории. Их имена должны остаться в Интернете и распространиться по самым разным табачным и антитабачным сайтам, для того чтобы потом наши потомки оценили их деятельность и их работу. Ну и, конечно же, публичная реакция. Должна быть молниеносная публичная реакция на любое заявление, такое, как сегодня сделал лидер «СПРАВЕДЛИВОЙ РОССИИ».

Председательствующий. Сейчас слово предоставляется Пепеляеву Сергею Георгиевичу, юридическая фирма «Пепеляев-группа».

Пепеляев С. Г. Мы всё-таки обсуждаем проект закона, и давайте взглядом на него именно как на нормативный акт глазами юристов, которым, может быть, потом это всё предстоит реализовать.

С моей точки зрения, проект закона при всей его важности и так далее, с юридической точки зрения очень слабое создание, произведение.

Это не только моё мнение, это мнение Государственно-правового управления Администрации президента, было соответствующее заключение.

Председательствующий. Не надо ссылку делать на управление президента, говорите от себя.

Пепеляев С. Г. И правительства.

Почему такое моё мнение? Во-первых, я подсчитал, это огромное количество совершенно декларативных, неработающих норм. 25 процентов текста – это пустые декларации, типа того, что просвещение населения в процессе воспитания работодателями на рабочих местах. Статья 14 проекта.

Что, это будет работать? Вот такие подобные нормы, они только вызывают улыбку и дискредитируют важный акт.

Второе. Проект, как уже во многих выступлениях прозвучало, подготовлен для реализации международных обязательств России, принявший, присоединившийся к рамочной конвенции. Мне представляется, что многие, кто об этом говорит, саму Рамочную конвенцию не читали или читали недостаточно.

О чём говорит конвенция? В ней всего два основных тезиса. Для чего она принята – это охрана здоровья населения от воздействия табачного дыма. Первая задача.

И вторая. Это предотвращение потребления табака несовершеннолетними. Две задачи.

Что мы видим в нашем законе? Для чего он принят? Убедительный документ – пояснительная записка к законопроекту, она вообще ни о чём, не содержит никаких экономических обоснований, кроме одной, там есть одна цифра, сколько денег получит государство от повышения акцизов. Это 600 миллиардов рублей.

Вот главная цель этого законопроекта, как мне представляется, это фискальная цель – повышение собираемости налогов в бюджет, всё остальное – это прикрытие этой цели.

Посмотрите, реализуется ли в законе главная задача – охрана общественного порядка. В законе даже нет механизма оказания медицинской помощи, бросающим курить, и финансирование этой цели вообще не предусмотрено.

Председательствующий. Есть, там есть, вы сами плохо закон читали.

Пепеляев С. Г. Может быть.

Мне представляется, что основная проблема и основная цель закона – это всё-таки борьба с курящими гражданами, а не защита некурящих. Это несколько разные аспекты. И делается это методами, которые, наверное, можно назвать в какой-то части даже и полицейскими.

То же самое уничтожение торговых точек шаговой доступности. К чему, с моей точки зрения, потребителя она может привести? Когда я еду в супермаркет, я всё покупаю про запас. Так же и если граждане едут в супермаркет за табачными изделиями, они будут покупать их про запас и вряд ли потребление табачных изделий снизится, что мы ожидаем всё-таки от закона.

Второе. Дискриминация самой табачной отрасли, табачной промышленности и розничных продавцов. Но есть уже такая старая российская поговорка допетровских времён: «Не вели казнить, вели слово молвить».

Любой человек, как бы мы к нему не относились, убийца в суде имеет право на выступление, на адвоката, на последнее слово, ну и зачем табачную отрасль равнять с ними и говорить, что руки в крови и так далее, и лишать права на участие отрасли в регулировании своей судьбы? Мне кажется, это недемократично, неправильно, неконституционно.

Что ещё в этом законе меня как юриста не устраивает? Отсутствие четкого механизма контроля соблюдения установленных запретов. Отсутствие четкого установленных составов правонарушений и отсутствие органов, способных реализовать положения законов, не нарушая своих текущих полномочий. К чему это приведет? Это приведет только к коррупции. Объявлено что-то нарушением, но что это есть нарушение, из закона, соответственно,

не вытекает. Бери любого, штрафуй, сажай и так далее. Уголовные меры в законе тоже предусмотрены. Как же не предусмотрены? Есть.

Поэтому мне представляется, что этот закон при всей его важности, как юридический акт, требует очень сильной, очень серьезной проработки. В таком виде, в каком он будет принят, он, скорее всего, будет населением не поддержан, а осмеян именно как очередная кампанейщина. Спасибо.

Председательствующий. Не надо только говорить за всё население.

Я предоставляю слово Галине Михайловне Сахаровой – заместителю директора НИИ пульмонологии.

Сахарова Г. М. Я хочу, наверное, выступить не только от своего имени, но от имени всех врачей Российской Федерации, даже, наверное, тех, которые ещё до конца не вовлечены в лечение курящего человека, не вовлечены в оказание этой помощи. Потому что мы сейчас говорим и особенно те, кто оппонирует этому закону, о бунтах, о разорении малого и среднего бизнеса в будущем. Не будут ходить в рестораны. В каком-то далеком будущем будут. Нет, скорее всего, этого не будет, потому что народ, конечно, примет этот закон.

Я хочу сказать о том, что есть сейчас и что, собственно говоря, ложится бременем на очень многие семьи, на те трагедии, которые случаются, и собственно, то, что ложится бременем на каждого врача и на Министерство здравоохранения в целом.

Ещё раз хочу вернуться к этой цифре. 44 миллиона – это взрослых. Я хочу уточнить, взрослого населения. А поскольку у нас начинают курить с 10–12 лет, то сюда ещё 7–10 миллионов можно легко добавить. И где-то более 50 миллионов населения в нашей стране курит. 16 процентов людей начали курить в возрасте до 15 лет. А вы знаете, что многие заболевания развиваются недолго, 5–10 лет. И, конечно, скоро врачи будут иметь такой тяжелый контингент пациентов, которых очень и очень сложно вылечить. И 26 миллионов курящих взрослых, сюда не входят подростки, имели никотиновую зависимость высокой степени. А это значит, без помощи врачей они просто не смогут бросить курить. 54 процента взрослого населения – это 60 миллионов, взрослого без детей, подвергаются пассивному курению в общественных местах. Если посмотреть по цифрам, это женщины – 9 миллионов, мужчины – 13 миллионов подвергаются курению на рабочих местах. Это, представьте себе, целые страны. В домашних условиях 20 миллионов женщин и 20 миллионов мужчин подвергаются пассивному курению.

К чему все это приведет и приводит в настоящий момент? Вы посмотрите, мы спорим сейчас о мерах. Эти меры не просто так кто-то там придумал для того, чтобы испортить жизнь малому бизнесу и курящим людям. Это долгий опыт очень многих стран. Это эпидемиологические, репрезентативные исследования Всемирной организации здравоохранения. И вы посмотрите, чего добились страны, которые действительно уже внедряют их. Япония контролирует ситуацию.

Я сейчас хочу показать данные по нашим женщинам, по популяции женщин. Великобритания в два раза снизила за счет тех мер, которые сейчас мы обсуждаем, распространенность курения. Соединенные Штаты Америки снизили. И что в России? Пока все снижали, Россия погрязла в курении. И все это благодаря дешевым сигаретам, благодаря рекламе, благодаря вовлечению женщин. Вот эти тонкие сигареты, ароматизированные на каждом угле, жен-

щины в глянцевых журналах. И только в нашей стране, вы представляете, за последние 50 лет почти в 10 раз возросла распространенность курения.

К чему это привело реально в нашей стране? Рак трахеи, бронхов и легкого – это практически результат курения. И вы видите, в нашей стране почти на один процент прибавляется женщин ежегодно, заболевших этим тяжелым заболеванием. То есть по данным ВОЗ, увеличение распространенности заболеваемости раком трахеи, бронхов и легкого – это критерий того, что распространенность табакокурения в данной популяции достигла уровня, который реально влияет на здоровье этой популяции.

Казалось бы, такие болезни, как рак шейки матки. Вот эти данные получили наши московские онкологи в московской городской больнице, которая в течение многих-многих лет принимает и лечит этих женщин. И обратите внимание: 80 процентов женщин, болеющих дисплазией, раком шейки матки, являются активными курильщицами. Но, с одной стороны, можно сказать: это их выбор. Но вы посмотрите: 80 процентов женщин с этим заболеванием некурящие, являются пассивными курильщицами в течение часа и больше ежедневно. И я гарантирую, что большинство этих женщин, наверняка, стараются вести здоровый образ жизни, занимаются спортом, но наши законы не позволяют им оставаться здоровыми, они втягиваются в заболевание и не в простое заболевание. И вот я хочу просто, чтобы каждый увидел и запомнил эту цифру. Каждый, кто продает в киоске эти табачные изделия, каждый, кто в своем ресторане ещё не ввел полный запрет на курение, вспомните. Если у вас есть дочь, у нее высокий шанс умереть в 35 лет от рака, даже если она не является активным курильщиком.

Да, и то, что у нас в стране наблюдается, вы видите, что рак шейки матки, её тела, плаценты, рак яичника у женщин ежегодно нарастает. И все это связано, конечно, связано напрямую с курением. Это не где-то в других странах, не в африканской стране, это в нашей стране и этого всего добились табачные компании и, к сожалению, отсутствие серьезных законов, которые бы помогли людям вести здоровый образ жизни. Все это сказывается и на детях.

Вы посмотрите: увеличивается ежегодно количество преждевременных родов, родились больными дети – нарастает, родились недоношенными дети – все это нарастает. И, безусловно, огромный вклад в этом есть и активного, и пассивного курения среди женщин. И все это, конечно, ложится бременем практически на каждую семью, на многие семьи в нашей стране, на врачей, на всю систему здравоохранения.

Поэтому, ещё раз повторяю, все меры, которые включены в этот закон, не просто придуманные, а меры, которые действительно уже подтвердили свою эффективность во многих странах мира.

Количество эффективных попыток бросить курить у нас небольшое: только 10 процентов людей, которые решили бросить курить, могут действительно бросить просто на силе воли. И очень хорошо, что в этом законопроекте есть статья, посвященная именно оказанию медицинской помощи, в которой так нуждаются наши люди, нуждаются как курящие, собственно, так и некурящие люди от фактора риска курения, который действительно является практически смертельным.

Председательствующий. Слово предоставляется Желнину Вадиму Алексеевичу – генеральному директору ассоциации «Табакпром».

Желнин В. А. Спасибо большое, Николай Федорович, что вы предоставили нам слово. Теперь это большая редкость. Я боюсь, потом вас объявит тоже нашим наемным агентом или кем-нибудь. Но жалко терять время на это.

Значит, индустрия не раз публично, и сегодня я делаю это в очередной раз, поскольку я – лицо, вполне уполномоченное выражать абсолютно согласованные позиции от лица индустрии, не раз заявлял, и сегодня подтверждаю: мы не против этого закона. Дело в том, что и действующий закон уже больше 10 лет живет, довольно неплохо во многих частях работает, он нуждается в усовершенствовании. И, конечно, данный вариант законопроекта совершенно необходим.

Никто не высказывает никаких возражений по поводу того, что основным принципом для курящих людей должно быть курить так, чтобы не доставлять каких-либо неудобств некурящим людям.

И основным правилом должно быть курение только в специально отведенных местах. На наш взгляд, по поводу данных положений в принципе никакая дискуссия невозможна. Я удивляюсь, почему только 80 процентов при опросах поддерживают эти, на наш взгляд, совершенно очевидные для любых нормально воспитанных людей принципы.

У нас есть и мы их постоянно на протяжении последних двух лет, когда, собственно, появился этот текст, который за это время почти не подвергся каким-либо коррекциям, несколько замечаний, которые касаются в основном вопросов, связанных непосредственно с индустрией. Прежде чем говорить об этих замечаниях, я хочу сказать, что никогда индустрия не выдвигала, не выдвигает и не будет выдвигать тезис типа того, что не надо что-то такое делать по снижению уровня курения, потому что упадут доходы индустрии. Это абсолютно ложный тезис. Я совершенно официально и публично заявляю, что никогда это не говорилось и говориться не будет, и кто будет об этом говорить от лица табачной индустрии, он будет самозванец. Прекрасно понимаем, продукт противоречивый и совершенно нормальный, естественные усилия государства и общества по снижению уровня курения. Замечания, связаны не с этим, а связаны с тем, что как однажды один представитель Роспотребнадзора сказал: «Не знаю, поможет ли эта мера по борьбе с уровнем курения, но зато повредит табачной индустрии и эта мера хороша». Вот с такой постановкой вопроса мы, конечно, в принципе не можем согласиться.

Итак, конкретные замечания. Уже много сказано об ограничениях торговли на малых площадях. Очень важно только подчеркнуть, что торговля без выкладки – только из закрытых шкафов, технологически будет чрезвычайно неудобна. Я не говорю о юридическом анализе этой стороны. Там тоже есть много вопросов. Чрезвычайно неудобно. И когда ссылаются на опыт Канады, где это реализовано, почему-то забывают указать, что там это, как правило, малые торговые точки и потребитель действительно, получая продукцию из закрытого шкафа, при этом имеет возможность ознакомиться с цветным каталогом, где всё подробно детально описано и нарисовано.

Конечно, обсуждать о том, что запрет рекламы, направленной на конечного потребителя, на курильщика... Не буду решать, насколько это правильно. В общем, понятно, что эта мера созрела, общество за неё, но надо сформулировать этот запрет корректно, поскольку определение стимулирующих

мероприятий вообще и рекламы практически слово в слово совпадают. И здесь мы просили бы сохранить некоторые возможности коммуникаций индустрии, прежде всего с торговлей. Не с конечным потребителем, а с торговлей, потому что в особенности в условиях ограничения выкладки, полного запрета или то, или иное ограничение всё равно, видимо, будет принято. Торговле же нужно обучать, как торговать, как отвечать на вопросы потребителей, чтобы такого рода контакты (ещё раз подчеркну) не с потребителем, а только внутри товаропроводящей сети уточнённое определение допускало.

Наконец, последнее. Минимальные розничные цены, которые предлагаются законопроектом. Этот опыт нигде в мире не нашёл распространения, иногда вводился и был отменён. Но важно подчеркнуть, что эта мера избыточна. Если государство считает, что некоторый уровень цен на табачную продукцию безопасен с точки зрения развития нелегального рынка, именно этот вопрос всегда главный и ключевой, когда обсуждается, как повышать акцизы. Одну цифру. Акцизы, начиная с 2007 года и говоря о возможных предварительных итогах этого года, выросли в четыре раза – с 50 миллиардов рублей до 200 миллиардов. Это цифры налоговой службы, Минфина, Росстата. Здесь никто ничего не придумал и процесс этот будет продолжаться. Но акцизная система российская даёт вполне эффективный инструмент государству регулировать и средний уровень цен на рынке, и минимальную цену. Именно так устроена система взимания акцизов с минимальным акцизом и средним уровнем акцизного налогообложения.

Поэтому здесь логика такая. Зачем избыточный орган, зачем избыточный инструмент, непонятно, кем и как, который будет применяться. Закон об этом не пишет, по каким принципам устанавливают минимальные розничные цены.

Если государство и общество считают, что некоторый уровень цен на табачные изделия нужно установить государственно, делайте это через акцизы и собирайте все дополнительные доходы в бюджет.

И последнее, я выскажу уже мою частную позицию, я уже сказал, что, конечно, курить можно только в специально отведённых местах.

Но вот, Николай Фёдорович, позвольте не согласиться, что через год, как предполагает законопроект, в России не останется взрослых курящих людей. И я себе не могу представить, как если человек попадает в больницу, я оставлю в стороне вопрос врачей, это своё сообщество у них, своя жизнь. В больнице люди лежат длительное время, в общем-то, попадают не по своей воле, и почему в больнице нельзя сделать нормально оборудованные, не мешающие остальным людям места для курящих больных, извините, я просто по-человечески это понять не могу. Это мои личные опасения.

В заключение хочу сказать ещё раз, что благодарен комитету и Николаю Фёдоровичу за то, что нам предоставлена возможность сказать слово. Очень надеюсь, что при обсуждении в Государственной Думе и на комитете всё-таки будет меньше эмоций, а больше обсуждения по существу предлагаемых норм. И абсолютно полностью поддерживаю всю идеологию, подавляющее большинство предложений. Мы всё-таки хотели бы, чтобы ещё раз были обсуждены те вопросы, которые уже сегодня поднимались, отчасти затронутые и мною.

Председательствующий. Слово предоставляется Янину Дмитрию Дмитриевичу – председателю Конфедерации общества потребителей.

Янин Д. Д. Я очень рад, что 18 октября правительство одобрило законопроект в редакции Минздрава. Это огромная победа здравоохранного движения, здравоохранного ведомства. И я надеюсь на то, что тот посыл, который содержался в блоге Дмитрия Анатольевича Медведева – лидера партии «ЕДИНАЯ РОССИЯ», он был услышан депутатами. И Дмитрий Анатольевич сказал беспрецедентные вещи, о них я напомину вам. Он сказал, что в 90-е годы была допущена колоссальная ошибка, когда был открыт рынок для иностранных табачных компаний. Мы видели на слайдах Галины Сахаровой, что произошло с 90-го года, куда вкладывались деньги, в продвижение каких детских, женских сигарет вкладывались рекламные бюджеты. На каких носителях распространялась реклама? Журнал «Космо» – самый популярный журнал в категории 14–16 лет девочек, сериал «Интерны» – самый популярный сериал в подростковой категории, именно туда табачные компании в течение многих лет вкладывали деньги. Мне очень неприятно здесь слышать людей, представляющих юридическим сообществом, вот сейчас после меня будет выступать представитель РСПП, думаю, ещё другие будут выступающие, я сразу вспоминаю одну историю, которая была около ста лет назад, когда впервые была установлена связь между малярией и комарами. И было установлено, что разносчиками малярии являются комары, и государства постепенно стали уничтожать их популяцию, спасая людей от довольно серьёзного заболевания, оно было крупнейшим по вкладу в смертность.

Вот представьте себе, чтобы у комаров были деньги нанять Сергея Пепелева, который обслуживает «ДЛТГ», ВАТС, чтобы, например, у компании «Philipp Morris» нашлись деньги на найм института госпожи Хабриевой – Института сравнительного законодательства и правоведения, который был контрактован «Philipp Morris», и после этого институт поменял радикально своё отношение к законопроекту, потому что в августе 2011 года они прислали отзыв положительный на закон, а после контракта с «Philipp Morris» они прозрели и увидели, что это же нарушение конституционных прав, но в Конституции вы не найдёте ни одного упоминания курильщика, вы найдёте: «гражданин», вы найдёте: «право на окружающую среду», «право на охрану здоровья», «право регионам защищать своих людей», «устанавливать требования, защищающие условия труда». Это всё есть в Конституции.

Мне очень жаль видеть среди этих людей, которых наняли «табачные комары», Олега Румянцева – автора первой российской Конституции, который также подготовил поправки, которые, наверное, уже видели в комитете, кастрирующие закон, представленный Минздравом. «Румянцев и партнёры» также в числе контрактованных.

Мне неприятно видеть РСПП, который не опросил всех своих членов, но почему-то очень активно продвигается компания «ДЛТГ» или релизы РСПП с критикой закона рассылает компания, пиар-компания, обслуживающая «ДЛТГ».

Что это, простое совпадение? Почему так происходит? Потому что те меры, которые предлагает Минздрав, это не только о чём говорил доктор Заридзе, доктор Сахарова, о чём говорил доктор Герасименко, это жизнь. Но это очень банальный вопрос, это 5 миллиардов долларов, которые табачные компании теряют в течение последующих двух-трёх лет только за счёт снижения продаж.

Вот эти 5 миллиардов долларов – хорошее основание для того, чтобы начать дискуссию, произнести, что табак является противоречивым продуктом. Он не противоречивый. И вы знаете, Вадим Алексеевич, что противоречие состоит только в том, у кого будет рак шейки матки, рак груди или рак гортани. Тут противоречие только в этом. Кто эти люди? Это четыре транснациональные табачные компании, мы их все знаем: «ДЖТТ», «Philipp Morris», «British American Tabac», «Imperial Tabac» – 93 процента рынка вытеснены из многих стран мира, которые здесь окопались настолько, что, например, зампред комитета по аграрной политике – человек, который шесть лет до этого успешно работал в Совете по развитию табачной промышленности. Но есть другие люди, которые, наверное, поработают над этим законопроектом.

Теперь по неэффективности якобы, о которой здесь говорят, что меры не работают. Вот смотрите, вы можете не слушать онкологов – это ваше право, вы можете не слушать пульмонологов – это ваше право, вы можете не слушать педиатров, когда вам любой педиатр скажет, что ребёнок грудной дышит в два раза чаще, и если он находится в прокуренном помещении, он вдыхает в два раза больше дыма, чем взрослый человек и для него нахождение в прокуренном ресторане, господин Бухаров, я надеюсь, ваш ресторан «ФГУП Кремль» некурящий, я надеюсь на то, что этот ребёнок будет защищён в российских ресторанах, несмотря на вашу персональную позицию о том, чтобы в ресторанах должны быть зоны для курящих.

Я надеюсь на то, что вы послушаете и правду о табачных компаниях. Они могут нанимать юристов, экономистов, господина Шохина, да, который, выступая на заседании правительства, забыл сказать о том, что у него конфликт интересов. Или госпожа Хабриева, расписывая 10 страниц критики закона, должна была начать с того, что уважаемые члены правительства, хоть я и ГУП, но я имею подряды с рынка, и у меня контракт с «Philipp Morris», поэтому то, что дальше написано – это просто у меня конфликт интересов. Говорите правду и к вам потянутся люди, говорите правду.

Закон Минздрава, экстраполируем на Россию, падение 4 процента продаж, пересчитываем на продажи «Philipp Morris», компания теряет 1 миллиард долларов в продажах, не в прибыли, Вадим Алексеевич, не в прибыли.

Замечательно! Вот ради этого миллиарда начинается вот эта вся карусель.

В 1998 году Николай Фёдорович внёс первый антитабачный закон, и он был тогда значительно сильнее.

Мы видели отчёты табачных компаний, которые были расшифрованы по решению суда. Это выложено в Интернет. Это всё понятно. Закон, возможно, в Думе претерпит целый ряд изменений. Но вы будете знать чьими руками табачные компании («комары») сделали эту тонкую, ювелирную юридическую работу.

Председательствующий. Слово предоставляется Варварину Александру Викторовичу – управляющему директору Департамента корпоративных отношений и правового обеспечения Российского союза промышленников и предпринимателей.

Варварин А. В. Законопроект действительно резонансный, затрагивает и общество, и бизнес. И, безусловно, Российский союз промышленников и предпринимателей не мог обойти этот законопроект вниманием. И не пото-

му, что членом также является «Джи Ти Ай» или «Филипп Моррис», а потому, что членами нашей организации являются представители малого бизнеса, представители торговли, ресторанного бизнеса и так далее. Этот законопроект касается всех, поэтому мы не могли не определить свою позицию по нему.

Для того, чтобы её определить, в июле этого года мы провели «круглый стол», на который пригласили все заинтересованные лица, и обменялись мнениями. Самый главный, вывод, который мы получили в результате обсуждения на «круглом столе», это ответ на вопрос, который задал Николай Фёдорович. Что важнее: прибыль или здоровье людей? Ну, конечно, здоровье людей. И бизнесмены тоже люди, они всё это прекрасно понимают, у них свои семьи.

Конечно, законопроект все поддерживают. Все однозначно заявили о том, что ситуация с табакокурением в стране недопустимая, и необходимо принимать срочные меры по снижению потребления табака. И здесь, наверное, тоже соглашусь с удивлением, почему только 80 процентов поддерживают Минздрав из населения. Мне кажется, это должно быть 95 процентов как минимум.

Но самое большое, что нас беспокоит, это то, что часто за красивыми лозунгами, за хорошими фразами пытаются протащить какую-нибудь очередную глупость, которая, во-первых, не даёт результата ни для кого, никому от этого лучше не станет, а во-вторых, наносит ущерб интересам предпринимателей, которых мы, безусловно, представляем. И, на наш взгляд, такие риски есть. Есть позиции, с которыми мы категорически не согласны. Есть позиции, которые надо просто обсуждать здраво и спокойно.

Безусловно, я остановлюсь на нескольких моментах, которые, прежде всего, беспокоят компании.

Первое. Это запрет на торговлю табачной продукцией на торговой площади меньше 50 метров волнует весь малый бизнес.

Единственное, на что хочу обратить внимание. Коллеги, основной довод, который выдвигается, это то, что малый бизнес продаёт табак детям. Беда есть такая, согласен абсолютно. Но нельзя лечить ангину отрубанием головы.

Давайте посмотрим, есть ли другие методы защитить молодёжь от возможности приобрести табак в таких местах у малого бизнеса. Безусловно, есть. Просто государство их почему-то не использует. Оно решило действовать крайне радикально, не использовав самые элементарные механизмы.

Ну почему до сих пор нет в законодательстве, во-первых, права продавца попросить документ, удостоверяющий личность? А во-вторых, почему нет ответственности нормальной за эти действия? Почему до сих пор в Кодексе об административных правонарушениях не написано, что лицо, которое продало сигареты несовершеннолетнему, несёт не только личную ответственность (какой-нибудь штраф), а это является основанием для приостановления деятельности организации на период до трёх месяцев? Есть такие нормы в кодексе.

И, поверьте мне, когда это будет записано в законе, любой собственник торгового помещения не позволит ни одному своему продавцу даже подумывать, чтобы продать несовершеннолетнему табак. Потому что он будет понимать, что те убытки огромные, которые он получит от таких действий, они абсолютно несовместимы с теми копейками, которые он получит от более

широкого спектра продажи табачных изделий. Может быть, надо применять какие-то более разумные и взвешенные меры, чем сразу все ограничивать?

Следующая норма, которую не комментировали. Написано, что в населённых пунктах нельзя продавать табачную продукцию в помещениях менее 25 квадратных метров, при этом если нет таких помещений, если нет стационарных помещений торговых, то возможна развозная торговля. Вопрос возникает: а если есть стационарное торговое помещение площадью меньше 25 метров? То получается, что продавать в нем табак нельзя, и развозная торговля тоже невозможна, потому что есть стационарное торговое помещение. Это что касается юридической техники. В этой ситуации чего гражданам делать, которые проживают в этом населенном пункте? Вариант один – снести это строение, это хотя бы позволит покупать развозную табачную продукцию, а иначе они вообще лишены возможности приобрести где-либо табак.

Следующий момент. Это запрет на выкладку, демонстрацию табачных изделий. Вот к чему это приведет? Прежде всего, к фактическому отсутствию конкуренции между табачными компаниями. Сейчас много говорилось, что у нас есть четыре основных монополиста. Наверное, это действительно так и, наверное, это не здорово. Но мы таким образом перекрываем любую возможность кому-либо составить им конкуренцию. Извините, «Мальборо», «Парламент», «Кемэл» и так далее, все эти бренды все знают. Их-то и будут спрашивать. Кто будет покупать какую-то табачную продукцию российского производителя, не очень хорошо знакомую на рынке, если при этом не будет ни рекламы, не будет возможности посмотреть на нее? Может быть, можно, например, установить, что выкладка продукции возможна в социально изолированном помещении, куда не могут войти, условно, несовершеннолетние и не могут видеть люди, которые не интересуются табачной продукцией. Но отгородите отдел алкоголя и табака, куда может войти взрослый посетитель и посмотреть то, что ему нравится. Гораздо более просто и, на мой взгляд, разумно.

Установление минимальной розничной цены на табачную продукцию. На наш взгляд, тоже какая-то выдумка чиновников, которая ничего позитивного, собственно говоря, не даст. У нас есть акцизное регулирование, которое решает абсолютно те же самые проблемы. Гораздо более эффективно по администрированию и, на наш взгляд, решает все задачи, которые должны в этой связи быть.

Запрет осуществления благотворительной деятельности табачными организациями. Вот представитель Минздрава в самом начале сказал, что ничего этого нет. Очень интересно получается, что мы закон знаем лучше, чем сам Минздрав, который его писал. Читаю закон: «Запрещается любая помощь...», любая помощь, не говорится о спонсорстве, образовательным, социально-культурным организациям и так далее... Любая возможность передать денежные средства, в том числе на постановки Большому театру просто не допускается. Какой в этом смысл? Если не продвигается табачный бренд, то, на мой взгляд, это абсолютно нормальное явление.

Следующая позиция. Это запрет на взаимодействие с органами власти. Ну, здесь, на наш взгляд, нужно посмотреть повнимательнее правила ВУСР, куда мы в ближайшее время вступим, которое четко предписывает государству, как осуществлять регулирование, прежде всего, основываясь на взаимодействии с участниками этих правоотношений. Это противоречит основ-

ным принципам государственного регулирования ВУСР, куда мы вступим. И, на наш взгляд, с кем, собственно говоря, власть будет обсуждать, например, технический регламент на табачную продукцию и принципы, которые используются? Ну, разумеется, с табачниками.

И, наверное, последний момент – это курение в общественных местах, действительно, самый дискуссионный вопрос. Здесь больше, конечно, граждане страдают, которые как будут курить, например, в тех же больницах. Вспомните, например, в ЦКБ, да? Попробуйте выйдите за территорию больницы. Поезда дальнего следования. Да, может быть, в вагоне-то и можно запретить курить, но вы не сможете выйти из вагона, потому что это территория вокзала и там тоже курить запрещено. Посмотрите закон. Аэропорты и так далее.

Вот мы, когда шли сюда, наверное, через 10-й подъезд входили, вы, наверное, проходили замечательную комнату, справа была, называется «Комната для курения». Нам все время говорят: «В аэропортах нельзя делать курительные комнаты, будет пахнуть» и так далее. Я не почувствовал никакого запаха, я специально остановился и посмотрел: нет, не пахнет.

Председательствующий. Я повторяю: у вас время истекло.

Дальше, мы должны вместе с Сергеем Федоровичем ответить на вопросы и рекомендации.

Тогда я уже назвал Сергея Борисовича, депутата Государственной Думы, Комитет по охране здоровья.

Дорофеев С. Б. Я тоже хотел предложить всем, особенно сторонникам законопроекта, не доказывать, что он хороший. Всем понятно, что по смыслу он хороший и концептуально правильный. И не надо тратить на это время. А всем антисторонникам этого законопроекта хотел бы предложить не эмоционально, а очень конкретно предлагать что-то, если есть что предложить. Это – во-первых.

Во-вторых, я сам – ярый сторонник этого закона. Понятно, почему. Убежден, что с этой привычкой нужно бороться, но именно теми методами, которые там изложены, постепенно и лишая возможности очень легко приобретать, создавать неуютную возможность для людей такую общественную, а не радикально. Но не расстреливать же, в конце концов? Что такое? Если у вас есть что предложить, ну скажите, что ещё можно сделать для малого бизнеса. Нигде не продавать? Давайте нигде не будем продавать. Но где-то надо? Давайте там оставим, только в больших магазинах. В маленьких сигарет много, соблазна больше.

Реклама. Это же реклама, когда они стоят в витринах. Убрать. Совершенно очевидно. Более того, у меня предложение. Там написано: 100 метров от школы. Да полкилометра надо, а лучше километр от школы, чтобы не 100-метровку бегали, кому надо, а на большие расстояния. Почему нет? Почему 100 метров-то? Я вот лично буду предлагать, чтобы гораздо дальше было это расстояние от школы. И чем больше этой будет санитарной зоны вокруг образовательных учреждений, тем лучше. Совершенно очевидно. Проанализируем давайте результаты прошлого закона.

Прошло 10 лет. Чего добились? Я посмотрел цифру, у вас у всех в раздаточном материале есть количество продаваемых сигарет в России за 10 лет. Практически увеличилась почти в два раза. Это результативность значимости того закона, которая была? Никакой. И нам сейчас предлагают опять?

Вот этого давайте не будем. Если мы опять ничего делать кардинально не будем, у нас такой же результат будет, как и с прошлым законом.

Кто считает, что не нужен такой закон? Поднимите руки, кто считает, что не нужно бороться со СПИДом? Все считают, что нужно. Так вот вред прямого влияния, скажем так, на здоровье, на смертность там всего 5 процентов, а от табака – 10. Что не поднимаете руки? Это я ещё нижнюю границу называю. А она вообще больше по некоторым заболеваниям. Поэтому, мне кажется, дискуссия о том, хорошо или плохо, бесполезна. Если есть чего предложить у кого из конкретики, особенно антисторонников, с удовольствием бы послушал. Но пока я ничего не услышал. «Давайте оставим в киосках». Да нельзя в киосках. Ни под каким предлогом нельзя, иначе никаких сдвигов не будет.

Из зала. Почему нельзя?

Дорофеев С. Б. Да потому что это соблазн – купить, легко приобрести табак, остается. Понимаете? Это самое плохое, что может быть.

Из зала. У меня по пять магазинов вокруг каждого киоска.

Дорофеев С. Б. Ну, слава богу, сеть эта не везде есть. Россия – же ведь это ещё не Москва. Нет, не только Москва, я думаю, что это гораздо больше.

Председательствующий. Слово предоставляется Дёмину Андрею Константиновичу, который, действительно, очень много научно изучает проблемы табака.

Дёмин А. К. Спасибо. Я очень коротко. Вы знаете, мне кажется, что формат слушаний не соответствует обязательствам Российской Федерации по рамочной конвенции. Есть статья 5.3, есть понятие: «конфликт интересов». У нас здесь опять сидит табачная индустрия со своими прихвостнями, и опять нам пудрит мозги.

Председательствующий. Андрей Константинович, вот это не надо. Когда обсуждается закон, не лезьте, парламент создан для обсуждения всех вопросов, это не тусовка антитабачная. Поэтому не надо, я делаю вам замечание.

Дёмин А. К. Ну извините. Я, может быть, несколько заострил. Почему я это сказал? Вы меня поймите тоже правильно. Я никого не хочу обидеть, мы живём в одной стране, у нас общий интерес, чтобы было всё хорошо, самое главное, чтобы все были живы, здоровы, меньше мучились и так далее. Здесь правильно было сказано, а что же всё-таки вот эти периодические циклы раз в 10 лет и что было раньше. Я взял на себя труд, к сожалению, никто до меня не взял, тяжёлая была работа, мы документировали из 2 тысячач источников, многие эту книжку уже видели, всё от первого парохода, который приплыл из Англии, до наших дней, до наших поисков эффективного законодательства.

Какая картина получается? Что как только мы теряем бдительность и табачная индустрия начинает проводить свои интересы, страна теряет, мы все теряем, и поэтому я, извините, может быть, несколько не в формате начал с такого заявления.

Действительно, здесь очень много интересов. Мы видим здесь документировано совершенно чётко и ответственно проникновение табачного бизнеса в Российской Федерации широкое, в органы госуправления, в бизнес-сообщества, в гражданское общество, нашу даже гуманитарную помощь

перехватывает зарубежную, направленную на противотабачную работу. Вот такие факты деятельности табачной индустрии.

Поэтому я всё-таки считаю, что есть конфликт интересов и в нашем законе мы находимся в особой ситуации, вот эти документы нам показали, что мы стали ведущей производственной площадкой, мы стали центром глобального управления для многих иностранных табачных компаний. Заканчивать надо с этим, потому что нам необходимо внести в закон чёткие положения современные по конфликту интересов. Извините, если вы представляете интересы табачной индустрии или каким-то образом с этого что-то имеете.

Вот у мусульман есть понятия по алкоголю, там все виноваты не только тот, кто пьёт, тот, кто это сделал, тот, кто ему принёс и кто продал. Все виноваты и все несут ответственность. У нас же получается, опять говорим: борьба с табаком, борьба с курением, борьба с тем, борьба с сем. Ну извините, пожалуйста, сидит социально безответственная опасная индустрия, в разговорском режиме куёт свои меры про продвижению, мы нашли факты – до 1 миллиарда долларов расходует на продвижение ежегодно, и вот мы давайте будем с ними ещё дальше советоваться. Я категорически против. Давайте запишем норму нашего закона, всё, что касается конфликта интересов и денормализации социально опасной табачной индустрии, производящей социально опасный продукт. Действие суммарно является основой демографической катастрофы в нашей стране. Давайте про это не забывать.

Председательствующий. Слово предоставляется Сергею Федоровичу Вельямкину. Пожалуйста.

Вельямкин С. Ф. Я не буду ранжировать вопросы по значимости, но уж позвольте, Николай Федорович, ремарки на те выступления, которые были.

Значит, первое. Вот я прямо буду зачитывать, как есть, назовем её арифметикой: «В одной торговой точке занято от трех до пяти человек. Скажите, сколько человек работает в 118-ти и в 85 тысячах павильонах?» Я 118 тысяч умножаю на три – это достаточная цифра для киоска или туда в принципе больше народа может поместиться?

Предположим, что у нас в киоске работают три человека. 354 тысячи рабочих мест – вот это ровно та цифра, которую нам называли в качестве потерь малого бизнеса от введения антитабачного закона. По всей видимости это означает, что киосков в стране после введения этого закона не будет в принципе, и никакими другими товарами они не будут торговать. Возможно, он вас не устраивает, но это мой ответ.

«Какова эффективность запрета продажи сигарет в киосках при возможности покупать сигареты в стационарных магазинах? Или сигареты, продаваемые в крупном ритейле, не убивают?» – вопрос. Я здесь только к Сергею Борисовичу могу присоединиться: точно так же убивают. И если бы итогом парламентских слушаний было предложение вообще запретить продажу сигарет, вы знаете, я, наверное, как представитель ведомства, отвечающего за здравоохранение, был бы только «за». Но мы сейчас исходим из того, что у нас 40 процентов населения курят и, несмотря на то что здесь звучало, права этих людей на получение... мне сложно назвать это товаром, товар – это то, что я покупаю по своей воле. И товар – это основной принцип закона «О защите прав потребителей», то, что не причиняет вреда жизни и здоро-

вью, будучи использованным по прямому назначению. Сигареты под это определение никак не попадают, там нет автономии воли. Я нахожусь в никотиновой зависимости, я не делаю этот выбор свободно, это доза, которую я, как наркоман, должен получить.

Из зала. Это ваше мнение.

Вельмайкин С. Ф. Это мое мнение, конечно. Это мой ответ на вопрос. Да, а я, собственно, и отвечаю на вопросы.

«Так, почему для малого бизнеса Минздрав убрал отсрочку 18 месяцев, а для крупных сетей нет?» Какую отсрочку вы имеете в виду, просто уточняю?

Из зала. (Не слышно.)

Вельмайкин С. Ф. Отсрочка на введение вот этого запрета? Я вам здесь могу сказать только одно, мы этот вопрос принципиально обсуждали в правительстве с участием, в том числе и представителей табачной промышленности и Российского Союза промышленников и предпринимателей. Наверное, некий переходный период для того, чтобы у малого бизнеса была возможность продать свои товарные запасы, мы в законе предоставим. Но при этом надо сказать, что, опять же статистика, средние товарные запасы у нас в стране на текущий год оцениваются в один месяц. Поэтому говорить о том, что там какие-то они большие будут, наверное, не совсем правильно.

«Если курение убивает, почему не запретить продажу сигарет повсеместно, а разрешить только тем, у кого нет лоббистов на высшем уровне?» Вы знаете, я как-то не готов отвечать на этот вопрос, вы уж меня извините, про лоббистов на высшем уровне у крупных сетей не знаю, извините, правда, не знаю.

И последний вопрос. «В киоске нельзя поставить вэб-камеру?» Вы знаете, я чуть шире на него отвечу. Конечно, можно. Точно так же, как господин Варварин здесь выступал, и в качестве предложения, достижения, плюсом к закону предложил нам дать право требовать документы. Скажите, разве этого права сейчас у продавцов нет? Разве сейчас запрет на продажу товаров табака несовершеннолетним не действует? Или надо дать право продавцу соблюдать закон? Вот, по сути, об этом. Коллеги, что вам мешало все эти годы, десять – одиннадцать лет действует антитабачный закон, автор которого сидит справа от меня, он действует. Кто мешал киоскам, при всём уважении к их бизнесу, этот закон соблюдать? Если бы таких вопиющих фактов не было, конечно, наверное, сейчас не стоял бы вопрос о том, что нужно этот сегмент рынка таким образом ограничивать.

Теперь по выступлению. Максимов Владлен Георгиевич, «ОПОРА России», короткая ремарка: почему мы не взяли в пример другие страны, где, в том числе торгуют и маленькие магазины.

Вы знаете, давайте брать тогда комплексно в пример другие страны. Вот есть такая небольшая страна, где маленькие магазины, Австрия, Вена. Попробуйте в Вене купить сигареты. Знаете, я был там в командировке какое-то количество лет назад, когда ещё курил сам, это просто, извините, с ума сойти можно, прежде чем там найдёшь место, где можно купить сигареты. Ни в одном магазине вы их не купите. Нигде на улице вы их не купите. В каких-то подворотнях специализированные действительно табачные лавки, лицензируемые, против чего у нас активно выступают поборники снятия административных барьеров, и только там вы можете затариться табаком. Впрок, не впрок, блок взять, коробку, но только там. Давайте комплексно решать.

Из зала. Вот так сделайте и у нас. Кто против этого?

Вельмайкин С. Ф. Далее. Пепеляев Сергей Геннадьевич. Знаете, коллеги, вот Николай Фёдорович побольше знает меня, я, в принципе, так или иначе участвую в различного рода написании и проведении законопроектов в Государственной Думе уже 11 лет, и на протяжении всех этих 11 лет, когда аргументы заканчиваются, всегда звучит аргумент «сам дурак». Всё хорошо, только текст непрофессиональный, написан плохо, дилетантами и студентами. Коллеги, много раз слышал, честно, абсолютно не трогает. Вот если есть конкретно что сказать и конкретно что предложить для улучшения текста законопроекта, готовы обсуждать. А аргументы типа вот полная помойка и выкинуть надо, честно, даже не тратьте силы и ресурсы.

Далее. По поводу сигарет про запас. Вы знаете, конечно, сигареты можно купить про запас. Давайте всё-таки не пытаться фантазировать на тему того, каким образом себя ведёт потребитель.

Отсутствие в законе про медицинскую помощь. Вы знаете, в законе на самом деле есть про неё. Но вот Сергей Геннадьевич, к сожалению, ушёл. Я его хотел поздравить с тем, что он, наконец-то, включился в оценку законодательства о медицинской помощи. А вот опять сидящий рядом со мной Николай Фёдорович, и Сергей Борисович Дорофеев, с которыми мы некоторое время назад очень бурно принимали закон об основах охраны здоровья граждан, наверное, подтвердят, что все те нужные слова, которые есть про медицинскую помощь, есть в базовом законодательном акте на эту тему.

На самом деле я это как критику воспринимаю. Если мало, мы напишем и про медицинскую помощь ещё в этом законе.

Далее. Вадим Алексеевич вернулся, спасибо. Я думал, вы ушли, честно говоря, расстроился. Господин Варварин упоминал по поводу минимальной цены. Действительно, нигде в мире минимальная цена в качестве инструмента не используется. Просто ни одна другая страна в мире с Таможенным союзом, с Беларусью и Казахстаном не связана. А там, к сожалению, у государств, при всем уважении к ним, к политике их правительства и к их суверенитету, пока у правительств не хватает силы воли для того, чтобы проводить нормальную акцизную и антитабачную политику. Поэтому нам эта мера на переходный период, пока мы не договоримся с соседями по Таможенному союзу, нужна, именно минимальная цена.

Меня здесь упрекали в том, что я закон недостаточно хорошо знаю. Я его знаю, поверьте, местами даже слишком. Мы предусмотрели право собственника такого рода зданий и сооружений устанавливать специально оборудованные места для курения. Мы сделали изъятие только для учреждений медицинских, образовательных и так далее. То есть там курить нельзя будет totally. А что касается, например, завода, конечно, на нем можно будет оборудовать курилку.

И вот здесь прозвучал тезис, я не помню, кто его сказал, что мы предполагаем, что через год или через два у нас не останется курящих людей. Ну, Господь с вами! Конечно, мы так не думаем. Мы на самом деле стоим ещё не в начале, предпринимались меры и раньше, там степень их эффективности по-разному оценивается. Но несильно далеко от старта ушли очень большого пути. И вот с этих 40 процентов потребления табака нам очень долго идти нужно, хотя бы до средневропейских 24.

Поэтому права тех людей, которые сейчас курят, это их идейный выбор. Никотиновая зависимость, от которой они не могут избавиться. Мы им помощь предлагаем, но при этом, если это их выбор, да, они будут иметь возможность потреблять свой никотин, не нарушая при этом права других на чистый воздух.

И последнее, что хочу сказать уже, извините, от себя, перед тем как Николай Федорович подведет итоги. Данные Минэкономразвития о численности трудоспособного населения, причем до 2025 года. Это уже не прогнозы, это те дети, которые уже сейчас родились и в детский сад ходят. То есть никаких фантазий.

У нас с вами за ближайшие 13 лет численность трудоспособного населения сократится на 9 миллионов человек. Причем это сокращение в ближайшие четыре года будет происходить на миллион ежегодно. Просто давайте в эти цифры вдумаемся. Я все понимаю про экономические интересы, про права курильщиков, про то, что мы должны дать возможность малому бизнесу развиваться.

У меня, кстати, призыв к малому бизнесу и к тем, кто координирует его на федеральном уровне. Коллеги, давайте вместе подумаем. Может быть, мы можем помочь малому бизнесу перепрофилироваться и торговать чем-то другим? Понятно, что торговать цветами проблемнее. Почему? Скоропортящийся товар, капризный и понятно, что продать блок сигарет гораздо проще. Но давайте мы поймем, что у нас на одной чаше весов – экономические интересы, а на другой чаше – уже даже не здоровье, это просто вымирание, реально вымирание.

Председательствующий. Уважаемые коллеги, подходим к завершению.

Первое. Я хотел сказать, что любой парламент мира парламентские слушания проводит, чтобы (я имею в виду демократические парламенты, а не в странах диктатуры), услышать все точки зрения, включая точку зрения меньшинства, которое, допустим, защищает курение. И поэтому нельзя говорить, что нельзя приглашать. Это не тусовка. Это серьезное государственное дело.

Вот мы сидим и с Сергеем Фёдоровичем обменивались мнениями. Может быть, на селе 25 метров можно и допустить. Можно просто обозначить без количества квадратных метров. Потому что действительно, если в деревне, в селе, одна-единственная там точка. И развездной нельзя, если есть стационар, и там нельзя. Поэтому здесь есть, над чем подумать.

Второе. Некоторые тут выступали. Вот Сергей Борисович предлагает, допустим, запретить продавать сигареты не ближе, чем 500 метров, кто-то ещё – километр.

Когда вводили эту норму, просчитали, что в Москве даже 200 метров нельзя вводить, потому что через каждые 150 метров есть магазины. Поэтому можно написать что угодно, но вопрос в том, будет она реализовываться или не будет.

Следующее. Я уже говорил о том, что есть определённые недостатки в законе. Не бывает абсолютных законов. И Шабашов говорил, и другие, что нельзя курить в лечебных учреждениях.

Так же, как я не поддерживаю, допустим, Желнина Вадима Алексеевича, когда он предлагает для больных делать курительную комнату. Тоже нонсенс.

Привыкайте, что скоро (и я считаю, это очень важно) у человека, который курит, у него должна быть дороже страховка. Он заранее идёт на то, что бу-

дет чаще болеть. Ему могут отказать в плановой помощи, потому что смысла нет ставить стэнт, если он продолжает курить.

Я сам курил 30 лет. Уже не курю 15 лет. Я знаю, как в больницах всё это делается. Многие ложатся в больницу даже, чтобы бросить курить. Часто бывает так. Как мужик, пока гром не грянет, не перекрестится. И создавать курительные комнаты для этого просто нельзя.

Поэтому кто говорит, что закон нужно принимать таким, как он есть? Это самый худший вариант. Всегда, когда мы принимаем законы, смотрим все их стороны. Так?

И следующее. Очень важно, чтобы закон заработал. Я с этого и начинал разговор. Вот мы проводили (Всемирная организация здравоохранения) совещание с экспертами. Чтобы закон заработал, нужны механизмы. В этом законе практически механизмов нет. Там только в основном нормы непрямого действия. Поэтому, когда говорят, что давайте через три года – это работа вхолостую.

Это самый лучший подарок производителям табака, если мы не будем принимать закон. Это самое главное, потому что этот закон даже легче пропустить. А лоббистов не там ищут, не в Думе Государственной, когда говорят о том, что вы проверьте, что он представил, что он сделал именно сейчас. А в других местах, которые будут противодействовать внесению в КоАП штрафов, в акцизы, в рекламу, и другие, и другие.

Поэтому Комитет по охране здоровья поддерживают данный законопроект.

И второе, очень важное и, кстати, опять же надо знать технологию законодательства по Регламенту Государственной Думы и правительства: если закон не прямого действия, всегда (и уже было записано) вносятся законы, которые регулируют нерешенные проблемы. Это понятно? Поэтому очень важно – обращение в правительство, чтобы в наиболее короткое время был внесен один закон, который, как у нас часто называется: «О внесении изменений и дополнений в такие-то законы: КоАП, реклама, Таможенный кодекс, закон «О торговле» и так далее, так далее.

К сожалению, ещё вот здесь тоже нет, многие не говорили, у нас перестали лицензироваться производство и продажа табака, которые во многих странах лицензируются. Если в ряде стран наказания такие, чего боятся все продавцы, владельцы ресторанов? Штраф и отъем лицензии на продажу. Закрывается. Вот это тоже важный момент, которого здесь не хватает.

Поэтому мы проект рекомендаций, который вам рздали, все, наверное, его прочитали, доработаем. Но два главных предложения я озвучил. И самое основное – это в кратчайшее время, когда это будет – ко второму либо к третьему чтению внести хотя бы в план тех законопроектов, которые будут в ближайшее время доработаны.

И самое главное – чтобы эти законопроекты, которые будут включать механизм работы этого закона, должны быть приняты в течение 2013 года. Иначе просто закон не будет работать. А если закон не будет работать, как вот говорил Максим Мищенко, а лишь через три года, то тогда можно похоронить весь этот законопроект.

Всё. На этом всем спасибо.

Рекомендации парламентских слушаний

Современная Россия является одним из мировых лидеров по уровню курения. Сокращение объемов потребления табака и уровня заболеваний, связанных с курением, является одной из ключевых задач здравоохранения, стоящих перед государством.

Первым шагом в борьбе с курением стало принятие в 2001 году Федерального закона № 87-ФЗ «Об ограничении курения табака». Данный документ регулирует деятельность по производству и торговле табачными изделиями, запрещает продажу табачных изделий несовершеннолетним, содержит запрет курения табака на рабочих местах, в городском, пригородном и на воздушном транспорте, в спортивных, образовательных, культурных учреждениях, в организациях здравоохранения, помещениях, занимаемых органами государственной власти. В соответствии с законом запрещаются розничная продажа сигарет с содержанием менее 20 штук сигарет в каждой упаковке (пачке), поштучная розничная продажа сигарет и папирос, а также продажа табачных изделий с использованием автоматов; запрещается розничная продажа табачных изделий в организациях здравоохранения, организациях культуры, физкультурно-спортивных организациях и на территориях и в помещениях образовательных организаций, а также на расстоянии менее чем сто метров от границ территорий образовательных организаций.

В 2008 году Россия ратифицировала Рамочную Конвенцию ВОЗ по борьбе против табака (далее – РКБТ).

В 2010 году была принята Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 – 2015 годы Правительством РФ, разработанная в соответствии со статьей 5 РКБТ ВОЗ. Концепция ориентирована на создание условий для защиты здоровья россиян от последствий потребления табака и воздействия табачного дыма и содержит положения, направленные на снижение потребления табака.

31 октября 2012 года согласно Указу Президента Российской Федерации и во исполнение Концепции Правительства РФ в Государственную Думу РФ был внесен проект федерального закона Минздрава РФ «Об охране здоровья населения от окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» (далее – Законопроект). Законопроект направлен на совершенствование законодательства в сфере охраны здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака.

Документ вводит новый понятийный аппарат, характеризующий значимые для сферы борьбы против табака дефиниции, которые требуют однозначного толкования в целях формирования единой правоприменительной практики с учетом специфичности области регулирования. К таким определениям относятся «курение табака», «окружающий табачный дым», «последствия потребления табака» и др.

В законопроекте приводится разграничение полномочий между органами власти разных уровней в области охраны здоровья населения от последствий потребления табака, определяются права и обязанности граждан,

индивидуальных предпринимателей и юридических лиц, предусматривается проведение мониторинга и оценки эффективности реализации мер, направленных на предотвращение воздействия табачного дыма и снижение потребления табака.

Законопроектом предусмотрено установление требований к упаковке и маркировке табачных изделий, которое будет осуществляться в соответствии с законодательством Российской Федерации о техническом регулировании.

В качестве важной меры, направленной на охрану здоровья населения от воздействия табачного дыма, законопроект предусматривает просвещение и информирование населения о вреде потребления табака и вредном воздействии табачного дыма, которое планируется осуществлять посредством программ образования и информационных кампаний в средствах массовой информации.

Законопроект включает положения об оказании медицинской помощи населению, направленной на отказ от потребления табака и лечение табачной зависимости. Указанная помощь будет осуществляться в соответствии со стандартами и порядками, установленными Минздравом России, что создаст основания для внедрения современных подходов к оказанию медицинской помощи населению, направленной на отказ от потребления табака и лечение табачной зависимости. Такие положения законопроекта базируются на предписаниях статьи 14 РКБТ, которая возлагает на Стороны обязанность по принятию эффективных мер для обеспечения адекватного лечения табачной зависимости.

Законопроект предусматривает полный запрет курения в общественных местах, на рабочих местах и в рабочих зонах, в помещениях общего пользования жилых многоквартирных домов, на территориях детских площадок, пляжей, который будет введен поэтапно до 1 января 2015 года. Документ предусматривает оставить право продажи табачной продукции и табачных изделий только за стационарными торговыми объектами, площадь которых превышает 50 кв. м (в городах и поселках) и 25 кв. м (в сельских населенных пунктах и вне их). Положение законопроекта об ограничении оптовой и розничной торговли табачной продукцией и табачными изделиями содержит запрет на продажи на открытых территориях и в помещениях железнодорожных вокзалов, автовокзалов, аэропортов, морских и речных портов.

Следует отметить, что проект федерального закона по ряду новелл является законом непрямого действия. Ряд статей содержит отсылочные нормы (например, статья 13 о регулировании состава табачных изделий и установлении требований к упаковке и маркировке табачных изделий). Обращает внимание, что проект в части своих статей регламентирует нормы, содержание которых относится к вопросам Налогового (статья 12 рассматриваемого законопроекта об установлении минимальных розничных цен на табачную продукцию), Трудового (статья 19, вводящая запрет продажи табачной продукции несовершеннолетними – эта норма есть в Трудовом кодексе) и Таможенного (статья 17, регламентирующая вопросы ввоза и вывоза табачной продукции) кодексов Российской Федерации, а также Федерального закона «О рекламе» (реклама табака закреплена статьей 23 ФЗ «О рекламе», в тексте закона отражены вопросы спонсорства), Федерального закона «Об ос-

новах государственного регулирования торговой деятельности в Российской Федерации» (статья 18 законопроекта регламентирует вопросы выкладки и демонстрации табачных изделий).

Некоторые предлагаемые нормы запретительного характера уже действуют, а законопроект предлагает вступление их в действие даже не с момента вступления в силу закона, а в отсроченном порядке (с 1 июля 2014 года запрет на курение на территориях и в помещениях, предназначенных для оказания медицинских и санаторно-оздоровительных услуг, а также на воздушных судах). Кроме того, непонятно, почему курение на территориях и в помещениях, предназначенных для оказания услуг в системе образования, услуг учреждений культуры и учреждений органов по делам молодежи, услуг физической культуры и спорта запрещается с момента вступления закона в силу, а в помещениях, предназначенных для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, только с 1 января 2015 года.

Представляется, что для эффективной реализации этого закона необходимо внести изменения и дополнения в перечисленные законодательные акты, а также в Федеральные законы «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» и «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и в нормативные документы отдельных министерств и ведомств.

Обсудив доклады и выступления, участники парламентских слушаний **рекомендуют:**

Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации:

– в целях дальнейшей борьбы с потреблением табака с учетом высказанных замечаний и предложений подготовить к принятию проект федерального закона «Об охране здоровья населения от окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

Правительству Российской Федерации:

– в максимально краткие сроки разработать и внести в Государственную Думу изменения в законодательные акты (Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях, Федеральные законы «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации», «О рекламе», «Об основах государственного регулирования торговой деятельности в Российской Федерации» и т.д.) в целях эффективного правоприменения федерального закона «Об охране здоровья населения от окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» после его принятия;

– поручить министерствам и ведомствам привести нормативные акты с соответствие с требованиями федерального закона «Об охране здоровья населения от окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

**Материалы парламентских слушаний
на тему «Законодательное обеспечение государственной
политики в области детского, лечебного
и профилактического питания»**

СТЕНОГРАММА
парламентских слушаний

*Здание Государственной Думы. Зал 830.
15 ноября 2012 года.*

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

Председательствующий. Я приветствую всех присутствующих, и выражаю большую благодарность за тот интерес, который проявлен к нашим парламентским слушаниям. Но, я думаю, что сказать, что это наши парламентские слушания – это очень условно. Потому что нет в Российской Федерации человека, которого бы вопрос, который мы сегодня обсуждаем, не волновал. Потому что мы-то обозначили, что государственное обеспечение, вернее, законодательное обеспечение государственной политики в области детского, лечебного и профилактического питания – это, действительно, огромная область. Но, по сути дела, если бы мы назвали наши парламентские слушания о качестве питания, то, я думаю, мы бы не очень погрестили против истины. Потому что, хотя мы разделяем на различные виды и понимаем, что лечебное питание, профилактическое, а тем более детское – это очень важные сферы, но питание, вообще – это то, что мы ешь.

Я сразу хочу нацелить вас на следующее. По сути дела, у нас с вами две проблемы. Первая – это создание перечня тех проблемных зон, которые на сегодняшний день существуют в законодательном, прежде всего, обеспечении, вообще в нормативном обеспечении, в контроле, в организации контроля, то есть институциональные вопросы, связанные с обеспечением качества питания, но мы говорим в первую очередь детского, профилактического, лечебного, но вообще о питании в Российской Федерации.

Дело в том, что в настоящее время накопилось достаточно много противоречивых тенденций, которые, скажем так, мешают нам даже реализовать те нормы, которые на сегодняшний день есть. Это и маломощность тех диагностических центров, которые позволяют проводить широкий комплекс анализа пищевых продуктов любой категории. Это и определённый, скажем так, рыночный нигилизм, который выражается в том, что с целью прибыли некоторые структуры допускают сознательное нарушение тех правил и норм, которые, в общем-то, казалось бы, давно утвердились и так далее.

Кроме того – это научное обоснование тех или иных нормативов при анализе качества продуктов питания. То есть, другими словами, мы должны ответить на вопрос, и это должно быть зафиксировано в решении наших парламентских слушаний, что нужно предпринять организационно для того, чтобы навести порядок в уже имеющейся ситуации, подкреплённой нормативной базой. То есть, мы должны сказать: вот там, вот там у нас плохо, нужно сделать то-то, то-то и то-то.

И вторая часть наших парламентских слушаний – это проблема развития, то есть, а что мы должны сделать, прежде всего, в нормативном регулировании, для того, чтобы обеспечить гарантию качества пищевых продуктов, ну и, прежде всего, детского питания.

И тут у нас возникает целый ряд вопросов, которые находятся на грани науки, на грани администрирования вообще и здравоохранения, и природоохранной деятельности, и охраны потребителей. Это вопросы, которые связаны с тем, по каким принципам, какие принципы мы должны в нормативную базу заложить, которые бы обеспечили нам эффективное развитие качества питания.

Но я приведу только один пример, хотя, я думаю, вы будете приводить примеров гораздо больше. Вопрос регионализации, в том числе и лечебного питания: сколько белков нужно на юге страны, сколько белков нужно в северных регионах.

Понятно, что мы большая страна. Мы сейчас, я думаю, не будем вдаваться в микроэлементные, скажем так, характеристики питания, но какие-то наиболее крупные, принципиальные позиции, которые необходимо на сегодняшний день нормативно оформить, я думаю, по крайней мере, подходы к этим позициям мы можем заложить в рамках наших парламентских слушаний.

Позвольте мне пожелать нам всем успешной работы и предоставить первое слово Прокопьеву Александру Сергеевичу, депутату Государственной Думы, члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья. Пожалуйста.

Прокопьев А. С. Сегодня поднимается принципиальная, серьёзная тема – это специализированное питание. И так, как сегодня в госполитике существует принципиальный тренд на формирование здорового образа жизни, на пропаганду здорового образа жизни, эти слушания, действительно нам сегодня принципиально необходимы.

Говорить о здоровом образе жизни, в отрыве от здорового питания, действительно сегодня нельзя, потому что мы наглядно видим из документов, из аналитики, каким образом сегодня формируется спектр заболеваемости. И элементарно зависимый способ, фактор заболевания, он несёт действительно существенную роль, такие заболевания, как сердечно-сосудистые, в том числе ожирение, потому что 55 процентов сегодняшнего населения Российской Федерации, взрослого населения, старше 30 лет, действительно имеют избыточную массу тела.

Также такие острые моменты, связанные с онкологией. И всё это в принципе недостаток микроэлементов, витаминов, минералов и в принципе несбалансированный рацион.

В принципе Сергей Вячеславович правильно заметил: сегодня на рынке существуют множество, так скажем, специализированных продуктов для то-

го, чтобы наши граждане могли, старались восполнить свой рацион и, так скажем, избежать факторов риска. Но тем не менее элементарно зависимый фактор заболевания сегодня наносит серьёзный ущерб национальному здоровью.

Что мы имеем из основополагающих документов. Это Доктрина продовольственной безопасности, Основа государственной политики Российской Федерации, Федерации в области здравоохранения, в области здорового питания населения на период до 2020 года, и указ президента о совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения от 7 мая 2012 года.

Все эти документы, действительно, в той или иной степени, регулируют сегодня и рынок питания, и в целом нормативные программы, нормы, нормативные акты и методические рекомендации, в той или иной степени, по отдельности регулируют этот рынок.

Но действительно, на мой взгляд, чтобы создать необходимую нормативную базу для того, чтобы мы продвигали, и как Сергей Вячеславович опять же правильно заметил, смотрели в будущее, с точки зрения рынка, нам необходим отдельный документ, возможно, или обеспечить это может отдельный законопроект, единый пакет поправок подзаконных актов, действующие нормы с целью создания единых правил по совершенствованию системы здорового и оптимального питания.

Председательствующий. Я хочу предоставить слово Виктору Александровичу Тутельяну, академику, директору ФГПУ «НИИ Питание» РАН.

Тутельян В. А. Я в первую очередь хочу сказать и передать слова приветствия от Ивана Ивановича Дедова и поблагодарить за то, что собрали такое огромное количество людей. И этот комитет, в отличие от многих других, а мне приходилось выступать, конструктивно, креативно и, самое главное, объединяющий вот эти ведомственные, микроведомственные и ультрамикроведомственные барьеры здесь не воспринимаются и, наоборот, только за объединение.

Вы посмотрите, вот эта вся наша жизнь, вот эта красная прерывистая и не прерывистая линия. И питание важно на всех этапах, не с момента рождения, и даже до момента зарождения жизни. То есть, если мама, даже ещё не знает, что она беременна, а теоретически предполагает, что это может быть, она должна заниматься своим питанием, потому что дефицит даже какого-то одного соединения может привести к пагубным последствиям: смерть или уродство и нездоровье на всю жизнь в первые 3–5 дней беременности.

Поэтому первый период, до зачатия, период беременности, это самая ответственная часть, когда любое нарушение в питании может привести к серьёзным последствиям на всю оставшуюся жизнь. Первые тысяча дней, это сейчас самый модный термин, тысяча дней, то есть три года жизни, которые формируют здоровье и в 50, и в 60 лет. Доказательная медицина показала: нарушение питания в первые 3 года жизни и все сердечно-сосудистые, онкологические заболевания в 50–60 лет уже. Естественно, в течение всей жизни для поддержания работоспособности и адаптационного потенциала, дабы мы были защищены, а природа об этом позаботилась, а мы сами должны с помощью питания поддержать те системы защиты, это глубокоэшелонированная оборона. Это антиоксидантный статус, и иммунитет, и первая-вторая фаза метаболизма ксенобиотиков – защита. Нет каких-то компонентов питания, и это провал, и провал со стороны здоровья. Ну и так до старости.

Дальше мы смотрим, первый год жизни. Вы видите, вот здесь представлено оптимальное питание тысячи дней жизни – здоровье на всю жизнь. Есть подходы, есть... Ребёнок, мы должны понять, я ещё раз обращаюсь к законодательной ветви власти, мы должны у нас в России сделать так, чтобы любой ребёнок, независимо от кармана отца и матери, бабушки и дедушки, был обеспечен полным набором, по крайней мере, три года. Тогда здоровье нации будет обеспечено в какой-то степени.

Больно смотреть, поверьте. Стоишь где-то в очереди, перед тобой берут детское питания и вдруг говорят: мне вот это. Там же написано, что это с 6-ти месяцев, а у вас 4 месяца. Ну, это дорого, или так далее, так далее. Не должно такого быть. Обеспечены полной гаммой продуктов, иначе мы с вами теряем здоровье.

Вот здесь показано, что продукты нашей индустрии, они используются в питании детей первых двух лет жизни и показывают, насколько более эффективно они и усваиваются, и обеспечивают пищевой статус. Нет этих продуктов... Часто, опять-таки, мамы, бабушки, дедушки: а что лучше? Допустим, морковку пойти взять на рынке, потерять и дать свежую. Надо делать то, что делает индустрия, потому что создана система, определены экологически чистые зоны. Вот это вся цепочка, и это у нас в стране уже сделано и есть.

Вот, видите, здесь представлена гамма тех продуктов, которая должна быть для обеспечения здоровья детей: и продукты – заменители женского молока, и продукты прикорма, и далее продукты лечебного питания. Потому что для ребёнка это вопрос жизни и смерти в буквальном смысле слова.

Стоимость. Посмотрите, мы попытались посчитать. Для обеспечения это примерно 1,5 миллиарда рублей. Всего. Это копейки по нашим возможностям. Одна, наверно, скважина какая-нибудь нефтяная или газовая может обеспечить всех наших детей в течение первого года жизни, по крайней мере.

Посмотрите, что мы делаем с детьми дальше. Вот эти западения, это интегральный показатель здоровья детей. Школьный период, именно с 7-ми лет до 17 лет, вот это западение, и только потом мы начинаем выравнивать, когда уже они сами начинают или зарабатывать или как-то подрабатывать, а школьные годы – это, к сожалению, потеря здоровья. Вот здесь показано: и дети с недостаточной массой тела, и дети с избыточной массой тела, пандемия ожирения на нас идёт, надвигается, и это есть. Оптимизация питания детей дошкольного и школьного возраста, очень серьёзные проблемы, и здесь надо забыть, что наука дает. Наука дает, что нужно ребенку: белки, жиры, углеводы, витамины, минеральные вещества. Дальше это переводится на язык «продуктовый набор». А дальше – это муниципальный уровень. Это уровень даже отдельной школы, как из этого набора сделать вкусно и хорошо. Привлечение родителей. Что сделала Москва? Пренебрегла подготовкой населения к новым, где, да, надо снизить потребление соли, да, нужно снизить потребление жира, да, нужно снизить потребление сахара. Дети не едят, а родители бунтуют. А на самом деле это правильные, общие международные требования, закреплённые и в политической декларации ООН прошлого года, и в нашей министерской конференции. Не подготовили, и вот начинаются всякие скандалы, вплоть чуть ли не бунтов.

Сколько стоят все дети школьного? 12 миллиардов рублей, организация школьного питания. Дворкович организовал рабочую группу, где все вместе многие здесь присутствующие активно работали в этой группе. Сделали, стандарт не получается, потому что территория огромная. Но методические рекомендации как составить? Не научной основе разработано, проведены на порядка 10 миллиардов рублей в течение трех лет пилотные в разных областях, где-то лучше, где-то хуже, огромная работа проведена. Но всеобщего пока в полном объеме не получилось.

Ну, вот посмотрите. Мы говорим сейчас, это везде записано: здоровый образ жизни и первичная профилактика неинфекционных заболеваний. 30–50 процентов причин – сердечнососудистые, ожирение, сахарный диабет, остеопороз, подагра, онкология – связано с нарушением питания. Почти половина здорового образа жизни – это здоровое питание, физическая активность.

Посмотрите, вот наши с вами реалии сегодня. Это 15 тысяч семей регулярно каждый год проверяются, мониторируются, и вот ваши результаты, посмотрите. Жиры много, сахара много, соли много. Все микро..., витамины, минеральные вещества, йод в том числе, значительно пищевые волокна ниже рекомендуемых величин.

Ну, достаточно сказать, что овощей и фруктов едим мало, меньше 300 грамм на человека в день в среднем. Значит, кто-то вообще не ест, кто-то есть чуть больше. Это при минимуме рекомендации 600 грамм. Отсюда целый ряд очень серьезных проблем. Вот они, основные нарушения. Может, вам видно, мне нет, но это избыточное потребление животных жиров, холестерина, сахара, недостаточное поступление витаминов, мало пищевых волокон. Вот из того графика здесь это в письменном виде.

А вот причина. Избыточное потребление жира. Посмотрите, ожирение повсеместное. В целом по стране 26 процентов. В Московской области и, по-моему, в Калужской, если я не вру, 33–34 процента населения. Ожирение. Это не избыточная масса тела, а это ожирение.

Вот посмотрите, доказательная медицина. Анализ этих данных и заболеваемость онкологией, сердечнососудистыми. Прямая корреляция. И только с жиром. Не углеводы, не белки, а жир.

Ну, вот требования к составу пищевых продуктов массового потребления. Это то, что международные. Это не какой-то там институт питания, не просто Россия, а это международные, общепризнанные, научно-обоснованные требования. Вот здесь они написаны. Снизить содержание потребления соли, это профилактика первичной гипертонии, обеспечить потребление йода, это профилактика дефицита, будем говорить, или понижения нашего с вами интеллектуального потенциала страны в целом. Вот 10 лет назад или 15, когда мы перешли на новый образ жизни, когда забыли ЦК КПСС и Совмина постановление, которое обязывало йодирование соли обязательное, забыли, пошли вверх проблемы со щитовидной железой.

Онищенко вызывает к себе солевиков, говорит, почему нет йодированной соли? Да мы готовы, дайте нам, мы купим сейчас три килограмма йода в Мексике, и миллион тонн соли будет йодированной. Почему не делаете? Торговля не спрашивает. Зовём торговлю, торговля говорит: нет спроса. Кто виноват? Мы, врачи, мы не научили потребителя, потребитель не спрашива-

ет. Вот до сих пор мы не расхлебали эту проблему, весь мир. Да, есть альтернативные источники, но йод, соль, дайте йодированную соль, убедите всех, что ею солить огурцы и помидоры тоже можно и, как закуска, это наоборот даже лучше.

Вот посмотрите, основные категории и группы функциональных пищевых продуктов. Как нам выйти вообще из этой ситуации, что нам нужно сделать? Четыре пути, других путей мир не придумал. Либо для того чтобы удовлетворить наши потребности в микронутриентах, четыре пути. Первый – назад к природе, и бегай и ходи по шесть часов в день ежедневно, бегай по три часа, занимайся, доведи до 3500 килокалорий энерготраты и ешь натуральные продукты – всё получишь. Нет у нас на это времени, нет желания, блага цивилизации в нас погрузили 2000 килокалорий. Кто бы, что бы ни говорил, никому не верьте: держитесь за дерево, впитывайте энергию – бред, только с пищей можете получить. Но с пищей надо что-то делать. Давайте подстегнём природу, и он будет больше синтезировать нужных нам, полезных вещей, генетически модифицированные источники пищи. Не хотите – технологически модифицированная пища, это то, что мы в любом супермаркете сейчас видим: подошли, убрали жир, в молочные продукты добавили витамины, добавили пищевые волокна, но трудно за этим, наверное, следить.

Следующее, БАДы. Врач дал команду, натуральные, природные составляющие, сделали капсулу, таблетку, утром проглотил... Сделали капсулу, допустим, «Омега-3», жирных кислот, утром съел эту небольшую горсточку, и ты, и твоя семья обеспечена витаминами, ликвидировали дефицит микронутриента. Лечебное питание. Мы отстали, ещё не навсегда, то надолго. В любой областной больнице, например, такого гиганта как Китай, есть специальное отделение диетологии, которое что-то в этом плане делает, не пойти на рынок, купить курочку и дать бульончик, а делает специальные пищевые смеси, но у нас этого нет. Что сделал Минздрав? Он организовал сейчас федеральный центр здорового питания и окружные, в округах федеральных центры, восемь центров здорового питания. Плюс, наверное, нам надо просить и порученчески к Минздраву, давайте то же делать и в муниципальных образованиях, в регионах, организуйте у себя. Каждый субъект Федерации должен иметь такие центры небольшие, но чтобы туда могли прийти, получить чёткие, однозначные рекомендации. И промышленность должна создать ту гамму продуктов, о которой я говорил.

Лечебное питание нужно. Вот если уточнить, это продление жизни.. Ты пришёл в больницу, мы уже знаем, что 70 процентов имеет дефицит витаминов, сразу тебе витаминно-минеральный комплекс, сразу дополнение в виде белкового обогатителя в блюда готовые, и дальше операция, парентеральное питание, после операции – это пищевые смеси, и дальше домашние условия, тоже рекомендации по питанию. Не всё, к сожалению, делается. Но Минздрав организовал эту сеть службы, и мы надеемся, что это будет сделано. Я не буду показывать, здесь всё написано, только покажу научный потенциал Института питания.

Вот вы видите, слева, это названия компаний и фирм, которые использовали научный потенциал института для создания своей продукции. Вот здесь лидеры. Некоторые отпочковались, и спасибо им большое. У нас есть

такие «Нутритек», «Валитек», которые выросли из Института питания, использовали научный потенциал и создали мощнейшую отечественную промышленность.

Но здесь нет образовательных программ. Нам надо опять здесь записать: образование врача. И мы с Глыбочко и с Иваном Ивановичем позавчера как раз обсуждали в образовательных программах медицинского образования сквозное: нутрициология и диетология, 3-го курса до 6-го курса, чтобы врач знал, любой врач, эти вопросы. И образование населения. Это детское питание, это лечебное питание, профилактическое питание. Это то, что Институтом питания открыто, и то, что эти восемь центров, о которых я говорил, которые замкнуты, с одной стороны, на диетологическую службу страны, с другой, на центры здоровья.

Председательствующий. Я предоставляю слово предоставляю Даниловой Светлане Дамировне – директору по координации социально ориентированных проектов Национальной ассоциации клинического питания.

Данилова С. Д. Мне очень приятно представлять достаточно широкий штат сотрудников, которые работают на пищеблоках, сотрудников, которые своим неустанным трудом делают порой невозможное для восстановления и, так скажем, нормализации здоровья населения нашей страны. Я представляю Национальную ассоциацию клинического питания, это общественная организация, которая занимается достаточно широким спектром работ.

И по итогам нашей деятельности за 10 лет работы мы представили три блока, которые, на наш взгляд, требуют совершенствования и доработки.

Первое. Зоны развития и совершенствования, на которые, мы считаем, необходимо обратить внимание: это лечебное питание, которое организуется по остаточному принципу, это современные технологии организации питания, деятельность государственных органов, общественных организаций и представителей бизнеса. Теперь я очень кратко каждый из этих блоков опишу.

Если мы говорим о совершенствовании приказа 330-го, здесь хотелось бы сказать, что в части организации диетического питания и организации нутритивной поддержки искусственным питанием, хотелось бы, чтобы эти две позиции разделялись, так как эти направления клинического питания решают разные задачи в комплексной терапии больного и требуют разного рода подготовки персонала. Кроме того, диетическое питание является основой ежедневного рациона питания больных на разной стадии излечения и решает вопросы реабилитации и подготовки больного к медикаментозному лечению. Искусственное и специализированное питание, применяются при интенсивной терапии и по медицинским показаниям.

Следующий момент, на который хотелось бы обратить внимание, это проработать опрос выделения адекватного рыночным ценам финансирования питания.

К сожалению, опыт работы с регионами показал удручающую картину. Во многих регионах на выделенные средства практически невозможно исполнение среднесуточных наборов продуктов питания, и существующий дефицит финансирования усугубляется тем, что в ряде регионов средства на питание перераспределяются на другие нужды, такие, как, например, зарплаты и строительство. У нас достаточно большое количество фактов, которые подтверждают это.

Кроме того, мы предлагаем совершенствовать нормативно-правовую базу касательно закупки качественной и безопасной продукции, а не дешевой, на что хватит средств. И вот, уважаемый господин Тутельян тоже говорил об этой серьезной проблеме, на которой мы тоже посчитали необходимым и важным остановиться.

Кроме того, оптимизация и совершенствование подготовки и повышения квалификации специалистов, занимающихся организацией питания, – это злободневная проблема, с которой мы ежедневно сталкиваемся.

Следующее. Это современные технологии организации питания. Мы предлагаем доработать параметры и характеристики комплексного мониторинга организации лечебного питания. Достаточно регионов нашей страны, в которых национальная ассоциация клинического питания участвовала, и наши рекомендации положены в основу этого комплексного мониторинга во многих регионах.

Кроме того, более активное внедрение современного программного обеспечения и технологий предметно-качественного учета продуктов питания и нормативно-правового обеспечения. Хочу обратить ваше внимание, я думаю, что для многих не секрет, что до сих пор на многих пищеблоках учреждений не существует даже компьютеров.

Кроме того, у нас есть конкретные предложения по организации эффективного аутсорсинга. Это действительно очень интересная и необходимая инициатива государства, и у нас есть конкретные предложения по усовершенствованию нормативно-правовых актов, по передаче услуги питания в аутсорсинг в части доработки стандартов и процедур оформления конкурсной документации и технического задания на право предоставления учреждением услуги питания посредством аутсорсинга.

Председательствующий. Я хотел бы предоставить слово академику Мельниченко Галине Афанасьевне, директору университета клинической эндокринологии ФГУП «Эндокринологический центр».

Мельниченко Г. А. Я представляю доклад, который, по сути, подготовлен президентом Российской академии медицинских наук академиком Дедовым И. И. Иван Иванович просил меня начать с предельно понятной фразы. Итак, уважаемые коллеги, преступлением перед новыми поколениями будет, если по итогам нашей работы мы не предпримем ряд обязательных инициатив по ликвидации заболеваний, связанных с дефицитом йода.

Виктор Александрович уже говорил о том, что наша страна осталась одной из 13 стран мира, так и не принявших никакого законодательного регулирования этой проблемы. Для сравнения – 113 приняли. В остальных нет йодного дефицита.

Перед вами спектр тех заболеваний и состояний, с которым ассоциирован дефицит йода, даже мягкий: выкидыши, мертворождение, повышенная детская смертность и, наконец, что всё ещё имеет место быть в нашей стране, при тяжелом йодном дефиците мы получаем детей с кретинизмом. Идет 2012 год XXI века. Новорожденные рождаются с гипотиреозом. У детей эндемический зоб и гипотиреоз. Мы очень старательно решаем вопросы девиантного поведения подростков. А мы отдаём себе отчёт, что эти сбежавшиеся в стаи дети с низким интеллектом это дети, выросшие в условиях йодного дефицита? Это доказано. Это самое поразительное, что девиантная форма

поведения усиливается нарушениями, связанными с йодным дефицитом. Взрослые, перечислены нарушения, в том числе те самые узлы в щитовидной железе, на которые эндокринолог тратит 75 процентов своего времени. И, наконец, уникальная строчка, которую наша страна внесла в регистр заболеваний, связанных с йодным дефицитом, вряд ли мы можем гордиться этой строчкой – это повышение случаев рака щитовидной железы у детей после ядерных катастроф в регионе йодного дефицита. Это узнали, благодаря нам, благодаря отсутствию законодательства.

На всей территории Росси сохраняется йодный дефицит. Здесь присутствует доктор медицинских наук Екатерина Анатольевна Трошина, которая постоянно выезжает и оценивает ситуацию. Население России практически не использует йодированную соль, в лучшем случае 20 процентов домохозяйств. Было предложение, дорогие доктора, а вы объясните, скажем, тётке Мане, что нужно купить йодированную соль. А почему тогда не объяснить дяде Васе, что нужно лично очищать воду в водопроводе? Просто менять, сделать свой водопровод. Это те вещи, которые должны быть сделаны централизованно. Это невозможно объяснить тётке или дяде Мане, они знают, что у них там огурцы будут не такими или что-то ещё. Невозможно добиться ликвидации йодного дефицита в стране путём индивидуальных бесед с людьми, поражёнными нарушениями по итогам йодного дефицита.

Из всех бывших стран СССР, я хочу напомнить, что молодая советская Россия была одной из первых стран, принявших швейцарскую модель йодирования соли. Я хочу напомнить, что в 1957 году была война, присоединилась Западная Украина, вся полная зобами, в 1957 году тогдашний министр здравоохранения Ефимов говорил: в Советском Союзе 5 процентов зобов. Это пограничная цифра. Пётр I забраковывал 17 процентов рекрутов, шинель нельзя было застегнуть, зоб мешал. Подумайте, это сделали мы, это сделали наши родители, наши деды. Это победа, которую мы потеряли. А это картинки, которые мы приобрели. Может быть, самые тяжёлые формы у нас встречаются редко, но узловые зобы наша ежедневная практика.

Итак, может быть, мы ничего не делаем, может быть, мир об этом не знает? ВОЗ считала, что к 2000 году йодный дефицит будет ликвидирован. Считалось, что это будет такой же победой, как ликвидация полиомиелита. Мы тянем назад весь мир. Мы в числе тех стран, в которых не решена эта проблема. Вот это картинка, вот цифра 90, красная линейка, это сколько семейств в стране должно использовать йодированную соль. Вот там первые два маленьких столбика, да ещё с зелёным хвостиком, соль не всегда высокого качества, это мы с Украиной. Для сравнения вон там Косово, у которого уже 90 процентов используют йодированную соль, и все остальные страны. Мы можем увидеть, как живёт мир.

А вот это вот другая картинка. Это новорождённые с риском снижения интеллекта. Вот здесь первая красненькая линия, вот это вот наша, это новорождённые с риском снижения интеллекта. Это не обязательно кретинизм, это просто низкое снижение IQ, это наши сегодняшние школьники, те самые, которые отказываются от здорового питания. Массовая профилактика, массовая йодная профилактика проводится с начала XX века. Её прародители это Швейцария и Соединённые Штаты Америки. Организована в боль-

шинстве стран, внедрена в Советском Союзе с 20-х годов, эффективна, безопасна, дешёва. Объясните, что ещё надо? Рекомендована ВОЗ, наконец, для всего населения. Что надо, чтобы человек не задумываясь, получал профилактику болезни, вместо лекарства? Может быть, мы ничего не делаем? Да мы с 2003 года вносим проекты.

Первый проект 2003 года не удовлетворил наше правительство. Основной довод. Нет выбора. Понимаете, нет выбора между йодированной солью и не йодированной. Должен быть у человека выбор растить ребёнка кретинном или сделать его более или менее умным.

Представитель, представитель нашего объединения по йодному дефициту Анатолий Евгеньевич Карпов в ВОЗ и в ЮНИСЕФ, человек 1953 года рождения, когда йодированная соль была. А теперь нам нужен выбор: то ли нам первое место чемпиона по шахматам, то ли уступить другим странам.

Вносится другой проект. Вновь отклоняется, в основном, по той же идее свободного выбора. И, наконец, последний состав Думы просто отклонил проект, не рассматривая его, хотя внесены дополнения, изменения, найдены какие-то компромиссы. В конце концов, мы предложили, хорошо, пусть соль второго помола будет не йодированной. Вам нужна соль для засолки огурцов? Пусть соль второго помола будет не йодированной. Запомнить легко. Двоечники – второй помол. Всё, все договорились, все покупают. Страны решают эту проблему.

Итак, стратегия ликвидации йододефицитных заболеваний не может базироваться на разъяснительной работе. Это невозможно. Эта стратегия, не только стратегия здравоохранения, это стратегия безопасности страны. Мы что, гарантированы от нового Чернобыля? Нам нужен рак щитовидной железы у детей? Нам нужны поколения детей с ай-кью-70? Мы должны понимать, что это ещё не только проблема... Я прошу прощения за красные щёки, но это я выступаю не только как врач, но и гражданин, это проблема не только и не столько медицинская, это проблема страны основная.

Как её можно решить? Принять закон, предложения у нас есть, альтернативой до принятия закона изменение в техническом регламенте. Если хотя бы будет отдельный продукт основной хлеб готовится с йодированной солью, часть вопросов будет решена.

Председательствующий. Коллеги, я на этом примере, ярком выступлении Галины Афанасьевны, хотел бы акцентировать следующее внимание. Ведь многие проблемы поднимаются не первое десятилетие, они уже навязли в зубах: йодирование, фторирование воды. Но вся проблема заключается в том, что эти проблемы, с одной стороны, не решаются и, в частности, потому, что они могут быть решены разными способами. А вот оптимальных способов доставки того же йода на сегодняшний день нет.

Можно взять начало XX века, соль. Но есть и другие, альтернативные предложение. То же йодирование воды, там, где он не разлагается, оно тоже решение проблемы и как раз без уговоров, как вы правильно говорите.

Мельниченко Г. А. Я прошу прощения, но именно потому, что воду, извините, можно перепить, в том числе и беременной, заблокировав щитовидную железу, именно поэтому проблема не в поиске альтернативных путей, проблема в поиске реализации простейшего пути. Потребление соли имеет куда более жёсткие ограничения. Проблема ни в том, что мы предлагаем всё

время одно и то же, проблема в том, что мир делаем это одно и то же. Сделаем это, будем делать как лучше.

Председательствующий. Итак, я хотел бы предоставить слово Петру Борисовичу Шелищу – Председателю Союза потребителей России.

Шелищ П. Б. Ну вот у меня это тоже, конечно, вызвало сильные эмоции и немало воспоминаний выступление Галины Афанасьевны, потому что я помню, мы проводили здесь «круглые столы», ещё 10 лет назад на эту тему, и я участвовал в этом, с Международной конфедерацией общества потребителей. Мы вносили, кстати, законопроект, он много лет пролежал и нам его, в общем, вернули обратно.

Но и, кстати, Галина Афанасьевна, там ведь был более серьёзный аргумент, что при каких-то заболеваниях йодированная соль противопоказана. Так утверждали минздравовцы. Но мы тогда предлагали механизм, этих людей можно через аптеки было бы обеспечивать солью. И занимались пропагандой. Вот передо мной брошюра, где я сам тут 150-тысячным тиражом своим питерским избирателям рассказывал о том, как опасен дефицит йода для детей и подростков. Но я прекрасно понимаю, что всё это не работает, что здесь нужны меры совершенно другие. На мой взгляд, достаточно простое и эффективное решение. Виктор Александрович я обращаюсь к вам. Вы ведь председатель ТК-36. Функциональные продукты. Мне кажется, что, прежде всего, должно быть определено стандартом на соль. У нас нет, по-моему, стандартов на неё. Должен быть сделан, выпущен национальный стандарт на соль, в котором было бы записано чётко и ясно, что вся соль должна йодироваться. Это первое.

Второе. Это необходимое условие. А достаточные ли условия – это я обращаюсь к Николаю Фёдоровичу Герасименко и другим депутатам. Мы вот добиваемся сейчас, чтобы в законе о федеральной контрактной системе было прописано, что всё, что закупается для государственных нужд, соответствовало национальным стандартам. Если нет национального, международным стандартам. И тогда такой стандарт станет обязательным, по крайней мере, для закупок в целях питания в больницах, в школах и так далее. И это может быть самый короткий и прямой путь решения сейчас, поскольку по каким-то неведомым мне причинам, действительно такое простое решение законодательно не удаётся принять уже второй десяток лет.

И даже, по-моему, не в 2003-м, раньше эти темы мы раньше слышали. И здесь в 90-ых, я здесь, наверняка Николай Фёдорович неоднократно это всё слышал. Вообще, значит, это уже 15 почти лет прошло. И никак непонятно почему. Да, конечно, это не было главной задачей. Николай Фёдорович бился за своё, я бился за своё, каждый депутат бился за своё, а соль, была, где-то там вагончиком последним в этом составе.

Да, надо, надо, ну как-то живём, вроде не замечаем, в чём главная проблема, мы же не замечаем, как это всё происходит. Вот это вот первое.

И я хотел бы призвать, вот эту тему, которую мы сегодня обсуждаем, более пристально рассмотреть, с точки зрения стандартизации. Мы её используем крайне недостаточно и неэффективно. Если будет принято решение о том, я надеюсь на это, что будет принято законодательное решение, что всё, что закупается государством, контролируемым государством компаниями, то качество наших стандартов окажется решающим.

Второе. Зная статистику, только вчера, где-то на другом мероприятии мне её пришлось цитировать. Значит, за последние 10 лет, если не ошибаюсь, смертность от заболеваний желудочно-кишечного тракта увеличилась вдвое. Было 33 человека на 100 тысяч населения в год в 2000 году, в 2010-м – уже 66 человек.

А это всё в десятке первых и основных причин. Значит, это же чем-то вызвано? А чем это может быть вызвано, кроме ухудшения качества пищи? Может, какие-то и другие есть объяснения. В общем, неправильное питание.

Значит, это должно стать предметом изучения, и мы ждем этого от науки, серьезнейшего анализа. Вы должны нам разложить по степени влияния, по тем рискам, которые создают одно, другое, третье. Вот мало овощей, фруктов, замена молочных жиров пальмовым маслом, которое сейчас идет в массовых масштабах. У нас уже почти не осталось традиционных молочных продуктов, в которых не были бы заменены животные жиры всякими маслами из Африки. Их завоз в страну увеличился в десятки раз за последние годы. Это был всплеск в 2008 году, во время кризиса, надо было как-то выживать производствам, цены повышать невозможно, но можно снижать издержки. Как? А вот, заменяя молочные жиры этой дрянью, извините.

И последнее, но не по важности. Это то, что называют на Западе «джанк-фуд», помойная пища, и что всё более широко у нас распространяется. Это напитки с избыточным содержанием сахара, гамбургеры и так далее с избыточным содержанием жиров и соли, на которые дети подсаживаются. И я вот поражаюсь, даже для моих собственных младших детей, для них это самое вкусное. Я этого не ем. Не из соображений, что вредно, а из соображений, что для меня это невкусно, а для них это ужасно вкусно. У них уже такое пищевое поведение. У них уже так критерии сформировались вкусовые, что им замечательно с газом, сладкое, жирное, соленое или очень сладкое. А мы ничего по этой части не делаем, чтобы противостоять, заменять.

Англичане не так давно запретили рекламу всего этого «добра», ориентированную на детей до 18 лет.

Несколько стран, к сожалению, у меня нет при себе этой выписки, но несколько стран за последние два года отметились тем, что стали взимать налоги на продажу этой пищи. Я знаю, что Дания это делала и Франция. Последняя, по-моему, на кока-колу ввела налог 20-процентный, Дания на гамбургеры и так далее, на такую пищу, которая в Макдоналдсе продается.

Я понимаю, что если мы не можем решить вопрос о йодировании соли, то на это нам замахать будет тяжело. Вон, сколько Николай Федорович борется с курением. Ну, может, победит, даст бог.

Я думаю, что нам и законодателям надо посмотреть на то, как можно рекламу ограничить, и это нужно делать, и держать как угрозу для производителей и продавцов такой вредной пищи возможность введения налога. Большой налог приводит, естественно, к снижению ее потребления. Становится дороже она, и ее покупают меньше.

Герасименко Н. Ф. Только реплику и всё.

Из зала. Дания на той неделе отказалась от этого налога, потому что все поехали в соседнюю Германию покупать более дешевую, но жирную пищу. Поэтому оказалось неэффективно. А наши на Украину и в Белоруссию поедут.

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

Председательствующий. Уважаемые коллеги, поскольку мне, председателю, передали бразды правления, я сейчас буду включать секундомер.

Я хотел бы разделить, прежде всего, гражданский пафос Галины Афанасьевны. Я скажу, прежде всего, почему проблема, хотя не занимался, йодированным занималась, по-моему, Яковлева. Я занимался борьбой с табаком, наркотиками и другими, более «весёлыми» вещами.

Там две проблемы: одна в правительстве, которое всё время даёт отрицательное заключение. Мотивировки разные. Одна – техническая, в регламенте, вторая – финансовая, нет денег. Поэтому, мне кажется, надо действительно добиться общими усилиями. Закон. У нас так: где требуются финансовые затраты, обязательно заключение правительства на финансы. Вот самое основное. Поэтому нужно общими усилиями: и Минздрав, и Академия наук, и при разговорах, но абсолютно правильно, мы должны этого до конца добиться. И мы это запишем в решении наших парламентских слушаний.

Второе. Я, Пётр Борисович, с вами согласен, хотя у нас есть разногласия по курению. Вы за курение, я против. Сейчас во многих странах мира действительно пошли активно бороться с фаст-фудами, жирным питанием и так далее, газированной водой, гамбургерами и всем остальным. И здесь тоже очень важный вопрос: некоторые используют увеличение налогов до 20 процентов. Данию мы знаем, что она сейчас отказалась, но это ещё не показатель, стран гораздо больше, которые ввели. И у нас, Россия, как одно место отстойное: где уже завершилось, то мы внедряем. У нас демократией пришли гамбургеры, «Пепси-Кола» и так далее, и так далее. Сейчас уже многие страны отказываются, мы же активно это рекламируем.

Две вещи, я тоже согласен, это ограничение, запрет рекламы сладких газированных напитков, включая «Пепси-Колу» и так далее, и вторая – налоговые, будем говорить, ограничения. Поэтому мы тоже эти вещи должны обсудить и вписать в проект решения.

А сейчас я хочу предоставить слово Гроздовой Татьяне Юрьевне – вице-президенту Национальной ассоциации клинического питания.

Гроздова Т. Ю. Проблемные вопросы, которые возникают в системе практического обеспечения лечебно-профилактического питания в медицинских учреждениях и стационарного типа, и амбулаторного, они зависят в основном не только от того, как написаны документы, тем более, что мы считаем, что все нормативные акты, это правовая основа нашей гражданственности, нашего общества, но мне бы хотелось коротко остановиться на трёх позициях.

Первое – исполнение имеющегося законодательства; второе – создание условий для практической реализации и безопасность продуктов питания, которые входят в наши лечебные учреждения.

Я выступаю не только как представитель национальной ассоциации, естественно, а как член проблемной комиссии по вопросам диетологии при Минздраве Российской Федерации.

Законодательных три больших документа, мы прекрасно о них знаем. В них идут постоянные дополнения, прекрасные дополнения по многим па-

раметрам с точки зрения лечебного питания вошли в закон об охране здоровья граждан. Но давайте посмотрим ещё раз: основной документ – порядок оказания медицинской помощи. К сожалению, об этом я хотела тоже говорить и, наверное, меня поддержат практикующие врачи, он финансово пока не обеспечен, это самый сложный момент. С 1 января начинается реализация порядка, а мы пока не можем, хотя имеем предложения по его реализации.

Второй документ, это приказ 330-й, 2003 год. Прошло уже больше 10 лет, приказ должен в конце концов объединить все нормы питания, которые указаны в законе. И самый интересный момент, который вы сейчас увидели, приказ 530-й, действующий. Хороший приказ, интересная учётная форма, но изменилась вся система здравоохранения, она практически перешла в систему обязательного медицинского страхования. Естественно, необходимо эту документацию очень жёстко пересматривать.

Нормативы питания. Мы проводим анализ, контроль, как это реализуется на территории Российской Федерации. Я могу точно сказать, что врачи-диетологи за то, чтобы нормы выполнялись. Но, к сожалению, нет каких-то чётких административных взысканий к руководителям учреждений, которые не хотят выделять необходимые деньги и финансировать то необходимое питание для пациентов, которые находятся как в обычном состоянии, когда он просто лечится диетическим питанием, так и в критичном состоянии. Питание, которое становится достаточно дорогим, но необходимым для нашего пациента.

Очень важно, ещё раз хочу обратить внимание и наших представителей здесь Государственной Думы о том, что вышел хороший приказ о порядках оказания медицинской помощи. Но для того чтобы его выполнить, мы должны чётко знать источники финансирования и ввести все законодательные акты, те структурные подразделения, которые в нём указаны.

Полный предмет на количественный счёт продуктов питания. Но можно много говорить о финансировании, о его нехватке, о дефиците каких-то программ, но мы должны сказать, что только чёткий и прозрачный учёт даёт уже экономическую эффективность в 20, 25, 30 процентов, когда мы полностью это всё начинаем вводить.

Практическая реализация нормативно-правовых актов. Перед чем мы стали сейчас опять же на территориях субъектов Российской Федерации. Конечно, необходим контроль за финансированием, но и в структуры тарифа должны входить полностью, не 35, не 36 рублей и не 80 рублей за питание, которое не обеспечивает тариф.

Виктор Александрович, прекрасно вы просчитывали, институт питания. Тариф, который минимален в стационарах 120–130 рублей. И как бы нам не хотелось, всё это нужно вносить в систему программ, территориальных программ государственной гарантии.

Естественно, вопрос выделения тех структурных подразделений, о чём также сейчас очень чётко представил информацию наш главный внештатный диетолог Минздрава России. Это диетологических отделений, отделения, в которых мы будем разрабатывать все виды нутритивной поддержки, которые так необходимы, и соединять, в конце концов, так называемую группу нутритивной поддержки. И работа врача-диетолога не на пищеблоке, он там в принципе не нужен, он нужен в клинике, он должен заниматься клиническим мышлением уже.

Вопрос безопасности качества продуктов питания. Мне очень понравилось сегодня выступление, которое представил нам Союз защиты прав потребителей. Это настолько важно, ещё и в целях обеспечения безопасности наших пациентов. Да, создан Таможенный союз, Технический регламент «О безопасности пищевой продукции». Опять уделяется мало внимания диетическим продуктам детского питания. Более, жёсткий вариант внедрения, ну хотя бы то, что он уже вышел, мы обязаны его обеспечивать.

Как пример Технический регламент на молоко и молочные продукты. Он уже даёт возможность внедрения более жёсткого требования в лечебных учреждениях к этим продуктам. Я могу сказать о том, что очень мало госстандартов и национальных стандартов на специализированное питание.

У нас с вами сейчас есть интеральные смеси, у нас есть смеси сухие белково-композитные смеси. У нас есть разделы смеси, которые входят в различные ингредиенты. Естественно, нужно нашему сообществу как коммерческим структурам, так и институтам подойти к реализации национальных стандартов, каких-то ГОСТов, которые обеспечат то, что в наши лечебные учреждения не пройдёт, согласно законодательству, специализированный продукт, не соответствующий сертификации качества.

Ряд предложений, которые мы здесь представили, я не буду перечислять полностью, я хочу подойти к последнему, к одному из последних предложений, которое касается непосредственно уже того, что мы должны ввести систему контроля и территориальных фондов, и страховых организаций, именно качество оказания лечебного питания в стационарах.

Это выделить, рассмотреть на территории более серьёзным генеральным тарифным соглашением не только финансирование норм питания, но, в конце концов, обратить внимание на зарплату наших врачей-диетологов, потому что, извините, с такой зарплатой сейчас практически в нашей жизни жить невозможно и реализовывать то, о чём мы сейчас с вами говорим.

Законодательное обеспечение, исполнение законодательства, естественно, внедрение в них каких-то норм новых и необходимых, в принципе это социальное благополучие. Я думаю, мы все заинтересованы в том, чтобы это реализовать.

Круглик В. И. В своём выступлении я хотел бы остановиться на проблемах производства и применения продуктов лечебно-профилактического интерального питания. По нашему мнению, – это одна из проблемных зон.

Это отдельный раздел клинической медицины, средство базисного лечения различных категорий больных, первый и второй уровень доказательной медицины.

Более чем у 50 процентов больных, поступающих в стационар, имеется питательная недостаточность. За 10–15 дней нахождения в стационаре до 60 процентов больных, особенно перенесших оперативное вмешательство или травму, теряют в среднем 10–12 процентов массы тела, а потеря 25–30 процентов белков приводит к летальному исходу.

Можно констатировать, что питательная недостаточность больного – это более медленное выздоровление, угроза развития различных осложнений, длительное пребывание в стационаре, более высокие расходы на лечение, более длительные сроки последующей социальной реабилитации, более

высокая летальность, снижение функциональных возможностей организма и уровня качества жизни.

Нутритивная поддержка позволяет сократить частоту осложнений основного заболевания, травм, оперативных вмешательств по различным классам заболеваний в терапии, хирургии и так далее, на 20–40 процентов. Сократить сроки пребывания на трое-четыре суток, сократить сроки пребывания в стационаре на 25 процентов, сократить расходы лекарственных средств на 15–30 процентов. Уменьшает в два раза стоимость лечебно-диагностического процесса и приводит к снижению смертности на 8–15 процентов, это по данным европейской, американской, российских ассоциаций интерального питания.

Экономика. Последовательное и адекватное использование нутритивной терапии за семилетний период с 1996 по 2002 годы позволило сэкономить для национальной системы здравоохранения в Соединённых Штатах 1,3 миллиарда долларов. Средняя экономия на больном в Европе в отделениях интенсивной терапии от 700 до 7,5 тысяч долларов. По нашим исследованиям экономия бюджетных средств составляет от 15 до 40 тысяч рублей на одном больном.

Вот на этом слайде представлен рост рынка интерального питания в Соединённых Штатах. Рынок растёт ежегодно в среднем на 7 процентов. И в 2012 году достигнет, практически, 6,8 миллиарда долларов.

В Европе в 2012 году рынок этих продуктов достигнет 1,9 миллиарда долларов. При этом стоит отметить, что увеличилось финансирование клинических и научных исследований и клинических апробаций. Если в 2005 году это было 127 миллионов долларов, то в 2012 это уже полмиллиарда.

Потребности Российской Федерации в данном виде питания были рассчитаны с учётом оборота коечного фонда, койко-дней, заболеваемости и стандартов оказания медицинской помощи. Годовая потребность составляет в данных продуктах 9,5 тысяч тонн. Данные приведены в тоннах сухого продукта, если перевести в жидкие готовые? Детали не нужно.

На сегодняшний день рынок Российской Федерации где-то 700 тонн продуктов, и ёмкость рынка в 2011 году составила 6 миллионов евро, это в сравнении с теми миллиардами, которые перед этим я говорил. Это свидетельствует о том, что при всём видимом избытии на рынке продаж смесей энтерального питания, пока ещё недостаточно применяется в лечебной практике.

По производству. Производственные мощности в стране существуют, притом высокотехнологические. Продукты энтерального питания, которые соответствуют мировым стандартам и включают весь спектр современного энтерального питания.

Далее. Предложения: включить продукты лечебно-профилактического энтерального питания во все стандарты лечения на госпитальном и амбулаторных этапах; создать систему нормативно-методических документов по диагностике питательной недостаточности и проведению лечебного энтерального питания при различных нозологиях; создать систему нормативно-методических документов, определяющую классификацию продуктов лечебно-профилактического энтерального питания, требования к их составу, что позволит обеспечить равные конкурентные условия для всех производи-

телей и оптимизировать затраты; включить лечебное энтеральное питание в программу дополнительного лекарственного обеспечения.

Председательствующий. Слово предоставляется Семёновой Валентине Петровне – консультанту Российского союза предприятий молочной отрасли.

Семёнова В. П. Мне настолько понятна ваша боль об отсутствии продуктов питания для детей, что я, конечно, с вами вместе сочувствую этому и стараюсь как можно больше делать для того, чтобы дети наши были здоровы.

Всё дело в том, что в 2004 году проходил молочный форум, и когда мы услышали положение детей во всех территориях Российской Федерации, что положение плачевное, нам пришлось внести свой инициативный вклад, для того чтобы детей оздоравливать.

Мы разработали программу «Школьное молоко», мы вышли с этим предложением к Президенту Российской Федерации, мы согласовали это предложение со всеми министерствами, которые имеют отношение к данному продукту. И хочу вам сегодня доложить, хоть этот вопрос тяжёлый, в 46-ти областях Российской Федерации программа «Школьное молоко» работает.

Нам, конечно, работать тяжело из-за того, что у нас есть 131-й закон, который разграничивает полномочия федеральной и региональной власти. Считаю, что эта программа должна быть федеральной, и буду просить вас, чтобы вы приложили к этому максимум усилий, чтобы программа внедрялась и дети оздоравливали свой организм.

Хотелось бы ещё сказать, что мы создали специальный научно-исследовательский институт – Институт детского питания. У нас запасы громадные, вместе с Российской академией медицинских наук этот институт разработал очень широкий ассортимент продуктов, и они вправду, конечно, внедряются на наши территории.

Хотела бы сказать, здесь очень много было рассказано о йодированной соли. Товарищи, йодированная соль ведь перегружает и почки, невозможно её, так сказать, лучше вынести из организма.

Поэтому не случайно в Калужском институте радиологии был разработан продукт йодказеин, который базируется на казеине. Там аминокислоты в процессе переваривания этого продукта отщепляются и излишки, так сказать, аминокислот йодказеина выделяются из организма. Мы сделали йодированное молоко с йодказеином, и у нас показатели все очень хорошие. Пять учреждений медицины и науки проводили эти исследования. Вот институт полярной медицины, кубанский институт, красноярский институт, ижевский институт, медицинские учреждения проводили эти исследования, показали очень хорошие результаты.

Поэтому здесь даже вопроса нет, что, конечно, надо обязательно йод внести в те продукты, которые сейчас употребляются детьми.

Мы практически достигли того, что у нас каждый школьник, который употребляет молоко, становится более крепким.

Председательствующий. Я хочу предоставить слово главному нашему человеку здесь Серёде Зое Сергеевне – начальнику отдела по вопросам укрепления здоровья, формирования здорового образа жизни Департамента охраны здоровья и санэпидблагополучия Минздрава России.

Серёда З. С. Мы все понимаем, что питание – это один из важнейших факторов сохранения и укрепления здоровья населения. Питание населения

должно быть качественным, безопасным, рациональным, сбалансированным и удовлетворять потребности отдельных групп населения, в том числе и детей, и лиц, которые употребляют и лечебное питание, и профилактическое питание, и разные другие виды питания.

Сегодня уже много было сказано о том, какова ситуация в нашей стране с нарушением питания населения. Это и превышение калорийности, избыточное потребление жира и так далее, недостаточное потребление фруктов и йод. Всё можно подытожить, всё, что было сказано.

В нашей стране действуют и подготовлены основные нормативные правовые акты. Это в области питания и в области здорового питания, это и доктрина продовольственной безопасности, и основа государственной политики в области здорового питания, план по реализации основ, федеральные законы об основах охраны здоровья граждан, и закон о санэпидблагополучии населения, качестве безопасности пищевых продуктов, ну, и целый ряд других нормативных актов.

Важно отметить, что наши основные нормативные акты, все гармонизированы и отражают основные направления и положения документов Всемирной организации здравоохранения, в том числе, глобальной стратегии по питанию, физической активности и здоровью, утверждённой на ассамблее Всемирной организации здравоохранения.

В основах государственной политики одной из задач определены совершенствования организации питания в организованных коллективах, обеспечение полноценным питанием беременных и кормящих женщин, детей в возрасте до трёх лет. В основах государственной политики, в основах охраны здоровья граждан Российской Федерации установлено, что такое лечебное питание. И определено, что лечебное питания является неотъемлемым компонентом лечебного процесса и профилактических мероприятий. Определены также права беременных женщин и матерей в сфере охраны здоровья. И необходимо отметить, что эти права должны быть закреплены обязательно и закреплены законодательными актами субъектов Российской Федерации. Министерство проводило анализ всех законодательных актов по этой проблеме, по обеспечению беременных женщин и матерей полноценным питанием.

Я должна сказать, что все наши субъекты имеют такие законодательные акты. Это либо федеральные законы, либо постановления, либо распоряжения губернаторов. Ну, вместе с тем, безусловно, эти законодательные акты были подготовлены в разное время и до выхода закона «Об охране здоровья граждан», поэтому субъекты сейчас работают над внесением изменений, над актуализацией этих законодательных актов. И поэтому просто сейчас все предложения, которые звучали, могут быть отражены в этих законодательных актах именно в субъектах Российской Федерации.

Министерством здравоохранения в рамках вот этой нормативной базы были подготовлены приказы. Сегодня говорили об этих приказах. Это и 593 приказ, и 330 приказ. Я должна сказать, что сейчас мы работаем как раз совместно с институтом питания, с ведущими специалистами, работаем как раз над совершенствованием и внесением изменений в 330 приказ «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации». И приказ 110 «О порядке назначения

и выписывания лекарственных препаратов, в том числе специализированных продуктов лечебного питания». Изменения и дополнения были внесены даже в этом году.

И приказ 46. Об утверждении перечня в производстве профессий, должностей, работа в которых дает право на бесплатное получение лечебно-профилактического питания в связи с особо вредными условиями труда, и которым были утверждены рационы лечебного питания, нормы бесплатной выдачи витаминных препаратов. И это как бы в области лечебного питания.

Что же в области питания детей? Приказ Минздравсоцразвития и Минобрнауки «Об утверждении методических рекомендаций по питанию в образовательных учреждениях». Но, самое главное, я должна остановиться на плане по реализации основ государственной политики в области здорового питания. Одним из основных мероприятий, одним из основных пунктов этого плана является разработка проекта федерального закона о здоровом, в том числе горячем питании для детей в образовательных учреждениях, лиц, находящихся в лечебно-профилактических учреждениях, оздоровительных учреждениях и учреждениях социальной защиты военнослужащих и так далее. Срок подготовки и внесения в правительство этого закона – 2013 год. Поэтому целый ряд предложений, которые прозвучали сегодня здесь, могут быть включены именно в этот проект федерального закона. Организованные коллективы аккумулируют в себя значительную часть населения Российской Федерации, особенно детского населения, подростков и лиц молодого возраста, для которых правильное питание является не только фактором, но и определенным уровнем развития, сохранения здоровья. Поэтому мы, министерство, будем благодарны за те предложения, которые вы направите нам для рассмотрения на рабочей группе для подготовки и внесения в этот проект федерального закона.

Председательствующий. У меня записка есть – Пила Татьяна Львовна, профессор, доктор медицинских наук, президент некоммерческого партнерства производителей БАД.

Пила Т. Л. Я хотела обратить внимание ещё на один закон, который сегодня выпал из поля зрения. Это закон «О труде», 222 статья Кодекса о труде предусматривает выдачу молока, равноценных продуктов и лечебно-профилактического питания работающим при вредных и особо вредных условиях труда.

К сожалению, в 2004 году там появился пункт, согласно которому вместо лечебно-профилактических мероприятий предусмотрена денежная компенсация. К сожалению, не очень понятно, каким образом 300 рублей в месяц, которые выдают рабочим в денежной компенсации, могут оказать профилактическое воздействие?

Недавно в Минтруде были проведены исследования, на что рабочие тратят эти 300 рублей. Они их тратят не на лечебно-профилактическое питание хотя бы потому, что они не знают вообще, что такое лечебно-профилактическое питание и какой профилактикой они могут быть. Поэтому есть предложение пункт о денежной компенсации, и если всегда было предусмотрено проведение этих мероприятий, пусть они останутся и впредь. Мы не должны заменять деньгами меры профилактики.

Председательствующий. Я приношу извинение, объявил уже Малову Татьяну Ивановну – генерального директора акционерного общества «Стандарт».

Малова Т. И. Мне бы хотелось затронуть очень важный сегмент среди продуктов диетического и профилактического питания, это смеси белковые композитные сухие – СБКС, которые, как известно, у нас используются для коррекции пищевого рациона. Здесь тоже неоднозначно всё с законодательным обеспечением.

У нас есть приказ 330, очень приятно было слышать, что работы по нему идут, по внесению изменений, с момента выхода приказа у нас вышел ещё ряд писем Министерства здравоохранения и социального развития и ряд методических рекомендаций и Института питания, и Министерства здравоохранения и социального развития. Все документы не буду перечислять, неоднозначны, есть противоречия по определениям, по составу, по характеристикам, по способам внесения, по способам применения данного продукта. И даже 2 года назад у нас вышедший ГОСТ, который вступил в силу год назад, он не решил проблемы в этом вопросе.

ГОСТ 53861 до 2010 года «Продукты диетического и лечебно-профилактического питания – смеси композитные белковые сухие, общие условия». Так же не всё прописано, неоднозначно, есть противоречия по содержанию и по названию ГОСТа. И, конечно, он требует существенной доработки.

Также, конечно, нам как производителям смесей белковых композитных сухих хотелось, чтобы эти продукты были использованы большим количеством людей, и максимально была у них расширена область. Но не до такой степени, как это прописано в ряде перечисленных документов, когда продукты используются для лечения огромного перечня болезней. И, конечно, к работе, к доработке подобных документов хотелось бы, чтобы привлекались основные производители смесей белковых композитных сухих и работа шла побыстрее. Потому что, например, предложения по ГОСТу отправлены год назад.

Председательствующий. Слово предоставляется Браун Светлане Николаевне, Департамент здравоохранения города Москвы.

Браун С. Н. Я хотела бы акцентировать внимание на то, что медицинская помощь оказывается в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи. И лечебное питание – это всё основа законодательства об охране здоровья граждан, статья 37. И лечебное питание входит как раз в пятый раздел «Стандарты медицинской помощи». И 39-я статья указывает на то, что же такое лечебное питание. Стандарт медицинской помощи состоит из номенклатуры работ и услуг здравоохранения, утверждённый Минздравом, зарегистрирован в Минюсте, и там прописана услуга, как оказание диетической помощи, то есть услуга по оказанию диетической помощи. Всё урегулировано. Просто субъектам нужно правильно использовать нормативную базу. И опыт Москвы заключается в том, чтобы мы унифицировали все требования к организации лечебного питания, создали свой приказ на основе федерального законодательства, собрали всё вместе, все нормы из актов, привязали к семидневному меню, к картотеке блюд, утвердили методические рекомендации. И хочу обратить внимание, что, так как лечебное питание является неотъемлемой частью медицинской помощи, несёт ответственность за оказание медицинской помощи доктор.

И я акцентирую внимание ваше потому, что с переходом на аутсорсинг теряется эта ответственность, кто будет отвечать за организацию лечебного питания. Это первое.

И опыт Москвы, хотела бы вам рассказать о том, что мы разделили наконец-таки... Была давно идея ещё в Минздраве классифицировать все продукты питания для организаций лечебного питания, начиная с паронитерального и интерального питания и заканчивая питанием на пищеблоке. Мы издали приказ по алгоритмам нутритивной поддержки больных в критических ситуациях, находящихся в реанимационном отделении, тем самым показав, как нужно управлять и организовывать этот процесс. Эти два документа у нас позволят организовывать ведомственный и вневедомственный контроли, следить за организацией лечебного питания в соответствии с нормативными актами, так как с 1 января 2013 года медицинская помощь будет оказываться в соответствии с порядком, и это будет неукоснительно выполняться везде и всеми. И Росздравнадзор будет проверять как раз выполнение соответствия со стандартами медицинской помощи и порядком, где чётко прописано, что лечебное питание, ещё раз повторяю, неотъемлемая часть лечебного процесса.

Председательствующий. Уважаемые коллеги, будем завершать, да?

Уважаемые коллеги, хочу напомнить, что наше здоровье и смерть, заболеваемость, зависят на 20 процентов от генетики, 50 процентов от образа жизни, 15 процентов от здравоохранения и 15 примерно процентов от условий жизни, отдыха и труда. Но, к сожалению, у нас все в основном ресурсы выделяются на лечебную работу. На профилактическую, к сожалению, работу не выделяются, в том числе на вопросы питания и так далее, практически ноль.

Сейчас во всем мире идет переход к медицине «4П», где важнейшее направление – это является именно профилактика.

Сегодня в правительстве утвердили программу развития здравоохранения. Следующая программа будет очень серьезная, это программа профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни. И притом, вот Вероника Игоревна, она считает, что необходимо примерно на 40 процентов финансирование должно идти профилактическое, на 60 примерно лечебное. Понимаете, это очень серьезные изменения. Вот даже многие не уловили, о чем я говорю, прослушали. Эти революционные изменения в области охраны здоровья будут в России. В мире это уже идет активно, где 90 процентов занимает амбулаторная, профилактическая, и только 10 процентов лечатся в стационаре. Мы к этому должны перейти.

Второе. Явно много говорили о проблемах ожирения, вопросах увеличения налогов на вредные продукты, и вот, кстати, когда выступал Алексей Вадимович Димулен, говорил, что можно использовать метод, только какой применяется, кто производит плохие продукты, на того увеличивать налогообложение, и давать субсидии производящим здоровые продукты. Да, это будет правильно. Потому что они действительно дороже, и это нужно взять государству на вооружение.

Дальше то, что касается предложений по индустрии детского питания, Минсельхоза. Я хорошо помню, что такая программа в 90-х годах была. Постройте 100 заводов. 100 миллионов. Сейчас нет ни заводов, ни денег.

До сих пор прокуратура ищет эти все деньги, найти не может. Поэтому пусть Минсельхоз уже как бы сам занимается.

Я не буду останавливаться на всех выступлениях. Что из прозвучавшего я считаю важным? Прозвучал вопрос о создании экспертного совета при Комитете по охране здоровья. Это предложение, я думаю, всеми поддерживается. Виктор Александрович, если вы будете председателем этого экспертного совета, и, так сказать, нас, из депутатов Государственной Думы, то мы этот совет, я думаю, что поддержим на комитете, да? Мы это запишем в решение. Потому что очень много было очень хороших и здравых предложений, поэтому если есть желающие работать в экспертном совете, вы подавайте в Комитет по охране здоровья свои пожелания, так. А мы тогда учитываем. Когда мы примем решение по формированию экспертного совета, тогда произведем естественный отбор, кто будет работать в экспертном совете.

Если от законов, которые уже прозвучали, которые готовятся, а это закон о здоровом питании, о йодированной соли и ряд ещё, витаминизация... Я вспоминаю нашу работу с Виктором Александровичем по политике в области здорового питания и закону о качестве, безопасности пищевых продуктов. Я понимаю, сейчас уже прошло почти 10 лет, даже больше, совершенно верно. То есть надо сейчас эту волну новую, всё же у нас идет волнами.

Поэтому у нас есть определённая уже программа действий для комитета. И я считаю, что парламентские слушания прошли не зря. Мы подготовим резолюцию парламентских слушаний, направим их в определённые ведомства, потому что тут многие и Минсельхоза касается, и Роспотребнадзора, и ряда ещё ведомств. И тогда экспертный совет начнёт работать. И кто желает, тоже опять, вот по тем законам, которые выступали, вот по йодированной соли, по ряду других, то мы приглашаем всех в рабочую группу по этим законопроектам.

На этом мы завершаем. Спасибо всем за выступления.

Рекомендации парламентских слушаний

Несмотря на усилия государства в области формирования культуры здорового образа жизни и рынка оптимального питания, в настоящее время в России сохраняется высокий уровень алиментарно-зависимых заболеваний у населения РФ, вызванных несбалансированным рационом питания и занимающих ведущее место в структуре заболеваемости, а также среди причин смертности населения.

Так, по данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ и ФГБУ НИИ питания РАМН, начиная с 2009 г. среди основных факторов риска по их вкладу в общую смертность несбалансированное питание (включая недостаток фруктов и овощей) составляет 12,9 % и стоит на втором месте после табакокурения – 17,1 %. При этом следом идут факторы, также напрямую связанные с погрешностями в питании: избыточный вес – 12,5 %, потребление алкогольных напитков – 11,9 %.

По сведениям ФГБУ НИИ питания РАМН, в рационе россиян из года в год выявляется несоответствие между энергетической ценностью рациона и энергозатратами (средний уровень энергообмена в середине XX столетия составлял 3000–3500 ккал/сутки, в настоящее время – 1800–2100 ккал/сутки). Особенно острой проблемой является дефицит ряда витаминов, в частности, витамина С (у 60–70 % населения), фолиевой кислоты (до 70–80 %), минеральных веществ: железа (20–40 %), кальция (40–60 %), йода (до 70 %).

Граждане России не осознают, что несбалансированный рацион питания, обедненный микронутриентами (витаминами, макро- и микроэлементами), приводит к возникновению наиболее распространенных сердечнососудистых заболеваний, сахарного диабета, остеопороза, подагры и ожирения (избыточная масса тела фиксируется сейчас в РФ у 55 % взрослых людей старше 30 лет).

Причинами сложившегося положения стали следующие факторы:

Низкий уровень культуры населения в области подходов к составлению рационов питания, в том числе вследствие малой информированности о рисках алиментарно-зависимых заболеваний и методах снижения этих рисков.

Нехватка врачей-диетологов и центров, позволяющих получить консультации по составлению правильного рациона питания, прежде всего в рамках обязательного медицинского страхования. По данным ФГБУ НИИ питания РАМН, по итогам обследования в 2010–2011 гг. 75-ти субъектов РФ на 247 тыс. россиян приходится 1 врач диетолог, на 23,6 тыс. человек – одна диетсестра (медицинская сестра по диетологии). Всего в России в государственном медицинском секторе работает не более 550 врачей-диетологов и немногим более 5,5 тыс. медсестер по этому профилю.

Отсутствие единых стандартов диетологического сопровождения.

Особую озабоченность экспертов вызывает ситуация, сложившаяся в Российской Федерации на рынке биологически активных добавок к пище (БАД). Разнообразие БАД стремительно увеличивается с каждым годом. На сегодняшний день в России зарегистрировано более 6 000 наименований БАД.

Для создания эффективных БАД требуются квалифицированные, длительные и детальные исследования пищевой ценности, фармакологической активности и физико-химических свойств, изучение совместимости компонентов, входящих в состав добавок. Не каждый разработчик БАД может себе позволить себе эти дорогостоящие исследования. В настоящее время производителями проводятся стандартные процедуры санитарно-эпидемиологической экспертизы, подтверждающей безопасность продукта (микробиологическая чистота, содержание пестицидов, токсичных элементов, радионуклидов) и подлинность биологически активных веществ.

Проблема гарантии стабильного качества продукции является одной из ключевых проблем при серийном производстве БАД. У большинства зарегистрированных БАД в разделе ТУ «Методы контроля качества продукции» формально приводятся ссылки на методические руководства, ГОСТы, фармакопейные статьи или выдержки из них. Некоторые указанные в ТУ методики не подходят для испытаний декларируемой продукции, так как в них не оработаны методы пробоподготовки, не учтено влияние на испытание других компонентов, что приводит не только к существенным ошибкам при качественном и количественном определении, но и к невозможности воспроизведения методик и, следовательно, получения достоверного результата.

Обращает на себя внимание проблема взаимодействия между ингредиентами БАД и лекарственными препаратами, которая является чрезвычайно сложной как для практических врачей, так и для исследователей.

Отдельные опасения вызывает ситуация с неконтролируемым родителями приемом БАД детьми. Стоит отметить, что в БАД для детей разрешен только закрытый (ограниченный) список витаминов, растений, микроэлементов и пребиотиков, а расчет дозировок идет исходя из норм физиологической потребности детского организма в данных веществах.

Из-за неправильного питания почти у 30% российских детей в возрасте от года до трех лет имеется тенденция к избыточной массе и повышен риск анемии. В 2008 году в России приняты новые «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации (МР 2.3.1. 2432-08), утвержденные Главным санитарным врачом РФ.

В 2009 году утверждена «Национальная программа по оптимизации питания детей первого года жизни в Российской Федерации», где пересмотрены подходы к введению прикорма и сроков его назначения. Однако по-прежнему в России нет разработанных рекомендаций по питанию детей в возрасте от одного года до трех лет.

Сегодня наблюдается тенденция ухудшения состояния детей в школьный период, нормы по питанию школьников не выполняются, наблюдается дефицит белка. Горячим питанием охвачены далеко не все школьники и по регионам эти цифры могут существенно отличаться. Во многих школах меню разрабатывается с учетом стоимости питания, а не физиологических потребностей ребенка.

Согласно данным Российской академии медицинских наук (РАМН), установлено, что неправильное или неполноценное горячее питание детей и подростков – это основной и самый мощный разрушающий здоровье фак-

тор. Заболевание органов пищеварения среди школьников стоит на втором месте после заболевания органов дыхания.

Результаты широкого эпидемиологического мониторинга состояния здоровья школьников позволяют сделать вывод о том, что сегодня две трети детей в возрасте 14 лет имеют хронические заболевания, до 80% выпускников школ из-за этого получают ограничения в выборе профессии. Основным заболеванием, по которому российские юноши освобождаются от военной службы, является также недостаточность питания, ведущая к значительному снижению массы тела (-26,3%).

Участники Парламентских слушаний обращают внимание и на проблемы, возникающие при реализации Федерального закона от 21 июля 2005 г. № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд». Отдельные положения закона препятствуют эффективному развитию системы бюджетных закупок, качественному и своевременному исполнению государственных и муниципальных контрактов при поставке товаров, выполнении работ и оказании услуг, связанных с организацией питания в учреждениях образования, здравоохранения и социальной сферы. В первую очередь это отражается на качестве предоставляемых услуг (работ, товаров), так как основным критерием является низкая цена.

Участниками отмечена актуальность вопроса обеспечения детей раннего возраста с врожденными заболеваниями специализированными продуктами лечебного питания. Такое обеспечение предусмотрено федеральными законами от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» и от 30.11.2011 № 357-ФЗ «О нормативе финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, на 2012 год». Согласно этим законам, таким питанием обеспечиваются «дети-инвалиды». При своевременном назначении детям с врожденными заболеваниями (фенилкетонурия, галактоземия, муковисцидоз и др.) лечебного питания ребенок сохраняет нормальные показатели здоровья и развития, в связи с чем получает отказ службы медико-социальной экспертизы в установлении статуса ребенка-инвалида. В таких случаях дети выпадают из льготной категории и лишаются возможности получения бесплатного специализированного лечебного питания.

При создании проектов нормативно-правовых и методических документов, регламентирующих организацию детского, лечебного и профилактического питания необходимо уточнять функции и полномочия органов государственной власти в сфере школьного питания, а также обращать внимание на:

- формирование системы лабораторного контроля качества и безопасности в экспертных организациях и независимых аккредитованных лабораториях;
- разработку методики учета национальных и территориальных особенностей питания населения, состояния здоровья детей школьного возраста при формировании рационов питания для общеобразовательных учреждений;

– разработку требований к организации питания обучающихся и воспитанников, нуждающихся в диетическом питании с учетом рекомендуемых рационов питания для детей с различными заболеваниями;

– разработку примерного меню для детей от 1,5 до 3 лет, относящихся к I младшей группе дошкольной организации.

Обсудив все вышеперечисленные проблемы, участники парламентских слушаний пришли к выводу, что в сложившейся ситуации необходима координация усилий медицинского сообщества, разработчиков и производителей функциональных пищевых продуктов и пищевых добавок, представителей органов власти всех уровней для выработки эффективных мер по преодолению существующих проблем в области лечебного, детского, профилактического питания в целях совершенствования государственной политики в этой области. Участники парламентских слушаний **рекомендуют**:

Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации:

Внести изменения в Федеральный закон от 21 июля 2005г. №94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд», в части установления возможности расторжения в одностороннем порядке заказчиком контракта на поставку товаров, выполнения работ, оказание услуг в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения поставщиком (исполнителем, подрядчиком) своих обязанностей, связанных с организацией питания в учреждениях образования, здравоохранения и социальной сферы.

Правительству Российской Федерации:

Внести изменения в Постановление Правительства Российской Федерации от 13.08.1997 № 1005 «Об упорядочении бесплатного обеспечения детей первого и второго года жизни специальными молочными продуктами детского питания», а также Постановление Правительства Российской Федерации от 22.02.2012 № 78 «О бесплатном обеспечении детей первого и второго года жизни специальными молочными продуктами детского питания» в части установления порядка бесплатного обеспечения детей продуктами питания в семьях с неработающими родителями.

Рассмотреть возможность разработки и реализации законодательных и исполнительных механизмов обеспечения бесплатным горячим питанием обучающихся 1-4 классов общеобразовательных учреждений.

Субъектам Российской Федерации:

Разработать методические рекомендации и практические механизмы обеспечения наборами продуктов обучающихся 1-4 классов, находящихся на индивидуальном обучении на дому по медицинским показаниям.

В соответствии со ст. 52 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», установить порядок обеспечения полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до 3-х лет, в том числе через специальные пункты питания и организации торговли, обеспечить мониторинг хода их выполнения.

Предусмотреть дополнительные меры социальной поддержки и разработать порядки назначения и выплаты отдельным категориям малоимущих граждан – беременным женщинам, кормящим матерям и детям в возрасте до трех лет ежемесячного пособия на приобретение специализированных продуктов для полноценного питания.

Министерству здравоохранения Российской Федерации:

Подготовить и внести на рассмотрение Комиссии Таможенного союза предложения по внесению в Технический Регламент Таможенного союза ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции» изменений, в части отнесения продукции, содержащей природные и (или) идентичные природным биологически активные вещества, а также пробиотические микроорганизмы, предназначенные для употребления одновременно с пищей или введения в состав пищевой продукции к пищевой продукции диетического профилактического питания.

Разработать примерные меню, картотеки блюд (в том числе из козьего молока) и внести соответствующие изменения в приказ Минздрава СССР от 10.03.1986 № 333 «Об улучшении организации лечебного питания в родильных домах (отделениях) и детских больницах (отделениях)».

Разработать стандарт оснащения пищеблоков детских лечебных учреждений современным технологическим оборудованием, в т.ч. для приготовления диетических блюд.

Разработать рекомендации по здоровому питанию различных социальных и возрастных групп.

Министерству образования Российской Федерации:

В целях выполнения плана мероприятий по реализации Основ государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.06.2012 № 1134-р, внедрить общеобразовательные дополнительные программы по формированию культуры здорового питания населения Российской Федерации.

**Материалы «круглого стола»
на тему «Законодательное регулирование вопросов
организации оказания медицинской
помощи мигрантам»**

СТЕНОГРАММА
«круглого стола»

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

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

Председательствующий. Тема сегодняшнего «круглого стола» «Законодательное регулирование вопросов организации оказания медицинской помощи мигрантам». Проблема настолько многомерная, что даже в рамках «круглого стола» нам трудно будет найти ответы на все те многочисленные вопросы, которые на сегодняшний день есть по этой проблематике.

Дело в том, что Россия является одной из наиболее принимающих трудовых мигрантов стран. Мы оставили далеко позади Канаду, Америку и прочие страны, хотя здесь есть некоторые различия. Само это различие вызывает вопросы. Никто на сегодняшний день, ни миграционная служба, ни органы полиции не в состоянии, и органы местной власти не в состоянии ответить, а сколько, вообще, в России трудовых мигрантов? Цифры расходятся, в 10 миллионов человек разница.

Понятно, что речь идёт о миллионах. И это люди, которые живут на территории Российской Федерации, и которые, с одной стороны, естественно, требуют помощи, медицинской помощи – это такие же люди, как и все, и поэтому мы должны им эту помощь оказывать. Но это люди, которые находятся вне официальной легальной системы оказания медицинской помощи.

Я могу привести один пример. У нас от Москвы есть же кто-то? Ряд крупных городов, в том числе Москва сейчас называют роддомами для стран СНГ. То есть просто люди сознательно приезжают, чтобы здесь бесплатно получить высококвалифицированную медицинскую помощь и родить ребёнка спокойно. И мы не можем, естественно, отказать. Это как бы совершенно общечеловеческая ценность и так далее. Но то, что нагрузка, финансовая нагрузка и даже организационная нагрузка резко возрастает для этих городов – это факт.

Проблема. Я сам недавно был в Боткинской больнице, в приёмном отделении, и я поразился, сколько на катаалках лежит людей явно из серии гастарбайтеров. И мы тоже не можем им оказать, и они требуют помощи. И мне пришлось в голову, что, а сколько людей не доехало до Боткинской больницы

и это тоже огромная проблема. Люди в своих там вагончиках, в подвалах мучаются, не обращаясь к врачу, потому что не к кому обратиться.

Проблема – это всё, что связано с целым рядом инфекционных заболеваний. Ведь есть ещё одна сторона этой проблемы – эти люди, приезжая со справками, выданными на территории сопредельных государств, скажем так, не являются 100-процентными гарантами, что они не имеют каких-то инфекционных заболеваний, причём самых тяжёлых.

Положение о том, что они в течение месяца должны представить справку от наших медицинских учреждений, вы прекрасно понимаете, на сегодняшний день это профанация. И эти справки, во-первых, непонятно, каким образом появляются на руках у мигрантов, но никак не из медицинских учреждений. А, во-вторых, верить им, вы понимаете прекрасно, очень затруднительно.

Встаёт целый ряд организационных вопросов помимо того, что нужно вводить финансирование всей этой медицинской помощи. Вопрос: изменять ли законодательство в части ужесточения кордонов, санитарных кордонов при пересечении российской границы, что, кстати, тоже требует определённых финансовых, достаточно серьёзных затрат. Связано с определёнными нашими международными обязательствами, и, вообще, порождает целый ряд, скажем так, и организационных, и внешнеполитических проблем.

По каким показателям проводить проверку? Решать вопрос: допускать или не допускать, например, больных СПИДом в Российскую Федерацию? Не допускать, по идее, мы не можем по нашим обязательствам, по членству в Совете Европы, но и открывать широко ворота – это тоже достаточно проблематично.

Но и ещё самое последнее – это не большие города, а маленькие города, сёла, сельская местность и так далее. Если в больших городах это всё-таки как-то нивелируется за счёт большого объёма, более финансируемой медицины, большого количества медицинских учреждений, хотя проблемы остаются, то совершенно катастрофическая ситуация складывается на периферии больших городов.

Коллеги, мигранты на сегодняшний день, трудовые мигранты, есть повсеместно. Трудно назвать такую территорию, где бы их не было. Такие территории есть, но их очень мало. И вот оказание медицинской помощи там, где есть одна районная больница, и та не справляется со своей нагрузкой, становится абсолютно проблемой, хотя это не снимается, как проблема гуманитарная.

Весь комплекс этих проблем и предполагается обсудить в первом приближении на сегодняшнем «круглом столе». Хочу сказать сразу, что это обсуждение первое, но не последнее. Следующим этапом будет не «круглый стол», а парламентские слушания уже по конкретным законодательным инициативам, которые, я надеюсь, будут сформулированы на нашем сегодняшнем «круглом столе».

Большое спасибо за ваше участие.

И первое слово я хотел бы предоставить Салие Шарифьяновне Мурзабаевой – депутату Государственной Думы, члену Комитета по охране здоровья.

Мурзабаева С. Ш. Многие из вас хорошо ориентированы в вопросах оказания медицинской помощи мигрантам, но тем не менее мы сочли необходимым предложить для вашего внимания основной доклад, касающийся

вопросов законодательного регулирования вопросов оказания медицинской помощи. Поэтому разрешите изложить мнение нашего комитета в основном докладе.

Таким образом, в Российской Федерации в соответствии с принятой и утверждённой концепцией демографической политики, которая рассчитана до 2025 года, предполагается к 2016 году обеспечить миграционный прирост на уровне не менее 200 тысяч человек в год, (вашему вниманию подготовлен слайд), к 2025 году более 300 тысяч человек. При этом мы себе отдаём отчёт, что способствовать экономическому росту и благосостоянию принимающей стороны могут в основном востребованные нашей экономикой высококвалифицированные специалисты, прибывшие на долгосрочной основе, в том числе наши бывшие соотечественники. Конкуренция за привлечение таких работников имеет, безусловно, международный масштаб, и в этих условиях стратегической задачей нашей страны является создание условий для их привлечения и социальной адаптации.

Что же происходит в настоящее время в нашей стране по данному вопросу? Как уже сказал Сергей Вячеславович, сегодня по объёмам миграции Россия занимает второе место в мире. Согласно данным Федеральной миграционной службы Российской Федерации ежегодно к нам приезжает около 13–14 миллионов иностранцев, и темпы миграции растут. Так, число прибывших за период с января по июль текущего года на 25 процентов больше, чем за тот же период прошлого года. Только в первом полугодии приехали свыше 8 миллионов иностранных граждан в Российскую Федерацию. В основном среди них преобладают трудовые мигранты, то есть приехавшие временно для трудоустройства и выполнения определённых работ и услуг.

Особенности современных миграционных процессов в России, как вы знаете, следующие: это преимущественная привлекательность для граждан стран – участников СНГ. На них приходится сегодня до 70-ти процентов от общего числа мигрантов, это около 9,5 миллионов человек. При этом мигранты новых поколений по сравнению с их предшественниками обладают, к сожалению, более низким уровнем образования, знанием русского языка и профессиональной подготовки. Отмечается их сдвиг к бедной части социального спектра. По данным выборочных опросов более 80 процентов мигрантов относили себя до выезда к бедным или очень бедным слоям населения в своей стране.

Всё более актуальной становится проблема незаконных мигрантов. Так, по оценке ФМС – Федеральной миграционной службы – число иностранных граждан, нелегально осуществляющих трудовую деятельность в нашей стране, составляет от трёх до пяти миллионов человек. Федеральный закон № 189-ФЗ от 2006 года «О внесении изменения в Кодекс об административных правонарушениях» усилил ответственность работодателя за незаконное привлечение иностранных граждан и лиц без гражданства к трудовой деятельности. Однако все мы на сегодня можем констатировать факт, что этот закон не полностью исполняется.

Существенным изменением характеристики миграции является тенденция её феминизации. По данным опросов больше половины трудовых мигрантов, обладающих семейным статусом, приезжают в Россию вместе со своей второй половиной. 15–16 процентов мигрантов берут с собой детей

до 16 лет. С увеличением доли женщин среди мигрантов всё более остро ставят вопрос хранения их репродуктивного здоровья, оказания им помощи при беременности и родах. По данным опросов беременность в России хотя бы раз наступала у каждой десятой женщины, у 42 процентов беременность завершалась абортom, который был сделан в Российской Федерации, треть беременностей закончилась родами тоже в России. При этом неуклонно растёт число женщин, необследованных в период беременности и до родов.

Все вышеперечисленные особенности современных миграционных процессов в нашей стране необходимо учитывать при создании условий для их адаптации и интеграции, в защите их прав и свобод, в том числе, безусловно, в части медицинского обеспечения.

Эта тема представляет особую актуальность и потому, что, как известно, состояние здоровья мигрантов непосредственно отражается на состоянии здоровья принимающей страны, принимающей стороны. От того, насколько полноценно мигранты обеспечены медицинскими услугами зависит и благосостояние наших собственных граждан.

Подписав международные договора и соглашения Российской Федерации как член мирового сообщества взяла на себя обязательства по обеспечению основополагающего права человека – права на здоровье, а также обеспечение комфортного пребывания и проживания иностранных граждан на своей территории. Это подразумевает в числе прочего и право на получение медицинской помощи.

Однако, несмотря на то, что нормативно-правовая база в данной сфере в Российской Федерации достаточно обширна, существует ряд важных проблем, затрудняющих доступ мигрантов к медицинскому обслуживанию и требующих неотложных решений, в том числе, на уровне органов исполнительной власти, на уровне межведомственного взаимодействия и, конечно, совершенствования федерального законодательства.

Сегодня объём и порядок медицинского обеспечения мигрантов зависит от их статуса – работающие или неработающие, и вида проживания – постоянно, временно проживающие или временно пребывающие. И несмотря на то, что подавляющее большинство мигрантов сегодня – это трудовые мигранты, временно прибывающие в Россию из стран СНГ без оформления визы – наибольшие проблемы, к сожалению, касаются именно этой категории иностранных граждан, как я уже сказала, это девять с половиной миллионов людей.

Так, согласно Федеральному закону № 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию», принятого в 1996 году, не разрешается въезд в случае непредставления полиса медицинского страхования, действительного на территории Российской Федерации. Однако на деле данное требование применяется только к гражданам, въезжающим в порядке, требующем получения визы. Если же это гражданин СНГ, приезжающий без оформления визы, а их большинство, то отсутствие страхового полиса не препятствует въезду в Россию.

Одной из причин нарушения закона в части граждан, въезжающих в безвизовом порядке, специалисты видят в том, что ни одному из государственных контрольных органов не вменены полномочия и функции по проверке полиса в пунктах пропуска через государственную границу. Между тем, мы знаем, многие развитые страны условием въезда на свою территорию

выставляют именно требования о предъявлении документа о медицинском страховании, в том числе, и нам, нашим гражданам, нашей страны, и тщательно контролирует его практическое применение.

Во многом тот факт, что полис медицинского страхования пока не стал обязательным условием для разрешения в Российскую Федерацию, для въезда в Российскую Федерацию и с неразвитостью системы медицинского страхования, ориентированные на эту категорию граждан, нам уже Сергей Вячеславович сказал, что эту проблему мы выносим на обсуждение и на ваше внимание.

Действующее законодательство также не устанавливает требование к временным трудовым мигрантам об обязательности наличия полисов медицинского страхования в период их пребывания на территории Российской Федерации.

Статья 10 Федерального закона № 326-ФЗ от 2010 года «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» относит иностранных граждан, временно проживающих на территории Российской Федерации, к кругу застрахованных лиц. В то же время трудовые мигранты, имеющие статус «временно пребывающих», под действие этого закона не попадают. Страховые взносы в Фонд ОМС от выплат и иных вознаграждений по заключенным с ними трудовым договорам не взимаются. Таким образом, согласно Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» бесплатно этим категориям мигрантов может быть оказана только скорая, в том числе неотложная медицинская помощь. Плановая медицинская помощь, должна оказываться за счёт личных средств мигранта или на основе добровольного страхования.

Но в большинстве случаев, как вы знаете, мигранты не имеют высокооплачиваемой работы, а работодатели не заинтересованы в том, чтобы оплачивать добровольное медицинское страхование, да и вообще страхование.

По данным проводимых исследований только 15 процентов работодателей предоставляют социальный пакет своим работникам мигрантам, и только в 6 процентах случаев в него входит предоставление медицинского страхования, медицинской помощи.

Отсутствие у подавляющего большинства мигрантов полисов медицинского страхования вынуждает их без крайней необходимости не обращаться в медицинское учреждение. По данным опросов, 15 процентов мигрантов продолжают работать при заболевании из-за опасения быть уволенными, обращение к врачу мигранты откладывают до самого последнего момента. В результате, квалифицированную медицинскую помощь они получают, когда уже заболевание запущено или же ожидается не совсем благоприятный исход.

Учитывая, что большинство мигрантов оказываются не в состоянии пройти назначенный курс лечения, с течением времени, безусловно, их состояние ухудшается.

При этом, ввиду ряда причин, трудовые мигранты, как вы уже знаете, относятся к группе высокого риска по инфекционным заболеваниям. В числе таких заболеваний преимущественно, как туберкулёз, ВИЧ-инфекция. У трёх обследованных процентов иностранных рабочих выявляется туберкулёз, у 14 процентов – иные инфекционные заболевания. При этом реальных данных о состоянии здоровья трудовых мигрантов на сегодня мы не имеем.

Заболевание чаще всего обнаруживается, когда человек только попадает в стационар, то есть это зарегистрированный случай после госпитализации.

Федеральный закон № 115-ФЗ от 2002 года «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» предусматривает в случае, если иностранный гражданин страдает одним из инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, ему не выдаётся разрешение на временное проживание или же аннулируется ранее выданное разрешение.

В случае выявления туберкулёза он должен покинуть страну в течение 15 дней.

При этом действующая на сегодня процедура представления документов, подтверждающих отсутствие или наличие опасных для окружающих заболеваний, мы на сегодня не можем признать эффективной.

Фактически трудовые мигранты, въезжающие в безвизовом порядке, могут находиться в стране до 120 дней без предъявления медицинских справок. 90 дней – до заключения трудового договора, и 30 дней – после его заключения. Только при не представлении медицинских документов по истечении этого срока иностранный гражданин утрачивает основание для пребывания в России. Всё это время больной общается с окружающими и создаёт угрозу для инфицирования всех окружающих.

Кроме того, требования о предоставлении медицинского документа по факту, после получения разрешения на работу, приводит к тому, что, зачастую такой документ вовсе не представляется либо фальсифицируется и соответственно не отражает реального состояния здоровья данного человека. Безусловно, такая ситуация создаёт угрозу здоровью как для самого мигранта, так и для окружающих граждан.

С учётом неблагоприятной эпидемиологической ситуации в ряде стран мира, подлежит сегодня обсуждению на «круглом столе» необходимость расширения диагностического обследования мигрантов и по другим заболеваниям, в том числе вирусный гепатит, брюшной тиф, а также наличия справки или сертификата о профилактических прививках с прежнего места жительства. Это особенно касается членов семьи мигрантов и в первую очередь несовершеннолетних детей.

Говоря о проблемах медицинского обеспечения членов семей мигрантов, следует констатировать, что фактически за состоянием здоровья их детей сегодня следят исключительно родители. Лечебные учреждения этот процесс практически не контролируют. Подобная ситуация и с доступом к медицинской помощи беременных мигрантов, как уже Сергей Вячеславович сказал, мы в основном встречаемся с ними при родоразрешении в условиях родильного дома. Этот вопрос один из самых актуальных, широко обсуждаемых, я не буду приводить цифры, с учётом того, что в выступлениях предусмотрена информация из крупных мегаполисов.

Следует также отметить, что доступ к медицинской помощи мигрантов ограничивает и их незнание или плохое знание русского языка, и, безусловно, незнание, правовой нигилизм, незнание своих законных прав. Так, согласно статье 24 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», работники отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений обязаны проходить предварительные или периодические медицинские осмотры при поступлении на работу. Эти

виды осмотров должны охватывать и иностранных граждан, работающих в России. Это не только право лиц, занятых отдельными видами профессиональной деятельности, но это их обязанность, в соответствии со статьёй 213 Трудового кодекса Российской Федерации.

Множественность нормативно-правовых актов, регулирующих порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам, затрудняет поиск нужной информации по интересующему вопросу. Здесь, на наш взгляд, может помочь активизация просветительской работы по повышению правовой грамотности мигрантов, которая должна, безусловно, проводиться на межведомственном уровне и с привлечением общественных организаций.

Ещё один важный аспект, затрудняющий контроль и планирование мероприятий по медицинскому обеспечению этой уязвимой категории граждан, это отсутствие единой информационной базы о трудовых мигрантах и состоянии их здоровья.

Уважаемые участники «круглого стола»! Безусловно, совершенствование медицинского обеспечения мигрантов, мы понимаем, является только одним из направлений комплексной миграционной политики, которая у нас проводится в Российской Федерации. Учитывая актуальность проблемы, Президентом Российской Федерации 13 июня текущего года была утверждена концепция государственной миграционной политики до 2025 года.

В числе мероприятий по оказанию медицинской помощи мигрантам определены такие как создание центров содействия иммиграции в Российской Федерации и медицинского освидетельствования иммигрантов, в том числе за рубежом. Следующее мероприятие, которое определено концепцией, это обеспечение доступа иностранных граждан и членов их семей к социальным, медицинским и образовательным услугам, в зависимости от их правового статуса.

Вопросы законодательного регулирования страховых услуг по добровольному медицинскому страхованию граждан государств СНГ обсуждался 22 августа этого года на заседании «круглого стола» в Общественной палате России. В 2011 году федеральным законом № 186 ратифицировано Соглашение о правовом статусе трудящихся мигрантов и членов их семей. Статья 13 данного соглашения содержит рамочную норму, устанавливающую, что как сам трудящийся мигрант, так и члены его семьи, имеют право на получение безвозмездной скорой помощи, а также иной медицинской помощи.

Вот вопрос на каких условиях должна оказываться данная помощь? Ситуация здесь непростая. С одной стороны, не получающие надлежащего медицинского наблюдения миллионы людей являются острой социальной проблемой. С другой, одностороннее решение этого вопроса, только за счёт средств федерального и региональных бюджетов на сегодня не представляется возможным, цифры в СМИ тоже вы знаете, какие расходы понесут. И ещё раз повторяюсь, сегодня в выступлениях мы надеемся услышать и от вас объективные, реальные цифры, ваши затраты из бюджета на решение этих проблем.

В связи с этим возникает необходимость проработки актуальных вопросов доступа трудовых мигрантов к медицинским услугам в России, проблем их медицинского страхования, в том числе путём внедрения различных программ добровольного страхования. И программы добровольного страхования, как вы знаете, могут быть различные и не только те, которые нам известны. Это ваши предложения, я надеюсь, мы учтём при принятии резолюции.

Требуется обсуждения и вопрос создания эффективной нормативно-правовой базы для обеспечения устойчивой профилактики и предупреждения распространения инфекционного заболевания. Сегодня для участия на этом заседании, на «круглом столе» приглашены и участвуют представители различных заинтересованных министерств и ведомств, общественные организации. Надеюсь на конструктивное обсуждение и конкретные предложения как в интересах защиты законных прав самих мигрантов и членов их семей, так и интересов нашей страны, в том числе нашей отрасли – здравоохранения.

С учётом высказанных вами позиций и мнений будут выработаны наши рекомендации по организационным и правовым нормам, направленным на дальнейшее совершенствование деятельности по обеспечению законных мигрантов на получение медицинской помощи. И как уже мне бы хотелось повторить то, что председательствующий сегодня заявил в начале нашей встречи, что это только «круглый стол», мы на этом не остановимся. Для того, чтобы по рекомендациям, предложениям «круглого стола» продолжить не только обсуждение, но и решение данной проблемы, планируется продолжение в рамках парламентских слушаний.

*Председательствует заместитель председателя
Комитета Государственной Думы по охране здоровья
С. Б. Дорофеев*

Председательствующий. Спасибо, Салия Шарифьяновна.

Позвольте предложить слово Гулину Анатолию Николаевичу, Директору Департамента организации медицинской профилактики скорой первичной медико-социальной помощи и санаторно-курортного отдела Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Гулин А. Н. Права иностранных граждан, временно пребывающих на территории Российской Федерации, в сфере здравоохранения, как уже было сказано, закреплены нашим основополагающим федеральным законом № 323-ФЗ. Право на медицинскую помощь иностранных граждан, проживающих и пребывающих на территории Российской Федерации, устанавливается законодательством Российской Федерации и соответствующими международными договорами Российской Федерации.

Объём и порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам зависит от статуса проживания на территории Российской Федерации, как уже было сказано ранее, постоянно или временно проживающие, временно пребывающие. Временно пребывающий в Российской Федерации иностранный гражданин – это лицо, прибывшее в Российскую Федерацию, на основании визы или в порядке, не требующем получения визы и получивший миграционную карту, но не имеющий вида на жительство или разрешения на временное проживание.

Временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин – лицо, получившее разрешение на временное проживание.

Медицинская помощь иностранным гражданам может быть оказана бесплатно в рамках ОМС, платно и в рамках ДМС. Всем иностранным гражданам, как уже говорилось в докладе, скорая медицинская помощь оказывает-

ся бесплатно и безотлагательно. Скорая медицинская помощь иностранным гражданам оказывается медицинскими организациями государственной и муниципальной системы здравоохранения, а также медицинскими работниками или лицами, обязанными оказывать первую помощь по закону или специальному правилу.

Как уже было сказано, эта помощь когда заканчивается, наступает следующий этап – плановое оказание медицинской помощи. И здесь начинаются проблемы. Потому что этот иностранный гражданин, которые не имеет полиса добровольного медицинского страхования и временно пребывающий на территории Российской Федерации, он должен её оплатить. Как правило, у него средств нет, организация, в которой он работает, зачастую отказывается от этой оплаты. И возникают соответствующие проблемы, и время лечения этого гражданина, этого временно пребывающего иностранца, ложится на наш бюджет, на ОМС.

Постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, застрахованные по системе ОМС, имеют практически такие же права, как и граждане Российской Федерации на бесплатное оказание медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая, поскольку они застрахованы. И на всей территории Российской Федерации, и в субъекте, где они находятся, они имеют право на бесплатное оказание медицинской помощи. Так же они имеют право на выбор страховой медицинской организации, на выбор медицинской организации из тех организаций, которые участвуют в системе ОМС, на выбор врача путём подачи заявления, на возмещение страховой медицинской организацией ущерба в случае её возникновения при оказании ему медицинской помощи, и на возмещение медицинской организации ущерба, если таковой наступил. Временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам полис обязательного медицинского страхования выдаётся на срок действия разрешения на временное проживание.

То, что касается добровольного медицинского страхования, то данный вопрос регулируется законодательством о страховой деятельности. Так, согласно пункту 3 статьи 3 Федерального закона от 1992 года «Об организации страхового дела в Российской Федерации» добровольное страхование осуществляется на основании договора страхования и правил страхования, определяющего общие условия и порядок его осуществления. Кроме того, добровольное медицинское страхование может осуществляться в пользу третьих лиц, в том числе образовательными учреждениями Российской Федерации в отношении иностранных студентов. Это подчас практикуется, и вы все знаете, что человек, который получает образовательную визу, он должен иметь медицинскую страховку. И если он оформляется на обучение в образовательное учреждение, как правило, оно требует у него обязательно полис добровольного медицинского страхования или само заключает в пользу этого лица договор о добровольном медицинском страховании.

То, о чём здесь говорилось в части выдачи медицинских справок, конечно, это проблема очень актуальная. И особенно она волнует нас в той части, которая касается лиц, которые приезжают сюда и осуществляют свою трудовую деятельность по патенту в личных хозяйствах в Российской Федерации. Эти лица, как правило, оформляют патент на 3 месяца, там медицинская справка

вообще не требуется. По окончании трёх месяцев они могут продлить свой патент ещё на 3 месяца, и так могут его продлевать в течение года. По окончании года они вновь могут прийти и так же без предъявления медицинской справки продолжить свои отношения далее. Это проблема очень актуальная, и, конечно, она требует законодательного подхода в плане её разрешения, поскольку опасность заражения от этих лиц наших граждан инфекционными заболеваниями, и в том числе в тех личных хозяйствах, где они работают, очень высокая.

Наши предложения очевидны. Конечно, необходимо совершенствовать законодательство в части медицинского обеспечения мигрантов, временно пребывающих на территорию Российской Федерации. Существующую проблему мы предлагаем решить посредством медицинского страхования мигрантов или принимающей стороной, которая их принимает, работодателем, или покупки медицинской страховки при въезде в страну самим иностранным гражданином. Как уже было сказано, все цивилизованные, развитые страны, они не позволяют въезд на свою территорию без медицинской страховки. Я думаю, что такой же порядок должен применяться и у нас в Российской Федерации к иностранным гражданам, которые выезжают к нам с той или иной целью.

Председательствующий. Светлана Михайловна Нечаева – Директор Департамента занятости населения Минтруда России.

Нечаева С. М. Развивая мысль, которая была предшествующими выступающими озвучена, я бы хотела сказать. Да, действительно, на сегодняшний день у нас не все иностранные граждане, которые осуществляют трудовую деятельность на территории Российской Федерации, обеспечены медицинским страхованием. В этой связи Министерство труда считает, что это пробел в законодательстве, и норма должна присутствовать, мы работаем над совершенствованием того законодательства, которое на сегодняшний день существует. Но, в частности, хотелось бы сказать, что подготовлены соответствующие предложения по внесению изменений в законодательство, в том числе подготовлены изменения в Трудовой кодекс Российской Федерации, связанные с особенностями осуществления трудовой деятельности иностранными гражданами. Среди прочих изменений, проект федерального закона предусматривает дополнение Трудового кодекса новой статьёй, устанавливающей особенности регулирования труда иностранных граждан и лиц без гражданства. В частности, предлагается в трудовом договоре с иностранным гражданином указывать сведения о полисе медицинского страхования, либо договоренность с медицинской организацией на получение первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи при заключении трудового договора с временно пребывающим в Российской Федерации иностранным гражданином или лицом без гражданства.

Кроме того, предлагается в число документов, предъявляемых иностранным гражданином при заключении трудового договора с работодателем, включить полис медицинского страхования, действующий на территории Российской Федерации, за исключением случаев, когда работодатель заключает соответствующий договор с медицинской организацией на получение первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи для временно пребывающих в Российской Федерации иностранных граждан.

Проект закона уже прошёл у нас ряд согласований в заинтересованных федеральных министерствах и ведомствах. Сейчас мы продолжаем рабо-

тать, у нас есть определённые разногласия с отдельными министерствами. Я думаю, что этот проект закона в ближайшее время должен быть внесён в установленном порядке Правительством.

Кроме того, Минтрудом подготовлен проект федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» по вопросам обязательного социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и медицинского страхования иностранных граждан. Этот проект закона в части вопроса предоставления медицинской помощи иностранным гражданам, временно пребывающим на территории Российской Федерации, предлагает внести изменения в 115-й Федеральный закон «О правовом положении иностранных граждан», которыми предусматривается включение договора в полис медицинского страхования или договора, заключенного работодателем или заказчиком, работ и услуг с медицинской организацией на получение первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи иностранным гражданином в перечень документов, необходимых для получения или продления иностранным работникам, временно пребывающим на территории Российской Федерации, разрешения на работу и патента. И возложение на работодателей, использующих труд иностранных работников, временно пребывающих на территории Российской Федерации, обязанности по обеспечению финансирования и оказания таким работникам медицинских услуг в объёме, не менее предусмотренной территориальной программы «Государственные гарантии» в ней осуществление трудовой деятельности этих работников путём заключения в отношении них договоров добровольного медицинского страхования или договоров с медицинскими организациями на оказание платных медицинских услуг.

Данный проект закона подготовлен, направлен на согласование в заинтересованные федеральные органы исполнительной власти и сейчас ими рассматривается.

Но сегодня озвучивалась проблема, которая, в принципе, существует. Федеральный закон № 114-ФЗ предусматривает наличие полиса медицинского страхования, который лица, которые пересекают территорию Границы Российской Федерации, должны, собственно говоря, иметь. И вместе с тем полномочия по контролю за предоставлением полиса медицинского страхования иностранным гражданином или лицом без гражданства при пересечении государственной границы, не возложены ни на один федеральный орган исполнительной власти.

В этой связи всё-таки бы хотелось, наверное, чтобы эта тема также нашла своё какое-то решение, постольку поскольку всё-таки это, наверное, первая причина того, что у нас возникают вот такие ситуации, когда лица не могут соответствующую помощь получить.

Председательствующий. Слово предоставляется Дементьевой Ларисе Александровне.

Дементьева Л. А. Я боюсь, что я немножко не уложусь в 5 минут, потому что я хочу вас познакомить с некоторыми цифрами всё-таки. Кроме теории, есть ещё реальная ситуация и реальная жизнь, вот чем мы владеем, Роспотребнадзор, в рамках предупреждения заноса и распространения инфекционных заболеваний в Российской Федерации именно трудовыми мигрантами.

На сегодняшний день достаточно серьёзная нормативная база – это федеральные законы, это приказы, это постановление правительства и главного санитарного врача, который определяет деятельность в этой области, то есть по предупреждению завоза инфекционных заболеваний.

Сразу вам хочу сказать, что в последние годы было обеспечение организации и проведения медицинского освидетельствования иностранных граждан, в том числе мигрантов, в каждом субъекте Российской Федерации определили медицинские учреждения, которые занимаются этой деятельностью. Всего в 82 субъектах, вернее, во всех субъектах Российской Федерации таких учреждений порядка 2 тысяч.

Я хочу вам показать – это представлено количество освидетельствованных, которые прошли иностранные граждане за период, начиная с 2007 года и по настоящее время. Посмотрите, мы начинали в 2007 году – это было 600 тысяч человек, и вот за 10 месяцев 2012 года – это более миллиона человек. То есть цифры освидетельствования, они ежегодно в принципе возрастают. Идёт освидетельствование мигранта на ВИЧ, туберкулёз и инфекции, передаваемые половым путём, ну, естественно, на наркотики. Здесь я просто не показываю эти цифры.

Значит, суммарно за этот период выявлено 45 тысяч больных инфекционными заболеваниями, в том числе ВИЧ-инфицированных порядка 8 тысяч, больных туберкулёзом – 15 тысяч 800, больных инфекциями, передаваемыми половым путём – 19 тысяч 270 человек.

Заболеваемость. Вот это как раз тот слайд. Обратите внимание, пожалуйста, нижние вот эти вот строчки слайда – это 2007 год, верхние строчки слайда – это 2012 год. Я хочу вас сразу нацелить на что? Посмотрите, всё-таки заболеваемость среди мигрантов и по инфекциям, передаваемым половым путём и туберкулёзом и ВИЧ-инфекции, она постепенно снижается.

Мы обследуем примерно тот же объём. Но снижается заболеваемость, потому что в принципе, вероятно, наши меры какие-то противоэпидемические всё-таки какое-то влияние имеют, и часть людей, которые уже выявлены, они на территорию Российской Федерации не приезжают.

Мы по закону сегодня зарегистрированных людей, которые въезжают на территорию Российской Федерации, получают регистрацию, а дальше они должны пройти освидетельствование, чтобы представить документ на получение разрешения на работу. Это те люди, которые приехали с целью трудового найма.

Председательствующий. Въезжают 14 миллионов. Вы обследуете миллион. Где остальные?

Дементьева Л. А. Значит, мы говорим о тех людях, которые...

Председательствующий. Они проходят, как группа риска.

Дементьева Л. А. Безусловно.

Есть разные мигранты, есть люди, которые приезжают сюда как туристы. Мы же говорим о трудовых мигрантах, тех, кто приезжает сюда с целью трудового найма. Таких, по данным ФМС, порядка 2 миллионов 600 тысяч человек. Это не мои данные, это данные ФМС. Миллион по прошлому году получили патенты и были выведены из-под действия законодательства, им не было нужды приходить в медицинские учреждения и, соответственно, они не обследовались. Естественно, если бы мы этот миллион обследовали, мы примерно выявили бы точно такую же картинку. Это просто математика.

За 10 месяцев этого года, вот на этот обследованный миллион выявлено ВИЧ-инфицированных 1153 человека, больных туберкулёзом – 1197, больных инфекциями, передаваемыми половым путём – 1882.

Безусловно, у нас есть территории и есть округа, которые наиболее привлекательны для мигрантов, и здесь больше всего выявляется таких больных – это Центральный, Приволжский и Уральский округ. Это связано с тем, что здесь Санкт-Петербург, Москва, и города-миллионники.

Я хочу отметить, эта таблица по числу обследованных мигрантов по городам. Вам, наверное, плохо видно, но хочу ваше обратить внимание, как работает Санкт-Петербург, где с 2010 года введена новая система регистрации мигрантов. Посмотрите, если они в 2009 году обследовали 21 тысячу мигрантов всего за год, то уже в 2012 году эти цифры 198 тысяч. То есть при правильной организации работы можно добиться того, чтобы и люди приходили, и удобно было, и мы могли бы их и обследовать, выявлять, регистрировать и оформлять решение о нежелательности пребывания.

Здесь есть несколько лучших территорий, в этой десятке – Свердловская область, Краснодарский край, Ханты-Мансийский автономный округ. Вот внизу Москва. Обратите, пожалуйста, внимание, сколько обследовано было в Москве мигрантов: 2009 год – 25 тысяч, 2010 – 20 тысяч. Конечно, эти цифры очень невелики. В этом году Москва приняла меры достаточно серьёзные, и вот они обследовали уже в этом году 177 тысяч трудовых мигрантов, это уже более серьёзные цифры.

Что дальше происходит с нашими трудовыми мигрантами, у которых выявлены инфекционные заболевания? По закону мы обязаны оформить документ – решение о нежелательности пребывания. Этим сложным процессом и занимается Роспотребнадзор в субъектах Российской Федерации и на уровне федеральной службы. А также медицинские учреждения в субъектах, которые занимаются непосредственно проблемой ВИЧ-инфекции, туберкулёза, и инфекций передаваемых половым путём.

За 2010–2011 годы было оформлено 3581 решение о нежелательности пребывания, то есть эти люди подлежат депортации. Что касается разговора о том, что ВИЧ-инфицированные могут приехать или не приехать на территорию Российской Федерации, всё это давно определено 38-м законом ещё в 1995 году, где говорится, что лица, у которых выявлена ВИЧ-инфекция, должны покинуть Российскую Федерацию, быть депортированы. В соответствии с ним, и новыми законами эти лица должны покинуть Российскую Федерацию. Вопрос, насколько эффективно покидают нашу страну – это уже следующий вопрос, потому что вопрос найти этого человека, вручить ему документ и проследить за тем, чтобы он выехал – это ещё одна тема, которая требует совершенно отдельного обсуждения.

Основная проблема у наших мигрантов, которую мы выявляем – это, конечно, в первую очередь, туберкулёз. 46 процентов всех решений, были оформлены в связи с выявлением туберкулёза. И вот здесь возникает проблема: а как этого человека отправить на историческую родину? У него туберкулёз диссеминированный, он опасен для окружающих. По нашему законодательству и по приказу нашей службы для того, чтобы его посадить в вагон поезда, мы прежде должны его пролечить до момента абациллирования. Вопрос, за какие деньги?

Поскольку сегодня у мигрантов нет страховых полисов, то возникает сложность с решением проблемы за какие деньги их лечить. Москва находит деньги и лечит, Липецк находит деньги за счёт каких-то программ, но большинство территорий денег не находит. Поэтому проблема: как мы будем заражать граждан, которые будут с ним ехать в этом поезде, или мы будем находить деньги и лечить? Здесь однозначно, наверное, может быть, ответ – лечить, может быть, только за счёт страхования. Поэтому страхование мигрантов – это ещё одна тема, которая, безусловно, очень важна.

Но хочу сразу обратить ваше внимание, что вопрос наличия страхового полиса не является противоэпидемическим мероприятием, потому что страховые компании, когда они оформляют страховку, они ведь у мигрантов ничего не спрашивают. Они у него спрашивают только что? Купюры денежные. И выдают ему документ. То есть страхование у нас для чего здесь? Для того чтобы оказать медицинскую помощь мигрантам, у которых случился какой-то инфаркт, травма, даже если он заболел туберкулёзом, его можно было вывезти из Российской Федерации и оплатить лечение.

Страховые компании, не требуют предъявления документов об отсутствии заболеваний. То есть эти две вещи, они не завязаны. Один момент – освидетельствование на выявление инфекционного заболевания, а другая часть вопроса – это страхование. Эти две части должны быть завязаны.

И с нашей точки зрения, мы считаем, что если бы страховые компании при оформлении требовали документы о прохождении освидетельствования, тогда мы могли эти два момента воедино увязать. Чтобы и помощь оказать, и предупредить занос инфекции на территорию Российской Федерации.

Я поддерживаю своих коллег в плане работы по патентникам. Это, действительно, тема достаточно серьёзная, третий год обсуждается, но она не находит пока решения, потому что на сегодня патентники, которые оплачивают патенты, они нашей стране большие деньги уже приносят. Это деньги, которые измеряются в миллиардах. Вчера была озвучена цифра ФМС, но я не ФМС, не могу ее озвучить, но это очень большие деньги.

Поэтому как бы чинить лишние препятствия патентникам мы не хотим, а с другой стороны, а мы не знаем сколько среди этого миллиона больных туберкулёзом. Эти люди работают в семьях у физических лиц, а не в больших коллективах.

Так что, поддерживаем вопросы по поводу страхования и патентников. У нас есть свои предложения, мы их напишем.

Председательствующий. Попросил слово Олег Анатольевич Нилов, депутат Государственной Думы, член Комитета по транспорту.

Нилов О. А. Сейчас только что закончился «круглый стол», который проходил по инициативе двух комитетов Госдумы: по труду и соцзащите и безопасности с участием ФСКН, Виктора Иванова. Посвящён наркотикам, реабилитации, этой действительно страшной беде. Казалось бы, какая связь.

Выступая на этом «круглом столе», одним из предложений, которые я сделал, является введение визового режима с большинством тех стран, откуда открытым практическим способом доставляется большая часть этого страшного зелья для нашей страны. Поэтому в случае, если бы моя инициатива была бы поддержана, то вопрос о необходимости страховки решался

бы автоматически. Но боюсь, что по каким-то там соображениям высшим это не будет сделано.

Поэтому естественно я также поддерживаю идею и готов её вместе с коллективом депутатов вносить обязательность страховки при пересечении границы необходима. Первую причины называли – мы не имеем возможности сегодня действительно достойно оказывать медицинские услуги своим гражданам, а десяткам миллионов тем более такой возможности нет.

И один нюанс я хочу особо подчеркнуть, это действительно хотелось бы, чтобы и страховка для женщин была несколько отличной от страховки для мужчин. Но почему бы нам именно не ввести такую новацию. Да, такой сбор за возможные роды и обслуживание действительно сложной операции. Если, этого не случилось, разницу можно будет получить при возвращении на родину. Но вот какой-то такой вариант в обязательном порядке.

Думаю, может быть, это поможет нам остановить ещё одну проблему. Кроме наркотиков, есть миграционные проблемы, которые точно не соответствуют какому-то сбалансированному решению и тому, которое выгодно России, а самое главное – возникают социальные напряжения очень опасные. И вот когда приезжают действительно граждане на работу на непродолжительный срок, это одна история, и за это можно говорить спасибо, и это действительно может быть, выгодно. Но когда приезжают уже с семьями и надолго, а может быть и навсегда – это совсем другая история. И поэтому здесь вот этот аспект, я думаю, нужно будет учитывать.

Председательствующий. Разиез Хамедовна Натхо, депутат Государственной Думы – член Комитета Государственной Думы по охране здоровья.

Натхо Р. Х. Одним из самых больших вызовов, с которым сталкивается сегодня система здравоохранения в мире, это миграция.

Одним из самых больших вызовов, с которыми сталкивается сегодня система здравоохранения в мире, это миграция. В концепции миграционной политики официально признаётся тот факт, что России нужны мигранты, так как за последние 20 лет миграционный прирост в Российской Федерации компенсировал более половины естественной убыли населения, говорится в документе. Без притока особенно граждан бывшего СССР численность населения в Российской Федерации к 2011 году была бы на 7 миллионов меньше.

Исходя из этого, сегодня необходимо выстраивать дальнейшее совершенствование механизмов реализации их медицинского обслуживания. Имеющаяся нормативная база от подписанных соглашений до федеральных законов, регулирующих медицинское обслуживание мигрантов, к сожалению, сегодня работает в неполном объёме, во-первых, и не обеспечивает, во-вторых, равный доступ к системе здравоохранения части мигрантов, особенно с неурегулированным правовым статусом.

Поэтому сегодняшнее обсуждение проблемы медицинского обеспечения мигрантов направлено на выработку конкретных предложений по внесению изменений в действующее законодательство. Я позволила себе сделать экспресс-анализ всего, что предлагалось, на различных «круглых столах» и в Общественной палате, и в Совете Федерации, даже в стенах Государственной Думы и во всём медиа пространстве, и выявила для себя самые крупные, на которых хотела остановиться. Чтобы участники в своих выступлениях выразили своё отношение к тем или иным предложениям.

Особого внимания заслуживает предложение Роспотребнадзора о приобретении обязательной медицинской страховки для трудовых мигрантов из стран СНГ за личный счёт или средств работодателя. Представляется, что она должна покрывать услуги по профилактическим прививкам, профилактическим и противозидемическим мероприятиям, а также по оплате лечения, включая лечение от инфекционных заболеваний. Эта страховка могла бы распространяться и на членов семьи иностранного гражданина, приехавшего на заработки в Россию. Необходимо отметить, что требования по приобретению медицинской страховки предъявляются при въезде в большинство западных стран, в том числе и к гражданам нашей страны.

Второе. Обязательное медицинское страхование как работающих, так и неработающих граждан осуществляется в форме договора, заключаемого между страхователем, работодателем в отношении работающих граждан и органом исполнительной власти Российской Федерации в отношении неработающих граждан и страховой медицинской организацией. Необходимо принятие федерального закона об общих правилах оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации.

Этот закон должен детально прописывать порядок предоставления медицинской помощи на территории Российской Федерации, в том числе правила обязательного медицинского страхования иностранцев. Закон поможет упорядочить все нормы о медицинском обеспечении иностранных граждан и привести их в соответствие с действующим законодательством.

Третье. В последнее время усиливается тенденция к медицинскому туризму в Российскую Федерацию. Об этом говорили многие, это, как правило, жители Узбекистана, Киргизии, Таджикистана. Всё это вместе обходится московскому бюджету до 5 миллиардов рублей в год. Необходимо, чтобы это бремя с бюджета Москвы возложить в какой-то степени на работодателя. Самое правильное – было бы ввести в федеральный закон норму, которая существует во всех развитых странах, европейских. По крайней мере, суть одна – мигрант не может легально въехать в Россию, не имея страхового полиса на лечение.

Четвёртое. За прошлый год, по данным Роспотребнадзора, в России было выявлено более 6 тысяч мигрантов, в том числе более тысячи больных туберкулёзом и 2,5 тысячи – ВИЧ-инфекциями. Мигрант, безусловно, конечно, нам нужен здоровый, в крайнем случае с полисом медицинского страхования. Это предписано также Федеральным законом «О порядке въезда в Российскую Федерацию и въезда из Российской Федерации» ещё с 15 августа 1996 года. Согласно ему, въезд в страну иностранному гражданину либо лицу без гражданства не разрешается, если это необходимо в целях, в том числе защиты здоровья населения, если указанные лица, за исключением дипломатических лиц, не предъявили на границе полис медицинского страхования, действительный на территории России. Но Федеральная пограничная служба не контролирует этот вопрос, ссылаясь на то, что проверка полиса требует специальных познаний.

Не работает также и Соглашение о сотрудничестве в области трудовой миграции и социальной защиты трудящихся мигрантов, подписанное на саммите СНГ ещё весной 1994 года. Оно предусматривает оформление как за счёт работодателя, так и за наличный счёт мигранта, полиса медицинского страхования уже на месте, непосредственно в России.

Поэтому в течение месяца по прибытии в Россию трудовые мигранты должны пройти обследование у наших медиков. Проблема может быть решена, например, созданием соответствующей договорно-правовой базы со странами исхода мигрантов, либо путём возложения на работодателя обязанности по оплате их лечения.

Пятое. Линейка страховых продуктов широка. Она предусматривает все виды медицинской помощи. Но в действующем законе не указана суть медицинского полиса для мигрантов. То есть нет перечня необходимых услуг. К примеру, такой перечень для мигрантов имеется в странах, живущих, участников Шенгенского соглашения.

И шестое. Заинтересованность в приобретении полиса добровольного медицинского страхования. Несмотря на первоначальную гипотезу о достаточно низком уровне заинтересованности в приобретении полиса ДМС опросы показывают, что приблизительно две трети опрошенных отметили, что были бы заинтересованы в том, чтобы застраховать своё здоровье на период въезда в Российскую Федерацию.

Таким образом по вопросу заинтересованности в приобретении полиса добровольного страхования можно сделать два вывода. Во-первых, общий уровень заинтересованности является достаточно высоким, 64 процента от общего числа опрошенных.

Во-вторых, распределение по полу и стране исхода позволяет определить, что наиболее высокую степень проявили мигранты Киргизии, как женщины, так и мужчины на уровне 77 процентов. На втором месте следуют женщины Таджикистана – 56 процентов. Наименьший интерес проявили мужчины из Таджикистана – менее 50 процентов от общего числа опрошенных.

Принимая во внимания тот факт, что минимальная стоимость полиса ДМС в Российской Федерации составляет примерно 300-350 долларов США в год. Основным заключением становится вывод о том, что в настоящее время приобретение полиса ДМС исключительно за счёт личных средств трудящихся маловероятно. Имеется в виду мигрантов. Опрошенные заявили, что они готовы затратить на приобретение ДМС примерно 1,5 тысячи рублей. Здесь, естественно, вывод один – необходимо определение минимального перечня медицинских услуг в полисе ДМС, возможности применения гибких схем или специальных условий страхования для иностранных граждан.

В заключение я бы хотела отметить, что, конечно, сегодня очень много сказано и будет говориться, в какой ситуации, на каком уровне развития находится этот вопрос. Но хотелось, чтобы мы предприняли уже более конкретные шаги как, особенно в законодательной части, чтобы можно было как бы уже идти позитивно. Если уже есть и концепция на уровне, принята Российской Федерацией, я думаю, что, наверное, даже мы должны сегодня сформировать рабочую группу, которая впоследствии подготовит и парламентские слушания и выйдет на какие-то законодательные инициативы.

Председательствующий. Слово предоставляется Дмитрию Алексеичу Валентею.

Валентей Д. А. 22 августа 2012 года в Общественной палате состоялся «круглый стол», посвящённый вопросу добровольного медицинского страхования граждан СНГ. И возможности развития рынка страховых услуг для этой категории лиц. В нём приняли участие также и представители ряда

страховых компаний. Я хотел бы остановиться, обратить ваше внимание на ряд моментов, которые там обсуждались.

Ну, во-первых, конечно, затрагивался вопрос о правоприменении закона «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию», о котором уже неоднократно говорилось. Есть вопросы правоприменения этого закона. Налицо ситуация, при которой очевидна разница в подходах. Иностранные граждане визовики обязаны при въезде в Россию иметь полис медицинского страхования, тогда как в отношении безвизовиков данные законодательные требования игнорируются. Это нарушает принцип единообразного применения закона, по крайней мере в этой части из императивного превращается в декларативный и размывается, что недопустимо для нормативного акта такого уровня.

Далее. От выплаты иных вознаграждений по заключённым мигрантами трудовым договорам не взимаются страховые взносы в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и в территориальные фонды. Очевидно, что в этом случае интересы защиты здоровья временного трудового мигранта, прибывшего в Россию в порядке, не требующем получения визы фактически не обеспечиваются. Плюс в этом случае иностранный работник на вполне законных основаниях обходится работодателю дешевле работника российского. Относительно возможного варианта развития рынка услуг добровольного медицинского страхования для иностранных граждан участники обозначали основные сложности при работе. В частности была отмечена пока ещё низкая востребованность услуг по страхованию со стороны граждан государств-участников СНГ. Объяснения простые. То есть это полис фактически не требуется для въезда в Россию, значит, нет необходимости на него тратить деньги. С другой стороны, довольно высокая с точки зрения мигрантов его стоимость.

В заключение был предложен ряд мер организационного и правового характера, направленных на совершенствование деятельности по медицинскому обеспечению иностранных граждан, в частности, обеспечить практическое исполнение требований законодательства по вопросу не пропуска на территорию страны иностранных граждан, у которых отсутствует действительный полис медицинского страхования, признаваемый в Российской Федерации. Второе. Определить стандартный и минимальный набор медицинских услуг, которые должны покрываться полисом в период его пребывания в России, при этом установить, что в случае, если полис не предоставляет минимально необходимый перечень таких услуг, то его владельцу въезд в Российской Федерации не разрешается.

Председательствующий. Александр Алексеевич Кириллин, руководитель Департамента труда и занятости населения Москвы.

Кириллин А. А. Экономическая привлекательность труда мигрантов не может не затрагивать социально-экономические интересы города Москвы и его жителей. Особое влияние трудовые мигранты оказывают на решение задач сохранения здоровья москвичей, предупреждения случаев распространения инфекционных и паразитарных заболеваний.

Проблематичность регулирования данных вопросов связана, по нашей оценке, с существенными законодательными пробелами. Как показывает практика, действие федеральных законов не в полной мере обеспечивает

противодействие привлечения к осуществлению трудовой деятельности безвизовых иностранных граждан, имеющих общественно опасные заболевания. В частности, ФМС в этом году по городу Москве аннулировало более 9 тысяч разрешений на работу, из них 93 процента составляют граждане безвизовые, иностранные граждане. 70 процентов из этих аннулированных разрешений аннулированы в связи с непредставлением медицинских справок в указанные сроки, а 11 процентов – в связи с предоставлением поддельных медицинских документов.

Кроме того, по предоставлению управления Роспотребнадзора по городу Москве в этом году принято решение о закрытии въезда в Российскую Федерацию по медицинским показаниям 33 иностранным гражданам, однако информация об их добровольном выезде или выдворении, депортации отсутствует.

Таким образом, законодательно установленные механизмы регулирования вопросов медицинского освидетельствования безвизовых иностранных граждан либо действуют неэффективно, либо реагируют только на последствия, но уже после того, как носитель общественно опасных заболеваний длительное время контактировал с окружающими членами городского общества.

В связи с этим представляется обоснованным, чтобы безвизовые иностранные граждане наравне с визовыми предоставляли необходимые медицинские справки при получении разрешения на работу и патента на работу у физических лиц.

В интересах оказания медицинской помощи предлагается ввести следующие правовые нормы: обязать безвизовых иностранных граждан предоставлять в течение 30 дней копию полиса обязательного медицинского страхования после получения разрешения на работу; обязать работодателя, привлекающего к осуществлению трудовой деятельности безвизовых иностранных граждан, осуществлять выплаты в фонд федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования соответственно в размере 3,1 и 2 процента от фонда оплаты труда. Наряду с этим в интересах обеспечения объективности медицинского освидетельствования и подлинности медицинских справок требуется установить единый порядок прохождения медицинского освидетельствования в государственных и негосударственных медицинских учреждениях, перечень которых должен определять субъект Российской Федерации. Установить единый образец медицинской справки и порядок учёта бланков строгой отчётности прохождения медицинского освидетельствования.

Кроме того, в настоящий момент нами предпринимаются иные практические меры. Межведомственная комиссия по вопросам привлечения и использования иностранных работников на заседании 9 октября 2012 года ФМС России по городу Москве рекомендовано выдавать безвизовым иностранным гражданам разрешения только после предоставления медицинской справки.

Проектом московского трёхстороннего соглашения на 2013–2015 годы между Правительством Москвы и московским объединением профсоюзов и объединением работодателей предусмотрено, что работодатель, планирующий привлечение иностранных работников с 1 января 2014 года, будет до-

бровольно вносить в бюджет города Москвы взнос в размере 1 тысячи рублей в месяц за одного привлекаемого иностранного гражданина в плане компенсации расходов на медицинское обслуживание иностранных граждан.

Справочно, выпадающие расходы из бюджета города Москвы на оказание медицинской помощи иностранцам, порядка 4,5 миллиарда рублей.

Председательствующий. Ещё раз про интересную норму. Принято решение, что они добровольно будут вносить, это как?

Кириллин А. А. Рекомендовать добровольно вносить.

Председательствующий. Понятно. Хорошая норма.

Олег Анатольевич Куликов, зампредела Комитета Государственной Думы по охране здоровья.

Куликов О. А. Тема достаточно важная для всех нас. Мы все сталкивались с незаконными мигрантами. Давайте немножко систематизируем вообще понятие миграции.

Есть миграция наших соотечественников и граждан, которые хотят проживать в Российской Федерации. За 2011 год въехало 356 тысяч, которые получили гражданство или вид на постоянное место жительства. Действительно они компенсируют естественную убыль. Естественная убыль населения в прошлом году была 170 тысяч, то есть, это превышение смертности над рождаемостью. И вот это число граждан позволяет увеличивать число нашего народа населения.

Миграция иностранная, не на постоянное место жительства примерно 14–12 миллионов человек. Легальная – миллион, полтора, максимум, два, всё остальное – 10, 12 миллионов – это нелегальная миграция. Никакими добрыми намерениями и рекомендациями мы не заставим их оплачивать медицинскую страховку и оплачивать своё лечение в Российской Федерации.

И я согласен с моим тёзкой Ниловым, что только введение визового режима позволит в определённые законные рамки обеспечивать медицинскую страховку, как это делается за рубежом.

Виза предоставляется на определённый период. Этот период может быть и несколько дней, это и месяц, и год. Но год, как правило, это самый большой период визы для работника, значит, и за год должна быть оплачена медицинская страховка или за другой период.

Если нахождение в стране человека превышает визовый период, он депортируется из страны. Это нормальная международная практика. Если мы не перейдём на визовый режим, эти проблемы у нас будут постоянно.

Когда нам говорят о вкладе мигрантов любых (законных, незаконных) экономику страны, я думаю, должны понимать, что есть большие группы влияния в экономике нашей страны, которые заинтересованы в дешёвой рабочей силе не только потому, что эта сила дешёвая, а потому, что она снижает уровень оплаты нашим гражданам, притом существенно. В строительстве она снижает уровень оплаты в 2–3 раза, в торговле тоже в 2–3 раза.

Другие цифры. За полгода утечка капитала в страны СНГ от миграции – 8 миллиардов долларов, 8 – за полгода, выросла по сравнению с прошлым периодом аналогично на 17 процентов.

Какие страны получатели? Узбекистан – 2 миллиарда долларов, Таджикистан – миллиард 400, Украина – миллиард 400. Это официально через банковскую сферу или сферу почты. Примерно столько же оценивается, что

это неофициально. То есть год эта утечка капитала – где-то 30 миллиардов долларов, это примерно один триллион рублей. А вклад, который вносят мигранты в экономику России, это примерно 1 процент ВВП, это 60 миллиардов рублей. То есть потеря и приобретение, где они, я считаю, что совершенно неочевидно приобретение нашей экономики. Притом что эта утечка капитала, это ещё фонд заработной платы, который не расходуется на нашем внутреннем рынке, а который повышает ВВП других стран.

Кстати говоря, вот эти перечисления заработной платы в тот же Таджикистан, это 47 процентов от ВВП. И я считаю, что это достаточно сильный и политический аргумент для различных споров с этими странами о правовом режиме нахождения наших военных объектов в этих странах.

Вы знаете, в течение 10 месяцев не могли мы решить, сколько же нам надо платить за военную базу в Таджикистане, потому что запредельные были расценки на эту военную базу. Я считаю, что в настоящее время вот самый эффективный способ, это перейти на визовый режим, тогда большинство проблем будет решаться.

Ещё одна проблема, это неработающие члены семьи. Вы знаете, что по российским законам за неработающих членов семьи платит региональный бюджет. Возможно ли в наших условиях, чтобы региональный бюджет оплачивал неработающим членам семьи мигранта медицинскую страховку? Я думаю, совершенно нереально.

Вот здесь приводились данные по рождению в Москве. За год в Москве родится 10 тысяч человек от женщин-мигранток. 10 тысяч человек, и при этом 120 человек отказников. То есть их не забирают из роддомов, они как бы теперь уже навечно становятся на обеспечение бюджета Российской Федерации. Это приводит к другой проблеме. Уже в ряде школ на границах там Москвы и области до 50 процентов учащихся – это дети мигрантов. А кто тратит на обучение? Кто компенсирует расходы на образование?

По некоторым оценкам, через 5-10 лет до 50 процентов учащихся средних школ, ну, есть и ниже, минимально 30, это будут дети мигрантов. Это огромная проблема не только на бюджет, но и на качество преподавания, потому что ученики, которые не знают русского языка, требуют намного больше внимания от преподавателей, чем те, у которых русский язык является родным.

Председательствующий. Юрий Викторович Московский. Ответственный секретарь Общественно-консультативного совета при УФМС по городу Москве. Да, вы и передайте им.

Московский Ю. В. Я обязательно передам, тем более на наших заседаниях уже и рассматривались вопросы и по здравоохранению, и по эпидемиологической обстановке в Москве. Спасибо и Роспотребнадзору, приходили в Департамент по здравоохранению. Поэтому у нас, в принципе, позиция-то единая, что необходимо в этой сфере наводить порядок, потому что, конечно, это ужасы, которые некоторые товарищи описывают его, не наблюдают, но ситуация всё равно не очень хорошая.

Я просто кратко скажу, что вот называемая цифра 10 миллионов иностранцев, 12, 15, это, вообще, количество въездов в страну, а не количество пребывающих в стране иностранцев, находящихся на данный момент. В Госдуму в течение года входят миллиона полтора народу. Это не значит,

что все они сейчас здесь находятся. И те цифры, которые иной раз называют по Москве, 2 миллиона иностранцев, это 2 миллиона въездов в наш город. А всего по городу находится где-то 430 тысяч зарегистрированных иностранных граждан и плюс к этому имеются ещё граждане Украины и Белоруссии, которые могут жить без регистрации. Ну где-то до 700 тысяч всего иностранных граждан находится вот в городе в тот момент, когда мы с вами здесь сидим, может, и поменьше. То есть это вот, чтобы понимание было. Потому что те, кто называет 10 миллионов, но в стране 33 миллиона трудоспособных мужчин. Что, каждый третий из них иностранец из Средней Азии?

Теперь к предложениям перейду. Я остановлюсь на некоторых пунктах, которые, на мой взгляд, важны.

Это, например, указание медицинским учреждениям, прежде всего частным, предоставлять информацию о выявленных случаях социально опасных заболеваний иностранных граждан в соответствующие инстанции. В случае укрывательства таких больных со стороны медицинских учреждений применять к ним санкции вплоть до отзыва лицензий.

Участились случаи использования незаконных схем, например, фирм-однодневок при организации использования иностранной рабочей силы, что приводит не только к невозможности привлечения компаний-нарушителей к ответственности в рамках законодательства РФ. Эти схемы используются не только для уклонения от налогов, но и для найма иностранной рабочей силы без соответствующих медицинских документов. Для пресечения данных фактов необходимо разработать механизм по привлечению к ответственности генеральных подрядчиков в случае незаконного использования субподрядными организациями труда иностранных граждан с фальшивыми медицинскими документами. В качестве воздействия на работодателей, используя их труд, иностранных рабочих, было бы целесообразно отстранить от участия в заявочных компаниях на привлечение иностранной силы организации, допустившие в предыдущие годы правонарушения в порядке оформления иностранных граждан на работу, в том числе при оформлении медицинских документов. У нас вот с Департаментом по труду и занятости Правительства Москвы были всегда очень хорошие отношения. Я надеюсь, что они и дальше будут, как говорится, продолжаться.

Важно повысить ответственность за изготовление и сбыт в продажу фальшивых медицинских справок об инфекционных заболеваниях. Например, введя штрафы, до 800 тысяч рублей за каждую справку, как за каждого иностранного гражданина, сейчас находящегося на работе у юридического лица или же и вовсе приравнять это к особо тяжким уголовным преступлениям. У нас в год по официальным данным в стране около ста тысяч человек погибает от инфекционно опасных заболеваний. А если посчитать там ещё с лёгочными заболеваниями и так далее, и со случаями, которые реально это из-за инфекций, это, наверное, до полумиллиона, а то и до 600 тысяч, а может и больше. Это вот сравните, какие потери у нас несёт страна от инфекционных заболеваний. В том числе от тех преступников, которые выдают фальшивые документы.

В связи с тем, что обстановка в немалой степени зависит от контроля за миграционными процессами с целью недопущения пребывания на тер-

ритории Российской Федерации иностранных граждан, больных инфекционными заболеваниями, необходимо более широко привлекать к контролю именно граждан, как таковых. И здесь, наверное, роль определённая была бы из-за закона «Об участии граждан в охране общественного порядка». Например, практика показывает, что народные дружины, которые действуют в более, чем в 50-ти регионах Российской Федерации, а в городе Москва они наиболее активны, об этом просто мало пишут, 20 тысяч человек в народных дружинах в Москве состоит, это очень весьма действенный и эффективный механизм по контролю за нелегальной миграцией в том числе, и за незаконными работающими. Очень большую помощь ФМС народные дружины в Москве оказывают.

Надо предложить правительству и администрации городов разработать программу по переоборудованию бывших промышленных и на сегодняшний день нефункциональных объектов под проживание приезжих на законных основаниях. Потому что это тоже громадная проблема. Люди живут в подвалах, в чердаках, в антисанитарных условиях на самом деле. И связано это как с тем, что у них относительно низкие заработные платы, я говорю относительные, потому что 20 тысяч рублей, например, которые получает иностранный работник, у нас 20 тысяч рублей только научный сотрудник получает. Поэтому, когда говорят о низких заработных платах иностранцев, такие моменты почему-то забывают.

И в качестве одного из шагов наведения порядка – усилить административную ответственность должностных лиц ДЭЗов, ЖЭКов и управляющих организаций за попустительство нелегального проживания мигрантов в объектах городского нежилого фонда, введя для ответственных должностных лиц соответствующие штрафы. Штрафные санкции – они очень эффективны. Определить ответственность собственника здания управляющей компании, организации, эксплуатирующей жилой дом, в том числе отселённый за незаконное предоставление помещений иностранных граждан для проживания. Потому что сплошь и рядом такого рода претензии выдвигаются, например, Федеральной миграционной службой, а Федеральная миграционная служба ничего поделать в данной ситуации не может. Потому что это компетенция собственников и компетенция ДЭЗов.

Требуется, конечно, выпуск соответствующей литературы, поводить разъяснительную работу. И необходимо ещё и нормальное научное обеспечение той деятельности, которая сейчас проводится в области миграции. Потому что те цифры, которые сплошь и рядом звучат, эти факты, которые сплошь и рядом звучат, но они вводят страну в панические настроения, но не помогают решить проблему, а наоборот – загоняют их в тупик.

Ренц Н. А. А можно вопрос докладчику? А вот у нас в рекомендациях написано в Федеральной миграционной службе совместно с Минздравом обеспечить исполнение федерального закона №114-ФЗ в части порядка проверки въезда и выезда. Все говорили, что это всё не исполняется.

Как вы считаете, как человек, близкий к миграционной службе, они в состоянии это сделать? Потому что мы им рекомендуем исполнять федеральный закон? Вот они могут это сделать? Если они это могут сделать, так может мы вообще половину разговора сегодня можем не говорить? Или нет? как вы считаете?

Московский Ю. В. Я считаю, что закон всегда исполнить можно на самом деле. Для этого нужно просто прилагать некоторые усилия.

Кстати, в Федеральной миграционной службе на самом деле, я это уже своё мнение выскажу, просто нехватка штатных сотрудников, это тоже исторический факт. Потому что большинство работников Федеральной миграционной службы – это работники паспортных столов, ну, это тоже факт. Они не занимаются теми вопросами, которые сплошь и рядом поднимаются. На самом деле у нас постоянно в стране идёт борьба не с проблемами, а с бюрократией.

Ренц Н. А. Можно, кстати?

Московский Ю. В. Это, к сути. Потому что от этого зависит.

Ренц Н. А. Если их нет, значит, они не могут.

Московский Ю. В. Если штатных сотрудников не хватает для выполнения определённых обязанностей, то они выполняться не смогут. Поэтому на Федеральную миграционную службу наваливается много проблем, а штатная численность уменьшается.

Ренц Н. А. Я бы хотел конкретных ответов.

Московский Ю. В. Я конкретно ответил.

Председательствующий. Ну, хорошо, теперь послушаем врачей.

Главный врач Якутского республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом Анатолий Александрович Кожевников.

Кожевников А. А. В принципе то, что хотел сказать, уже сказали москвичи. Тема касалась как раз освидетельствования на ВИЧ-инфекцию и вообще на тот перечень заболеваний, который утверждён соответствующим постановлением главного санитарного врача. И порядок такой, что если мы не сделаем единый образец, то у нас будет то, о чем сейчас говорил Сергей Вячеславович, что эти справки – практически профанация. В метро, на разных линиях везде висят объявления «получение справок, медосвидетельствование», в том числе больничные листы.

Поэтому здесь просто хотелось бы поддержать инициативу москвичей в том, чтобы именно была заведена эта единая система. Никаких больших затрат она не приведёт, просто должен быть порядок.

И я категорически против того, чтобы участвовали, по крайней мере, нелегализованные частные организации в таком важном процессе как защита здоровья нас, наших детей, поскольку ВИЧ, ещё будем говорить, более или менее, будь сам осторожен, но туберкулёз – это практически, вы знаете, что он летает и заразить независимо от уровня жизни любого человека вполне возможно.

Председательствующий. Большая часть предложений-то сводилась к страхованию всё-таки выступающих. Я бы хотел послушать мнение Светланы Георгиевны Кравчук, начальника Управления организации обязательного медицинского страхования Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Кравчук С. Г. Мы говорим всё-таки о том, что необходимо страхование. Сегодня это один из самых цивилизованных способов оказания медицинской помощи мигрантам.

Поэтому мы поддерживаем и предлагаем также обеспечить сегодня страхование, ДМС, или это могут быть прямые договоры, и работодатели с меди-

цинскими организациями. Тем более, что налоговое законодательство страны сегодня предоставляет уже льготы, даёт сегодня 6 процентов льгот и включение в себестоимость расходов при условии, что заключены договоры добровольного медицинского страхования, и медицинская помощь оказывается. То есть мы практически эти расходы сегодня покрываем работодателю.

Поэтому возможности для этого есть. И вот, мы сегодня нашли согласование этого вопроса с Министерством труда, и они подготовили нормативную базу по внесению в трудовое законодательство по обязательству со стороны работодателей заключать договоры. И, безусловно, обеспечивать социальную защиту мигрантов на территории Российской Федерации именно путём заключения договоров непосредственно с медорганизациями или договоров добровольного медицинского страхования со страховыми компаниями.

Единственное, что, на наш взгляд, необходимо всё-таки обеспечить на уровне государства – это правило добровольного медицинского страхования для данных категорий граждан, и определить типовые формы полисов добровольного медицинского страхования. Потому что мы должны понимать всё-таки, и мигранты наши тоже должны понимать уровень государственного регулирования по данному вопросу.

Председательствующий. Слово предоставляется первому заместителю председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Герасименко Николаю Фёдоровичу.

Герасименко Н. Ф. Мне кажется, мы всё правильно говорим, но забываем, у нас тема об организации медицинской помощи. Не остался за кадром вопрос: кто сегодня, вчера, в течение последних двух лет оплатит затраты или покроет затраты в медицинские учреждения на оказание им помощи? К нам не приходят мигранты с остеохондрозом или с какой-нибудь энцефалопатией, они все поступают с тяжёлыми травмами. Вот буквально недавно у нас пациента месяц на ЭВЛ травма, черепно-мозговая и прочее. Только антибиотики и препараты составили 250 тысяч, а она ещё лежит. Кто за неё заплатит? Раньше платил фонд за счёт средств, поступающих от администрации области, как за неработающих платили. Теперь закон о страховании, фонд говорит – не застрахованы, все пошли подальше. Кто заплатит колоссальные деньги? Откуда берём? Берём у граждан у наших. Где ещё взять? Обделяя их лечением и прочее.

Поэтому, когда мы пишем Правительству Российской Федерации, давайте решим, пока мы организуем это страхование. Правильно сказали, в каких страховых компаниях? Он же должен приехать к ним. Кому мы, какой таджикской компании мы поверим? Никакой. Какой приглашающей стороне, да? Эти работодатели, о которых мы с вами говорим, они же туфтовые в большинстве своём. Они же такие фантики, их нет. Он взял, получил, устроился, сдал. Таких, кто официально не так много. Соответственно сказать, что мы его обяжем, он заключит договор с лечебным учреждением, да никогда. Это колоссальных денег, вы же знаете, сколько стоит медицина.

Поэтому давайте как-то решать. Крайнее то медицинское учреждение, оно несёт затраты. Мы все рассуждаем, а кто ему покроет? Правительство, должно?

Председательствующий. Ясно. Кстати, Светлана Георгиевна, а что порекомендуете сейчас лечебным учреждениям?

Кравчук С. Г. В настоящее время, просто может быть не совсем к фонду обязательного медицинского страхования. Но тем не менее сегодня у нас с вами есть законодательные нормы об основах об охране здоровья граждан, которые чётко определяют, и в том числе и законодательство определяет источники финансирования оказанной медицинской помощи. И в данном случае у нас с вами есть возможность и временно и постоянно проживающих иностранных граждан обеспечивать полисами обязательного медицинского страхования. В отношении временно прибывающих граждан – это действительно сегодня вопросы ДМС и платной медицинской помощи, оказание на платной основе медицинской помощи.

И кроме того надо учитывать, что сегодня оказание медицинской помощи скорой и оказание медицинской помощи в экстренной форме сегодня обеспечивается медицинскими организациями за счёт средств как ОМС по застрахованным гражданам, так и всем остальным категориям населения за счёт средств бюджета. Поэтому сегодня обязательства чётко определены в этом отношении.

Что касается плановой медицинской помощи, то сегодня есть нормативные акты, постановления правительства и порядке оказания медицинской помощи, которые разрабатываются Министерством здравоохранения Российской Федерации. Поэтому в данном случае необходимо определять, каким образом поступает пациент в медицинскую организацию.

Председательствующий. Очень бы хотелось конкретного ответа, Анатолий Николаевич.

Гулин А. Н. Вы знаете как, мы им не говорим о плановой помощи.

Председательствующий. А вы что думаете вот в таких ситуациях?

Очень бы хотелось, чтобы не уходили от ответа. Если уж практический вопрос, а я знаю, что такое практический вопрос имеет место быть, на самом деле, а дайте вот ответ на сегодняшний день, а как быть лечебному учреждению, в котором по экстренной помощи помещён человек без сознания и лежит там 2-3 месяца и стоит это вот, ну скромно сказали, 250, бывает и больше. А кто за это сейчас должен заплатить? Я уточню даже мысль Николая Фёдоровича, а с 1 января, когда будет одноканальное финансирование, кто будет тогда платить?

Гулин А. Н. По-моему, Минздрав о своих предложениях уже сказал и высказал их, и поддержал нас Росздравнадзор, и Минтруд тоже в части вот законодательства, которое на сегодня предложено к нашему рассмотрению.

То, что сказала у нас Светлана Георгиевна, я полностью поддерживаю. Да, в части оказания медицинской помощи экстренной это обязанность бюджета. При переходе на ОМС, там тоже сохраняются обязательства бюджета при оказании скорой медицинской помощи, это тоже там звучит. Поэтому у нас других вариантов на сегодня нет, как бы вокруг этой не дискутировали. Других вариантов просто нет. А когда идёт плановая помощь, то, извините, это уже будем говорить, обязательство того гражданина, который попал к вам. Это раз.

Второе. Ну нам приходится часто сталкиваться с ситуациями, когда наши граждане оказываются за рубежом, им требуется наша помощь. Никогда ещё зарубежное государство не заплатило за нашего гражданина, никогда. Почему мы должны это делать? Почему наш налогоплательщик должен нести эту нагрузку? Вот об этом и говорим.

При нахождении нашего гражданина на территории Российской Федерации, он должен иметь медицинскую страховку или полис добровольного медицинского страхования, вот и всё.

Председательствующий. Друзья, во-первых, вы правильно говорите всё, только у нас законодательство самое гуманное, все забывают об этом. У нас самое гуманное законодательство по отношению ко всем гражданам даже других стран, оказавшихся на территории Российской Федерации. Это только мы, у нас написано, что ни врач не один, ни одно лечебное учреждение не имеет право отказать никому в экстренной медицинской, подчёркиваю, в экстренной медицинской помощи.

И я, может быть, уточню вопрос Николая Фёдоровича, речь идёт о чём. Что в Федеральном законе № 323-ФЗ у нас ведь написано о том, что экстренную медицинскую помощь, в том числе и частникам, они не имеют право отказать. Будут компенсировать согласно постановлению правительства правилам. Другой вопрос, что у нас год прошёл, как этот закон вышел, а правил-то, которые утверждены правительством, нет. И не было бы вопросов у всех, кто занимается этой экстренной помощью иностранным гражданам, если бы мы увидели эти правила, в том числе и частные медицинские организации, а как же будет и на каких принципах компенсироваться экстренная медицинская помощь для любых граждан, оказавшихся в силу определённых экстренных обстоятельствах в медицинском учреждении, вот в чём вопрос. Где они и когда они будут? Так, сакраментальный вопрос.

Гулин А. Н. Порядок оказания медицинской помощи, он сейчас находится у нас на рассмотрении, на согласовании в правовом департаменте. Я думаю, что скоро вы его увидите. Но а, вообще, я ещё раз повторяюсь, что медицинская помощь экстренная, скорая помощь, она оказывается бесплатно и безотлагательно. У нас ведь не только иностранцы попадают в эту категорию. Вот мы находим его на улице, он неизвестен, поступает в реанимационное отделение. Он подчас и уходит оттуда, как неизвестный. Кто за него платит? Государство, бюджет. У него же не полиса, ничего нет. Должны платить.

Председательствующий. Каким документом? Вы правы, я полностью с вами согласен. И каким документом определено, что субъект Федерации, правительство субъекта обязано оплатить?

Гулин А. Н. Должно быть постановление правительства. Есть специальная программа оказания госгарантий. Прокомментируйте. Назовите номер.

Председательствующий. Директор Департамента Минэконом развития России Махакова Галина Челоевна.

Махакова Г. Ч. Александр Викторович, вы руководитель какого учреждения: муниципального или субъектового?

Ренц Н. А. Муниципального.

Махакова Г. Ч. Так вот ваш учредитель, когда учреждает ваше учреждение, он устанавливает для вас определённое государственное задание. Это в первую очередь он вам выделяет субсидию на содержание ваших площадей и вашего имущества, выделяет субсидию на приобретение соответствующих расходных материалов, оборудования и так далее.

Кроме того, муниципальное образование определяет вам определённый объём государственных услуг, которые вы должны оказать, и определённый объём работ, который вы должны осуществить.

Кроме того, вы работаете в рамках обязательного медицинского страхования по неполному тарифу системы обязательного медицинского страхования, возмещает ваши затраты в системе обязательного медицинского страхования.

Так вот, исходя из того, что я сказала, поскольку данного больного вы лечите, как муниципальное учреждение, которое действует в соответствии с законодательством Российской Федерации о том, что вы не можете человека без сознания выписать, то эти расходы будут отнесены за счёт учредителя.

Теперь относительно того, есть ли такой закон, вот всё это как раз таки исходит из Бюджетного кодекса, из полномочий учредителя вашего учреждения и в рамках Федерального закона «Об охране здоровья граждан».

Теперь относительно того, что она иностранная гражданка или вот пациент у вас иностранный гражданин. Действительно Российская Федерация имеет соглашение о социальных обязательствах со странами СНГ. Это соглашение было подписано.

Председательствующий. Не со всеми.

Махакова Г. Ч. Нет. Есть определённые страны, они перечислены там. Я даже не говорю о том, что мы создали единое экономическое пространство и у нас с Белоруссией и Казахстаном есть отдельные соглашения, в том числе и об оказании медицинской помощи и трудовых мигрантах и так далее. И в рамках вот этого соглашения есть взаимные обязательства о том, что, если граждане Российской Федерации оказываются на территории другого государства, включенного в это соглашение, то это государство исполняет ровно такие же обязательства по отношению к нашему российскому гражданину. Поэтому сказать, что мы сегодня должны предъявить кому-то, вы, конечно, можете инициировать обращение к посольству того государства, чьим гражданином или гражданкой является ваш пациент. И вполне возможно, что в рамках межправительственных соглашений можно будет это урегулировать каким-то образом. То есть такой способ тоже существует.

Но сегодня, являясь медицинским учреждением, имея, получая лицензию на медицинскую деятельность и осуществляя деятельность в этом поле на территории Российской Федерации, вот вы муниципальное учреждение, конечно, вы не можете гражданина без сознания выписать.

Председательствующий. Уважаемые коллеги, я просил бы всё-таки так компактнее отвечать на вопросы. Задавать их и отвечать.

Махакова Г. Ч. Можно я прокомментирую вот по теме «круглого стола»? Считаю, что тема «круглого стола» необычайно актуальна, вопрос поднят очень правильно. И действительно сегодня у нас есть проблемы, которые касаются не только системы здравоохранения, но и в целом регулирование данного вопроса, этот вопрос лежит в плоскости межведомственной, затрагивает все уровни власти: и федеральный уровень, и субъекты Российской Федерации, и муниципальные образования. Безусловно, сегодня у нас Россия должна действовать в рамках той государственной политики, которую она проводит в этом направлении. Я хочу сказать, что мы долго выработывали, но приняли концепцию миграционной политики, там определены приоритеты нашего государства относительно того, что мы заинтересованы в том, чтобы у нас была трудовая миграция. Безусловно, у нас есть там приоритетные задачи, избирательная миграция и так далее.

Поэтому создавать такое законодательство, которое бы препятствовало этой государственной политике, конечно, это неправильно. С другой стороны, мы буквально два года назад приняли законодательство о привлечении высококвалифицированных иностранных специалистов. И там мы впервые приняли такой прецедент, когда его приглашают, именно работодатель, приглашая, предъявляет полис добровольного медицинского страхования. И эта практика, она сегодня работает. Около 20 тысяч высококвалифицированных иностранных специалистов прибыло в Российскую Федерацию, и работодатель предъявляет полис добровольного медицинского страхования на этого гражданина.

Значит, есть категория патентников. Мы считали, что это тоже достаточно большой положительный эффект, что мы ввели эти патенты, во-первых, мы в определённой степени уменьшили нелегальную трудовую миграцию и получили в казну около 4 миллиардов рублей за счёт того, что мы стали эти патенты продавать. А относительно того, что граждане, которые работают по патенту, должны проходить необходимое медицинское обследование, этот вопрос обсуждается уже почти полтора или даже два года. Конечно, в этом направлении нужно проводить определённую работу. И поскольку они работают у физических лиц, безусловно, те физические лица, которые приглашают их на работу, сами заинтересованы в том, чтобы люди, которые у них работают, они были в достаточной степени обследованы и, естественно, не заражали ту семью, на которую они работают.

Поэтому здесь нужно очень хорошо взвесить, подумать, чья это должна быть обязанность, и чья нагрузка, чья зона ответственности. Ну, наверное, нужно патентников подвергать вот ровно такому же медицинскому обследованию, как всех трудовых мигрантов.

Следующий момент – это когда мы говорим о том, что относительно медицинского обеспечения трудовых мигрантов. Может ли наша система здравоохранения сегодня взять на себя полностью их обслуживание в рамках обязательного медицинского страхования, или бюджетов муниципальных образований, субъектов? Это, конечно, очень большой вопрос. Мы уже сегодня имеем большие очереди. И если мы говорим даже о первичной медико-санитарной помощи, то, конечно, те очереди в поликлиниках, которые сегодня существуют, они просто будут усугубляться. И погружать их в систему обязательного медицинского страхования – это, конечно, достаточно такой болезненный вопрос и надо, он требует обсуждения.

Ну если мы решим, что мы будем погружать, тогда нужно посмотреть по такому ли тарифу. Всё-таки тариф 5,1 процент взносов на обязательное медицинское страхование для трудового мигранта и, в первую очередь, для работодателя, наверняка, это достаточно большой тариф, размер тарифа. Поэтому может быть какой-то должен быть дифференцированный.

Второй вопрос – это добровольное медицинское страхование. Но сегодня у нас нет таких страховых продуктов, которые мы могли бы применять для нашей системы здравоохранения, которая, вот как я сказала, очень сильно загружена. Если мы будем продавать полисы добровольного медицинского страхования вот по сумме даже 6 или 7 тысяч рублей, это получается мало доступно трудовым мигрантам.

Поэтому нужно прорабатывать вопросы, чтобы были на рынке дешёвые страховые продукты, они соответствовали тому объёму медицинской помощи, которую мы, будет ли это медицинская экспертиза, будет ли это какой-то минимальный объём медицинской помощи. Это, конечно, требует обсуждения. Ну и, конечно, нужно, чтобы к этому страховому продукту при желании, там минимальный какой-то страховой тариф, в смысле продукт оплачивает работодателю, но сам работник при желании мог бы туда добавлять ещё какие-то объёмы. То есть вот в этой плоскости, нам кажется, можно активно работать и обсуждать значит, совсем, ну прежде всего со страховым сообществом, насколько это реально сегодня на нашем страховом рынке.

Председательствующий. Так, друзьям мои, мы выбились уже из графика, по минуте даю. Пожалуйста. Представьтесь только.

Ковалёва Т. Н. Комитет Союзного государства Беларусь–Россия, начальник Департамента социальной политики, Ковалёва Татьяна Николаевна.

Я конкретно, я хотела бы внести предложение в рекомендации. Поскольку здесь упоминается соглашение между Республикой Беларусь с Российской Федерацией и обозначается, что в соглашении определены конкретные категории граждан, которым оказывается медицинская помощь наравне с гражданами Российской Федерации вне зависимости от принадлежности к системе ОМС. И действительно эта категория граждан прежде всего временно пребывающая и работающая в России. И этим гражданам помощь оказывается за счёт, в рамках территориальных программ государственных гарантий медицинской помощи за счёт средств субъектов Федерации. И как нам неоднократно разъясняло и подтверждало Министерство здравоохранения, это должно быть так. Но реальное изучение состояния дел показало, что только 34 региона предполагают такое оказание временно пребывающим и работающим гражданам Белоруссии, между тем как в Белоруссии любой гражданин Российской Федерации, который работает, сразу получает равный доступ к медицинским услугам.

Отсюда мы предлагаем вот последним пунктом в рекомендации обозначить субъектом Российской Федерации в целях полной реализации данного соглашения и конкретных его пунктов, предусматривать в территориальных программах государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, оказание медпомощи гражданам Белоруссии, временно пребывающим и работающим на территории Российской Федерации по трудовым договорам, за счёт средств бюджетов субъекта Российской Федерации. И предложение в письменном виде готовы передать.

Председательствующий. Спасибо. Кто ещё хотел? Всё? Пожалуйста, представьтесь и к микрофону.

Храмцов В. Г. Главный врач медцентра «Специальный». На Общественном совете России, который был посвящён страхованию иностранных работников и обеспечение медицинскому, было девять крупнейших страховых компаний России. И там встал вопрос, что мигранты, как здесь уже говорилось, готовы платить в среднем около 60 процентов – 1,5 тысячи рублей за страховку, а страховые компании не готовы за эти денюжки страховать в том числе и на инфекции. То есть они могут застраховать, ну на чуть большую сумму неотложную помощь. То, что как раз вот говорил товарищ, когда трав-

ма, там ушибы и прочее. Вот инфекционное заболевание, если страховать, то там суммы шли уже, где-то назывались порядка 25-ти и выше тысяч. Поэтому что лечение в случае туберкулёза обходится там в сотнях тысяч рублей, гепатит то же самое.

Да, предложение. То, что по страхованию, нужно, так сказать, уделить внимание по обязательному медицинскому страхованию где-то в размере, платёж должен быть в размере обязательного медицинского страхования. То есть до 10 тысяч рублей, если мы говорим о добровольном медицинской страховании мигрантов. Я говорю о сумме.

И второй момент. Вот в рекомендациях, что рассмотреть возможность создания центров медосвидетельствования выезжающих в Россию за рубежом. Вот я просто слушал выступление Медведева Дмитрия Анатольевича в своё время, и там говорилось о том, что права, когда иностранцы получают за рубежом, они могут их купить за какую-то сумму. Паспорт могут. Вот я думаю, не будет ли покупка там права, если это будет? Нельзя отдавать безопасность государства на другую территорию.

Председательствующий. Много есть нерешённых вопросов. И, с одной стороны, действительно миграция – это как один из источников, извините, но увеличение численности населения. С одной стороны. С другой стороны, это и определённый вклад в экономику, чего бы тут ни говорили. А, с другой стороны, это некие проблемы, которые с этим возникают.

Наша задача была – обсудить именно эти некие третьи проблемы медицинского обеспечения вот пребывания всех мигрантов на территории Российской Федерации. К сожалению, немного уделялось внимания этому предложению, в том числе и вот от практиков, в общем, мне кажется, об этом нужно задуматься всем, кто принимает участие в обеспечении медицинского обслуживания и оказание медицинской помощи этим гражданам. И я думаю, что вот то постановление, о котором я говорил, которое, я точно знаю, должно было давно бы выйти по идее, постановление, подчёркиваю, даже не Министерства здравоохранения, а Правительства. Это не о порядке речь идёт, а о Постановлении Правительства. Потому что без этого постановления, которое должно согласно основам прописать порядок возмещения именно, подчёркиваю, порядок.

Когда главные врачи задают вопрос, почему это обязанность субъекта? А потому что это в основах не прописано однозначно, что это обязанность субъекта. А у нас губернаторы, они же народ грамотный. А у Министерства финансов, у них ещё грамотней. И вместе с департаментом они начинают задавать вопрос: где это написано «однозначно»? Там «однозначно» не написано. Там говорят, написано «согласно постановлению правительства», вот когда оно выйдет и будет написано, что это губернатор отвечает, вот тогда я буду платить. А до сегодняшнего момента целый год мы имеем действительно частный болезненный случай для лечебных учреждений, подчеркиваю, не только государственных, но и частных в том числе. И федеральных в том числе. И муниципальных в том числе. Когда попадают туда люди, с которых, ну нельзя ничего взять, нельзя. А не оказать помощь не имеем права. И не родить не имеем права, и, извините, ну и спокойно помереть не можем дать, потому что обязаны бороться за их жизнь.

Мурзабаева С. Ш. Ну, во-первых, мне бы хотелось всех вас поблагодарить, что вы нашли время и участвовали, и готовились, и присутствовали, и выступали. Потому что тема на самом деле шепетильная, актуальная.

И как вы все слышали, разные точки зрения есть, но мы пригласили вас не для того, чтобы выпустить пар, как некоторые эксперты тут сказали, а для того, чтобы реально оценить ситуацию, внести коррективы в нашу работу. И очень отрадно, что многие откликнулись и внесли свои предложения. Чтобы мы эти рекомендации доработали и могли распространить на все субъекты Российской Федерации и в министерства и ведомства.

Кроме того на сегодня были приглашены и я надеюсь присутствуют, я список не успела посмотреть, представители посольств стран СНГ и не только СНГ, которые преимущество у нас мигрантов, поэтому в посольства мы тоже свои рекомендации вышлем.

Я бы хотела только добавить, что работа межстрановая, она проводится не только на уровне правительств наших стран, но и на уровне Парламентской Ассамблеи, Межпарламентской Ассамблеи. Вот, например, я тот созыв работа в Межпарламентской Ассамблеи стран СНГ, в этот созыв в ЕврАзЭС Межпарламентской Ассамблеи. Эти вопросы мы обсуждаем, они очень важны, есть такая форма работы как разработка модельных законов, рекомендаций Межпарламентской Ассамблеи СНГ и ЕврАзЭС. И эти все документы правовые они поступают во все страны, в том числе, конечно, в нашу Российскую Федерацию. На самом деле, многие, может быть, проходят мимо, но для того, чтобы вы руководствовались и соглашение снова подняли, у меня просьба еще раз Анатолию Николаевичу и Светлане Георгиевне поднять вот эти соглашения, чтобы посмотреть в рамках принятых соглашений какие должны быть наши действия с нашей стороны. Потому что, конечно, поток иностранных граждан, которые в Россию идут из Казахстана, Киргизстана, Белоруссии не сравнить с тем потоком, который идет в обратную сторону, и поэтому неравнозначные наши затраты, и поэтому в рамках соглашения реально это осуществить в каком плане мы должны двигаться, это очень большая задача.

Поэтому еще как сказал Сергей Вячеславович, работа только начинается, она есть, но нам нужно ее продолжить для того, чтобы принять резолюцию, не положить в долгий ящик. Мы, надеюсь, будем тесно сотрудничать, для этого нам очень важны ваши предложения официально оформленные для того, чтобы мы уже себе план составили и планировали парламентские слушания для того, чтобы конкретно работать по совершенствованию законодательства, мы как депутаты, вы как органы исполнительной власти в плане совершенствования нормативных актов ваших ведомств. Еще раз спасибо за участие.

Рекомендации «круглого стола»

Важными элементами государственной миграционной политики Российской Федерации: являются создание условий для адаптации и интеграции мигрантов, защита их прав и свобод, обеспечение социальной защищенности. Международные договора и соглашения в данной сфере, Российская Федерация, подписавшая как член мирового сообщества, взяла на себя обязательства по обеспечению основополагающего права человека – право на здоровье, а также, обеспечение комфортного пребывания и проживания иностранных граждан на своей территории, в том числе и право на медицинскую помощь. Учитывая актуальность проблемы, Президентом Российской Федерации 13 июня 2012 года была утверждена Концепция государственной миграционной политики Российской Федерации на период до 2025 года.

Несмотря на то, что законодательная и нормативная правовая база в данной сфере в Российской Федерации достаточно обширна, существует ряд проблем, затрудняющих доступ мигрантов к медицинскому обслуживанию, и поэтому требующих неотложных решений, в том числе на уровне федерального законодательства и межведомственного взаимодействия.

Объем и порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам зависит от статуса проживания на территории России:

- постоянно проживающее лицо – лицо получившее вид на жительство;
- временно проживающее лицо – лицо получившее разрешение на временное проживание;
- временно пребывающее лицо – лицо прибывшее в Российскую Федерацию на основании визы или в порядке, не требующем получения визы, и получившее миграционную карту.

Согласно статье 10 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей в соответствии с Федеральным законом от 25.07.2002 № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в РФ»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах».

В соответствии с Федеральным законом № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» не подлежат обложению страховыми взносами суммы выплат и иных вознаграждений по трудовым договорам и гражданско-правовым договорам, в том числе по договорам авторского заказа в пользу иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих на территории Российской Федерации. Соответственно данные лица не являются застрахованными по обязательному медицинскому страхованию.

Скорая медицинская помощь оказывается бесплатно и безотлагательно медицинскими организациями государственной и муниципальной системы здравоохранения, а также медицинскими работниками или лицами, обязанными оказывать первую помощь по закону или специальному правилу, в случае возникновения состояний, представляющих непосредственную угрозу их жизни или требующих срочного медицинского вмешательства (последствия несчастных случаев, травм, отравлений), всем иностранным гражданам.

После выхода из указанных состояний иностранным гражданам может быть оказана плановая медицинская помощь, которая оказывается на платной основе (постановление Правительства Российской Федерации от 01.09.2005 № 546 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации»). Однако, если международным договором предусмотрен иной порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам, применяются правила международного договора.

Например, соглашением между Российской Федерацией и Республикой Беларусь, определены категории граждан Республики Беларусь, которым медицинская помощь в учреждениях здравоохранения России оказывается наравне с гражданами Российской Федерации, вне зависимости от их принадлежности к системе ОМС. Также Российская Федерация является участником Соглашения об оказании медицинской помощи гражданам государств – участников СНГ, на основании которого они имеют право на бесплатную медицинскую помощь в минимальном объеме.

Статьей 27 Федерального закона от 15.08.1996 № 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию» установлено, что въезд в Российскую Федерацию иностранному гражданину или лицу без гражданства не разрешается в случае, если не представлен полис медицинского страхования, действительный на территории Российской Федерации, до его представления. Однако, согласно утверждению ФМС России, не определен орган государственной власти ответственный за реализацию данной нормы в части въезда иностранных граждан, в порядке, не требующем визы.

При этом Роспотребнадзор отмечает, что действующий порядок оформления страхового полиса лицу, временно пребывающему в Российской Федерации, не требует предоставления медицинских документов о состоянии здоровья.

Согласно статье 5 Федерального закона от 25.07.2002 № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 115-ФЗ), срок временного пребывания не может превышать девяносто суток, однако может быть продлен до окончания срока действия договора до 1 года. Таким образом, мигранты не обязаны представлять справку о своем здоровье сразу после появления в стране, и могут не проходить медицинское обследование, находясь на территории Российской Федерации в поисках работы до 90 суток.

Также статья 6.1 Федерального закона № 115-ФЗ устанавливает, что иностранный гражданин, прибывший в Российскую Федерацию в порядке, не требующем получения визы, представляет территориальный орган феде-

рального органа исполнительной власти в сфере миграции, принявший его заявление о выдаче ему разрешения на временное проживание, документы, подтверждающие отсутствие у него заболевания наркоманией и инфекционных заболеваний, а также сертификат об отсутствии у него заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), в течение тридцати суток после дня подачи им заявления.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 02.04.2003 № 188 установлен перечень инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранным гражданам и лицам без гражданства, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации.

В настоящее время, проведением медицинского освидетельствования иностранных граждан занимаются 1981 медицинская организация в 83-х субъектах Российской Федерации.

Число иностранных граждан и лиц без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование					
2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	9 м.2012 г.
600 000	1 088 761	839 005	927 839	1 070 887	1 024 075

Всего за период с 2007 года по сентябрь 2012 года: медицинское освидетельствование прошли 5 445 533 человек. Выявлено за данный период: 7 973 ВИЧ-инфицированных человек, 15 805 больных туберкулезом, 19 273 человек с инфекциями передающимися половым путем.

Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека предлагается обязать мигрантов предоставлять при приобретении патента на работу документы о прохождении медицинского освидетельствования на наличие заболеваний.

Необходимо также отметить, что по сведениям представленным Роспотребнадзором из 2,6 млн. человек прибывших в Российскую Федерацию в 2011 году обследованы 1,07 млн. человек. Таким образом, усматривается тенденция приема на работу мигрантов без документов о прохождении медицинского освидетельствования.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 03.11.2011 № 892 «Об определении потребности в привлечении в Российскую Федерацию иностранных работников и утверждении соответствующих квот на 2012 год» потребность России в привлечении трудовых мигрантов определена в 2012 г. в 1 745 584 человека. Однако по некоторым оценкам, число иностранных граждан, нелегально осуществляющих трудовую деятельность в нашей стране, составляет от 3 до 5 млн. человек.

Усугубляет ситуацию отсутствие во многих субъектах Российской Федерации единых информационных центров по учету мигрантов, а также по учету иностранцев прошедших медицинское освидетельствование. Частные медицинские центры не направляют информацию о количестве и результатах проведенных освидетельствований мигрантов.

При этом, присутствует четко выраженное стремление большой массы трудовых мигрантов осуществлять незаконную (неофициальную) трудовую деятельность: без разрешения на работу, без регистрации по месту временного пребывания либо без официального заключения трудового договора.

Например, выпадающие (незапланированные) расходы бюджета города Москвы, связанные с привлечением иностранной рабочей силы, в последние годы составляют порядка 4,5 млрд. руб., а по информации представленной, Нижегородской областью, указанные расходы бюджета в 2011 году составили – 5,7 млн. руб., что в 2 раза больше чем в 2010 году.

Обсудив доклады и выступления, участники «круглого стола», **рекомендуют:**

Правительству Российской Федерации:

1. Рассмотреть возможность создания единой межведомственной информационной системы контролирующей трудовых мигрантов.
2. Рассмотреть возможность создания в странах исхода мигрантов центров медицинского освидетельствования для въезжающих в Россию, с целью выявления социально-значимых заболеваний.
3. Рассмотреть возможность усиления ответственности за изготовление и продажу фальшивых медицинских справок.

Федеральной миграционной службе совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации:

Обеспечить исполнение Федерального закона от 15.08.1996 № 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию» в части проверки представления полиса медицинского страхования, действительного на территории Российской Федерации.

Усилить контроль за соблюдением миграционного законодательства, а также активизировать работу по взаимодействию с общественными организациями по проверке законности нахождения иностранных граждан на территории Российской Федерации.

Рассмотреть возможность включения полиса медицинского страхования в перечень документов, необходимых для получения или продления иностранным работником, временно пребывающим на территории Российской Федерации, разрешения на работу или патента.

Проводить просветительскую работу с целью повышения уровня правовой грамотности иностранных граждан, прибывших в Россию.

Министерству здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования:

1. Рассмотреть целесообразность внесения изменений в Федеральный закон от 24.07.2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» в части, обязанности работодателей отчислять в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования взносы от сумм выплат и иных вознаграждений, получаемых временно пребывающими трудовыми мигрантами по заключенным ими трудовым договорам.

2. Проработать вопрос включения временно прибывающих трудовых мигрантов в систему обязательного медицинского страхования на период пребывания на территории Российской Федерации.

Министерству здравоохранения РФ совместно с органами государственной власти субъектов Российской Федерации:

Усилить контроль над государственными учреждениями и частными медицинскими организациями в части выдачи медицинских документов, свидетельствующих об отсутствии общественно опасных заболеваний у иностранных граждан.

Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации:

1. Рассмотреть возможность возложения на работодателей, использующих труд иностранных работников, временно прибывающих на территории Российской Федерации, обязанность по обеспечению финансирования оказания таким работникам медицинских услуг в месте осуществления трудовой деятельности этих работников путем заключения в отношении них договоров добровольного медицинского страхования.

2. Усилить государственный контроль за соблюдением работодателями прав иностранных работников и надлежащим оформлением трудовых отношений с ними.

3. Рассмотреть вопрос совершенствования федерального законодательства, в части усиления ответственности работодателей за нарушение трудовых прав мигрантов.

**Материалы парламентских слушаний
на тему «Законодательное регулирование обеспечения
порядков, стандартов и контроля качества оказания
медицинской помощи»**

СТЕНОГРАММА
парламентских слушаний

*Здание Государственной Думы. Малый зал.
6 декабря 2012 года.*

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

Председательствующий. Во-первых, я должен всех поприветствовать и поблагодарить за то, что вы нашли время для участия в парламентских слушаниях, то есть душой болеете за всё то, что происходит сейчас с медициной.

Дело в том, что то, что мы сегодня собираемся обсуждать, это, без преувеличения, краеугольный камень той реформы, которая была определена законом об Основах охраны здоровья граждан в 2011 году. То есть принятие стандартов, их обеспечение, их реализация как раз и является тем замковым камнем, уберечь который, и вся конструкция, которая была построена в законе об Основах охраны здоровья граждан, просто-напросто рухнет.

В связи с этим у нас есть две ответственности: первая – мы должны обеспечить, чтобы у нас в медицине, в здравоохранении ничего не рушилось, а только строилось. Поэтому наша задача, если уж это краеугольный камень, сделать его прочным, надёжным и действительно работающим механизмом; с другой стороны, есть целый ряд опасений, что на сегодняшний день, я уже не буду говорить, что вся конструкция шатается, но как раз то, что касается стандартов, вызывает достаточно много вопросов.

Таким образом, перед нашими парламентскими слушаниями стоит следующая задача: первое – ответить на вопрос, что нужно и ещё можно сделать перед введением стандартов повсеместно и по изменению всей системы организационного и финансового обеспечения здравоохранения в Российской Федерации с 1 января 2013 года, для того чтобы эта система заработала; с другой стороны, мы должны с вами обсудить те результаты, которые сейчас уж есть по проведению в 2012 году опытного использования стандартов. Вы знаете, что у нас проводилось экспериментальное внедрение стандартов в целом ряде субъектов Российской Федерации, и уже сейчас сказать, какие мы можем иметь, предугадать, скажем так, последствия, к которым может привести введение стандартов.

Но, и самое главное, что мы должны сказать, это то, что каким образом на сегодняшний день мы должны развивать здравоохранение, основанное на определённой системе, заданной в законе об Основах охраны здоровья граждан. Я даже её систему не хочу как-то называть, потому что настолько многообразна и настолько внутренне, к сожалению, противоречива, что очень трудно найти ей соответствующее определение. Но в любом случае, стандарты, система услуг, стандартизация медицинских услуг, классификация, их особая природа – медицинских услуг без заданного качества – это всё вопросы, которые требуют сегодня обсуждения.

Ну и мы не будем забывать о том, что мы находимся в Государственной Думе. Государственная Дума имеет единственный инструмент – это законодательство. Поэтому главное для нас, это что нужно изменить в нормативной базе на уровне законов, что будет способствовать развитию нашего здравоохранения.

С вашего позволения я хотел бы первое слово предоставить Сергею Фёдоровичу Вельямйкину – статс-секретарю – заместителю Министра здравоохранения Российской Федерации.

Вельямйкин С. Ф. В соответствии с пунктом 1 статьи 37 Федерального закона «Об Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», цитирую: «Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи».

Эта норма закона вступает в силу с 1 января 2013 года. При этом частью 11 статьи 100 данного закона предусмотрено, что до этой даты, до 1 января 2013 года медицинскими организациями могут применяться порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, в том числе в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Таким образом, с учётом сроков принятия закона – ноябрь 2011 года, 2012-й, это, по сути, год, когда порядки и стандарты в регионах Российской Федерации внедрялись в пилотном режиме.

Как, наверное, всем известно, Министерство здравоохранения очень большое внимание и значение уделяет тому, как осуществляется ход реализации региональных программ модернизации. В связи с этим за август-октябрь текущего года выездными комиссиями министерства мы объездили 50 из 83-х субъектов Российской Федерации, где проверяли, как реализуется программа модернизации, в том числе, как составная часть, внедрение порядка оказания медицинской и стандартах медицинской помощи.

По итогам этой работы. У нас по состоянию на, так скажем, дату начала было выпущено 50 порядков оказания медицинской помощи. По итогам этой работы мы совместно с регионами пришли к выводу о необходимости некоторой корректировки 35-ти из них, и такая корректировка осуществлена, плюс 10 порядков издано дополнительно.

Итак, в настоящее время существует 60 порядков оказания медицинской помощи, которые, либо, как не требующие изначально пересмотра, уже работают. Либо пересмотренные утверждены, зарегистрированы Министерством юстиции и обнародованы, либо завершается их регистрация Минюстом.

Дополнительно порядки оказания медицинской помощи с учётом итогов их внедрения рассматривались на коллегии министерства 30 ноября, и в целом данная работа была также одобрена. Коллегия была, но я могу сказать, что она была и не суженной, и не расширенной. Она не была расширенной, потому что не присутствовали руководители регионов, такую коллегию мы проведём в январе. Но на ней присутствовали все главные внештатные специалисты министерства и руководители ведущих наших учреждений по соответствующим профилям.

Что важно? По результатам каждой такой выездной проверки составлялся акт проверки. В этом акте проверки подробно расписывалось, каким образом в регионе организована трёхуровневая система оказания медицинской помощи, каким образом внедряются порядки. Все эти акты, они, помимо подписи со стороны комиссии министерства, содержат также подписи министров здравоохранения и регионов.

Дополнительно на этом направлении в январе 2013 года под эгидой Росздравнадзора мы планируем провести актив, поскольку внедрение порядков и стандартов – это то, что будет и являться объектом внимания, в том числе и со стороны Росздравнадзора. Мы планируем провести актив, в котором примут участие также министры региональные и их заместители, курирующие соответствующие направления.

Теперь, что касается стандартов. Я ещё раз хочу обратить ваше внимание на формулировку части 1-й статьи 37-й. На основе стандартов медицинской помощи. И здесь я обращаюсь к тем из присутствующих, которые участвовали в дискуссии по принятию Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан». Я хочу напомнить те принципиальные позиции, по которым эта дискуссия проходила, и напомнить ещё раз, что одна из ключевых позиций была и она, собственно говоря, и отражена именно таким образом в федеральном законе, врачи не должны лечить по стандартам оказания медицинской помощи.

Я адресую уважаемых коллег к статье 73 «Обязанности медицинских и фармацевтических работников», мы можем их посмотреть.

«Оказывать медицинскую помощь в соответствии с квалификацией и должностными инструкциями, служебными обязанностями, соблюдать врачебную тайну, совершенствовать профессиональные знания и навыки, назначать лекарственные препараты на рецептурных бланках, сообщать уполномоченному должностному лицу информацию, предусмотренную в части конфликта интересов и в части выявленных, не предусмотренных инструкцией по применению лекарственного препарата побочных эффектах»

Ни слова о стандартах статья, которая регулирует обязанности медицинских работников, не содержит.

Опять же, возвращаясь к очень важному тому моменту обсуждения. Второй очень важной договоренностью была фиксация того, что лечение пациентов должно осуществляться в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения). Статья 76 закона. И соответствующие клинические рекомендации (протоколы лечения) – это та задача, которая стоит перед профессиональным сообществом в лице ли профессиональных медицинских некоммерческих организаций, которые соответствуют требованиям по данной статье, либо это задача, которую министерство поставило перед своими главными внештатными специалистами на 2013 год.

Здесь я позволю себе короткое отступление. Министерство здравоохранения не производило ни тотальной, ни вообще никакой замены главных внештатных специалистов, по сравнению с предыдущим периодом. Но Министерство здравоохранения изменило структуру и порядок организации работы своих главных внештатных специалистов.

И в случае необходимости замены будут проводиться именно по факту возможности внештатных специалистов, переназначенных практически всех, соответствовать условиям работы в этой новой структуре.

В чем, собственно, новация? Новация заключается в том, что при каждом главном внештатном специалисте мы просим создать экспертный совет. Этот экспертный совет будет включать 83 главных внештатных специалиста по соответствующему профилю в регионах, руководители профильных федеральных государственных учреждений, ведущих на данном направлении, академиков и членов-корреспондентов Российской академии наук по соответствующей специальности, представителей общественных организаций по соответствующему направлению. Не вообще общественных организаций, а тех, которые занимаются этими вопросами.

Плюс к этому, применительно к главному внештатному специалисту и всех таким образом привлекаемых, всех привлекаемых к работе специалистов, мы просим предоставить документ, свидетельствующий о возможном возникновении или невозникновении конфликта интересов с фармацевтическими компаниями, в связи с тем, участвовал или не участвовал соответствующий специалист в работе, например, по клиническому исследованию того или иного лекарственного препарата.

Поэтому в том случае, если профессиональное медицинское сообщество как бы самостоятельно в течение 2013 года не будет выходить с инициативой по формированию клинических рекомендаций или протоколов лечения больных, соответствующие протоколы будут разрабатываться постепенно под эгидой главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения.

Возвращаясь к стандартам. Это медико-экономический документ, если хотите, некая такая оцифровка в смысловом выражении усредненного смыслового контента для определенного нозологического состояния.

Основная цель, которую ставит перед собой стандарт, еще раз подчеркиваю, не лечение, планирование и организация оказания медицинской помощи применительно к медицинской организации в системе ОМС, что еще более важно, выравнивание на основе единых для всей страны стандартов, финансовых условий, в которых функционирует система здравоохранения.

Итак, в 2012 году осуществлялось пилотное внедрение стандартов, порядка 80 штук пилотно внедрялись в различных регионах, в рамках реализации программы модернизации здравоохранения.

Мы практически не имеем никаких негативных откликов относительно внедрения стандартов. К числу, безусловно, по нашему мнению, позитивных эффектов от внедрения стандартов я бы отнес два, на которых хотел остановиться.

Первое – это расширение линейки применяемых лекарственных препаратов. У нас было серьезное опасение, и нам это опасение неоднократно высказывали особенно в крупных федеральных учреждениях, что применение стандартов приведет к искусственному ограничению той линейки препаратов, которое наблюдается, по факту получилось наоборот.

И второе – это достаточно существенное повышение уровня заработной платы медицинских работников, которые участвуют у нас во внедрении стандартов.

По цифрам, на 1 ноября 2012 года, если мы говорим о стационаре, то у нас средний уровень заработной платы в этой части составил для врачей 36 тысяч рублей, для среднего медицинского персонала – 20800 рублей. Если мы говорим об амбулаторной помощи, там структура заработной платы более сложная, поскольку осуществляется еще и доплата в рамках приоритетного национального проекта, там доплаты составили 10291 рубль врачам и 5217 рублей средним медицинским работникам.

Параллельно в течение июля-сентября проводилась главными внештатными специалистами министерства, с учетом привлекаемых экспертов вот в таком массиве, о котором я говорил, работа по ревизии, существовавших на тот момент в значительном количестве подготовленных стандартов оказания медицинской помощи.

После проведения этой работы они все переданы были на утверждение в Министерство здравоохранения, где мы дополнительно, совместно с главными внештатными специалистами проработали эти стандарты ещё раз по трём направлениям основным.

Первое. Мы постарались, чтобы стандарты учитывали всё-таки не одну медицинскую школу в том случае, если по тому или иному профилю существует несколько различных подходов к тому, какая комбинация медицинских услуг или лекарственных препаратов может быть применена при лечении той или иной нозологической формы.

Второе. На раннем этапе не всеми главными внештатными специалистами, которые осуществляли подготовку стандартов, было осуществлено сопряжение стандартов с, ну я их так очень условно назову, не совсем корректно, но зато понятно: со смежными специальностями, я имею в виду в первую очередь диагностику, морфологию, патанатомию и в ряде случаев анестезию. Такая работа дополнительно тоже проведена.

И, естественно, фармакологами рассматривались стандарты на предмет их возможного искажения, с точки зрения конфликта интересов и попытки проведения каких-то конкретных лекарственных препаратов в ущерб других лекарственных препаратов. Вот такая работа осенью, совместно, опять же силами главных внештатных специалистов и сотрудников министерства проведена. В настоящее время все эти перекосы, искажения устранены.

Соответственно, сейчас доработанные стандарты, с ними можно ознакомиться на сайте Минздрава, на сайтах главных внештатных специалистов. Главные внештатные специалисты на заседании коллегии министерства получили поручение, дополнительно, дополнительно ещё раз протокольно, со своими экспертными группами подтвердить нам данные и ими стандарты оказания медицинской помощи. И по состоянию на текущую дату министерством, естественно, активно ведётся работа по изданию, регистрации в Минюсте соответствующих стандартов. А по состоянию на текущую дату, у нас в Минюсте их 158 изданных. Это те, по которым вопросов у нас не было.

В течение сегодняшнего, завтрашнего дня мы отправляем туда ещё 55 готовых, и ещё 456 высокой степени готовности, которые вот ожидают этой формальной процедуры.

Таким образом, до конца декабря мы планируем, что Министерством здравоохранения будет выпущено порядка 1200 стандартов оказания медицинской помощи. Соответственно, их регистрация в Министерстве юстиции будет осуществлена в течение декабря, января, февраля будущего года. Нам это не представляется страшным по той причине, что, как я уже говорил, стандарт – это не тот документ, по которому врач должен лечить.

Стандарт – это тот документ, по которому должно осуществляться медико-экономическое планирование медицинской помощи. Бюджет ОМС свёрстан, он принят, программа государственных гарантий принята. Если и будут вноситься какие-то коррективы, то не ранее, чем по итогам первого квартала, как это обычно происходит. Поэтому мы к указанной дате – 1 января 2013 года готовы.

Председательствующий. Должен вам сказать, конечно, несколько неожиданный поворот в интерпретации, что такое медицинские стандарты. Давайте обсудим.

Я хотел бы предоставить слово Елене Алексеевне Тельновой, руководителю Росздравнадзора.

Тельнова Е. А. Уважаемые коллеги, действительно порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи являются объективной основой стандартизации здравоохранения.

Надо сказать, что Федеральная служба по надзору выполняет контрольно-надзорные функции, и поэтому я буду говорить о тех результатах контрольно-надзорных мероприятий, которые проводились службой самостоятельно и в составе комиссии Минздравсоцразвития: исполнение данной функции проведения проверок медицинских организаций, порядков оказания и стандартов. И в течение 2012 года проводилась работа по оценке готовности субъектов к обязательному с 1 января исполнению требований, утверждённых Минздравом России, порядков оказания медицинской помощи и стандартов в рамках контроля и реализации мероприятий региональных программ модернизации.

Было проведено самостоятельно 29 выездных проверок в субъектах. Также сотрудники Росздравнадзора участвовали в 48 проверках, выездных проверках, которые проводились в составе проверок Минздрава. Управлениями Росздравнадзора в субъектах также в июле месяце проведены проверки всех субъектов на готовность в реализации программы. И в ходе проверок было установлено, что максимальное приближение соответствия порядкам оказания медицинской помощи отмечено в отделениях медицинских организаций, вошедших в программу помощи больных при сердечно-сосудистых, онкологических заболеваниях, а также во вновь построенных перинатальных центрах. Здесь и кадры, и оборудование, всё соответствует порядкам и стандартам. В ряде регионов на момент проверки отмечено полное отсутствие медицинских организаций, соответствующих и готовых к проведению порядка оказания медицинской помощи в части оснащения оборудованием. Это на период июля. В большинстве медицинских организаций субъектов помещения больниц не соответствуют требованиям СНИПов и СанПиНов. Снижены площади на одну койку, отсутствует необходимое оборудование.

В результате проведённых проверок готовности к исполнению порядка оказания медицинской помощи выявленные замечания были доведены до

сведения руководителей органов исполнительной власти регионов. Также по результатам проведённых проверок, регионов разработаны дорожные карты реализации мероприятий по устранению выявленных замечаний. И работа по устранению проводилась регионами очень активно.

Необходимо отметить, что при проведении дополнительно... при выделении дополнительного финансирования для отдельных регионов внимание руководства регионов обращалось в первую очередь на приведение медицинских организаций в соответствии с порядками оказания медицинской помощи. В соответствии с региональными программами модернизации внедрение стандартов медицинской помощи предполагается в 3,5 тысячах медицинских организаций. Из запланированного объёма по состоянию на 15 ноября стандарты внедряются в 48 процентах от планируемого количества учреждений. Если говорить о среднем количестве внедряемых стандартов на одно учреждение, то примерно 20 стандартов на сегодня учреждения уже начинают активно внедрять. Необходимо отметить, что работа субъектов по внедрению стандартов в рамках программы модернизации, безусловно, для здравоохранения дала положительный импульс.

Я не буду повторяться на том, что уже Сергей Фёдорович отметил положительного в реализации стандартов, хочу остановиться на тех отрицательных моментах, которые были выявлены в результате проверок. Это прежде всего отсутствие лицензии на осуществление специализированной медицинской помощи в ряде субъектов в учреждениях, где планируется внедрять те или иные стандарты. Какие это регионы? Это Приморский край, это Курская, Сахалинская, Новгородская, Амурская области, Республика Северная Осетия (Алания).

Отсутствие или имеющиеся не в полном объёме нормативные акты субъектов Российской Федерации, регламентирующие выплаты стимулирующего характера – Республика Бурятия, Кировская область и ряд других субъектов. Задержка стимулирующих выплат имела место в Республике Калмыкия, Алтайском крае. Нецелевое использование средств в Пермском крае. Стандарты выполняются не в полном объёме по причине отсутствия оборудования, проведения ремонтных работ и отсутствия специалистов – Челябинская область, Орловская, Костромская, Республика Калмыкия, Ивановская область, Пензенская. В ряде учреждений регионов состояние материально-технической базы не позволяет внедрить заявленные порядки и стандарты – Смоленская область, Приморский край и другие.

По информации большинства субъектов Российской Федерации на сегодняшний день они готовы к исполнению порядков и стандартов. Существует определённая разница. На момент проверки было одно. По заявлению на сегодняшний день субъекты готовы. Проверить это можно только в результате непосредственно проверок и выезда в регионы. Такие проверки спланированы и согласованы с Генеральной прокуратурой на 2013 год. И Росздравнадзором проводится ещё и методическая работа совместно с Минздравом. Первый этап этой методической работы был проведён на фармедобращений в октябре, поскольку от них проверок мало, мы прекрасно понимаем, что порядки – это совершенно новое понятие и совершенно новые подходы для субъектов. И необходимо учить от врачей до руководителей отделений. Вот первый такой серьёзный семинар был проведён в рамках фармедобращений, на котором участвовали и наши специалисты и специалисты из Мин-

здоровооказания, которые объясняли и порядок работы, извините, за тавтологию, с порядками.

Второе. Сергей Фёдорович уже об этом сказал, запланирован большой актив в конце января, на котором будут присутствовать и руководители органов управления, и врачи, и представители территориальных управлений Росздравнадзора, поскольку порядки входят в состав лицензионных требований условий. И это очень серьёзный вопрос. Нам надо, чтобы и органы управления здравоохранения понимали о том, что будет контролироваться, как будет контролироваться, чтобы эта работа проводилась совместно. Вот такая работа проводится и проводилась. Но буквально с января месяца контрольные мероприятия начнут и мы увидим реально, что мы имеем на сегодняшний день.

Председательствующий. Я хотел бы предоставить слово Лозовому Виктору Ивановичу, заместителю председателя Думы Ставропольского края.

Лозовой В. И. Ни для кого не секрет, что стандартизация медицинских услуг, это одно из основных направлений модернизации в системе здравоохранения. Как показывает практика именно этот метод позволяет учесть в тарифах реальную сложность оказываемой медицинской помощи, и создать стимулы в больничных учреждениях повышения эффективности использования их ресурсов.

В Ставропольском крае мероприятия по переходу на новые способы оплаты медицинской помощи проводят с конца 2008 года. В соответствии с методикой Минздравсоцразвития были разработаны региональные медико-экономические стандарты по заболеваниям, лидирующим в структуре смертности на территории края. Это, прежде всего, сердечнососудистые заболевания, онкология, заболевания органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и другие. В 2009–2010 годах на оплату по медико-экономическим стандартам было проведено 8 медицинских учреждений края по 6 нозологиям. В 2011 году еще шесть уже по 8 нозологиям.

Накопленный опыт позволил с 2012 года всем медицинским учреждениям края перейти на оплату по стандартам. Внедрение их помогло установить единые требования к определению объемов, профилактике, диагностики, лечения и реабилитации больных с различными заболеваниями с учетом уровня оказания медицинской помощи.

Кроме того, уважаемые коллеги, медико-экономическими стандартами руководствуются также врачебные комиссии в лечебно-профилактических учреждениях. Специалисты страховых медицинских организаций для оценки полноты, качества и доступности медицинской помощи. Встреча с медицинским сообществом показывает, что с внедрением стандартов заметно повысилась ответственность работников здравоохранения за оказанную помощь по утвержденным стандартам.

Хотелось бы обратить ваше внимание на определенные проблемы, выявленные в ходе внедрения стандартов.

Первое. Медицинские стандарты содержат усредненные показатели и не учитывать особенности течения заболевания у конкретного пациента. Поэтому при оценке качества полученного пациентом лечения стандарт медицинской помощи должен использоваться в комплексе с другими критериями оценок. Реальный случай оказания медицинских услуг должен оцениваться

путем его сопоставления со стандартами, в соответствии с принципом – лечи больного, а не болезнь.

При оценке качества медицинских услуг, оказанных конкретно пациенту, должны учитываться её индивидуальные особенности, наличие сопутствующих заболеваний и возможных осложнений, которые в ряде случаев могут служить основанием для отступления от стандартов медицинской помощи при данном заболевании.

Второе. Необходимо изменение отдельных норм федерального законодательства. Так статья 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» содержит требования организации и оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения территорией Российской Федерации, всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

Однако требования закона не конкретизируют возможность и необходимость индивидуального подхода при оказании медицинской помощи пациенту. Вместе с тем, статья 70 указанного закона устанавливает, что лечащий врач несет ответственность за лечение пациента, организует обследование и лечение пациента, приглашает для консультации врачей-специалистов, при необходимости созывает консилиум врачей.

В этой связи предлагаем пункт 5-й статьи 37-й изложить в следующей редакции. «Назначение и применение медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускается в случае наличия медицинских показаний (это индивидуальной непереносимости по жизненным показаниям) по решению лечащего врача или врачебной комиссии».

Уважаемые коллеги, нам с вами нельзя забывать, что в конечном итоге все концептуальные изменения в здравоохранении нацеливают нас на регулирование оказания медицинской помощи с позиции защиты прав пациента и повышения престижа профессии врача.

Председательствующий. Сергей Иванович Колесников – академик РАМН, советник Президента РАМН.

Колесников С. И. Что волнует сейчас в выполнении порядков и стандартов? Два риска, которые существуют.

Первый риск – это то, что порядки и стандарты пока не ранжированы, как мы говорили, по уровням. А раз этого не происходит, значит есть опасность, что порядки будут невыполнимы для учреждений, которые не прошли нормальную модернизацию, не прошли соответствие, там несоответствие ни по стандартам, ни по помещениям, ни по специалистам, ни по другим формальным критериям, которые значатся в порядках, соответственно, надо будет принимать какие-то опять решения в ручном управлении. Но это не совсем правильно, когда систему хочется наладить, чтобы она работала автоматически.

Вторая проблема, которая волнует, это проблема, конечно, федеральных медицинских научных учреждений. Дело в том, что их более сотни и есть такое жгучее желание Министерства финансов и прошлого состава, и нынешнего состава, засунуть эти учреждения в систему, полностью в систему обязательного медицинского страхования по разделу «Медицинская помощь».

Беспрецедентное, вообще, желание, если мы взглянем на развитые страны, нигде университетские клиники, нигде национальные институты здоровья, ни одна экспертная крупная организация федерального уровня государственного не работает в системе страхования. Она может получать дополнительные деньги из системы обязательного медицинского страхования, но никогда не работает по тем прокрустовым правилам, которые и определяются для рядовых больниц.

Соответственно мы не выйдем на то, что будем, как есть желание формировать стандарты четвёртого там уровня, пятого уровня, там двенадцатого уровня, это не решит проблему. Дело в том, что сам научный поиск, сами клинические исследования, они не подразумевают стандартизации. Это поиск. И везде финансируется из федерального бюджета, исходя из тех денег, которые существуют. Пусть они будут небольшие, но они должны быть под науку и под научные исследования, под клинические испытания, в том числе медицинского оборудования. Поэтому вот эти вещи, они тревожат.

Ну и, конечно, поэтому понятийный аппарат и в законе «Об ОМС», и в законе «Об основах охраны граждан в Российской Федерации» требуются изменения.

Я был депутатом, когда высказывался против того, чтобы включать федеральные учреждения в систему ОМС, я был против.

Как дополнительно. Да, есть возможность, есть мощности. Это федеральные бюджетные учреждения сейчас, они имеют право дополнительно зарабатывать при условии наличия свободных мощностей в связи с эффективностью работы.

Поэтому вот в эти два закона, так или иначе, надо стараться по минимуму, как мне кажется, внести изменения. Тогда вот эти стандарты и правила для учреждений науки будут выполняться.

Председательствующий. Слово предоставляется Попович Ларисе Дмитриевне – директору Института экономики здравоохранения НИУ «Высшая школа экономики».

Попович Л. Д. Знаете, если бы хоть где-нибудь в законе было написано, что стандарты медицинской помощи, это медико-экономические документы, я, наверное, голосовала бы двумя руками и говорила бы о том, что наконец-то мы начинаем работать в соответствии с мировой практикой. К сожалению, в законе, в статье 79 написано буквально следующее – «медицинская организация обязана осуществлять медицинскую деятельность в соответствии со стандартами медицинской помощи». Это императивная норма. Более того, в приказе 230 о контроле качества медицинской помощи, которую осуществляют страховые медицинские организации, основанием для снятия от 50 до 100 процентов счёта медицинской организации является невыполнение, несвоевременное выполнение диагностических и/или лечебных мероприятий в соответствии со стандартами медицинской помощи. Аналогичная норма есть в приказе, регламентирующем обязанности Росздравнадзора по контролю выполнения стандартов, в том числе за дробной частотой выполнения тех или иных медицинских манипуляций.

Далее. Программа государственных гарантий с точки зрения экономической сбалансированности посчитана, как там написано, как мне помнится, с учётом стандартов, но финансируется по нормативам. К сожалению,

ни в одном документе не сказано о том, что норматив соответствует этому самому стандарту. Поэтому ситуации описаны в розданных нам сейчас документах. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, уважаемый мной, пишет, что в 2015 году финансирование территориальных программ на основании стандартов будет полностью обеспечено.

Первое. Я не видела ни одного расчета реального стоимости всех этих стандартов, раз они медико-экономические документы. Есть разные способы расчета этой стоимости, мы сами что-то делали, мне приносят какие-то вещи. Во многих расчетах денег, которые требуются на выполнение этих стандартов, кратно, а часто и многократно, больше необходимо. Так вот полтора триллиона в 2015 году, если даже всё посчитано правильно и их хватит, то до 2015 года есть еще два года, когда денег не будет хватать на выполнение стандарта. И тогда давайте умственно проиграем ситуацию, когда больной приходит к врачу и врач стоит перед дилеммой, из недофинансированного стандарта в недофинансированной медицинской помощи либо оказать стандарт и выполнить требования императивной нормы закона, значит потратить свое время, свои силы, рассчитаться со всеми поставщиками, которые фантиками не возьмут, у которых не уменьшишь сумму платежа, полностью рассчитаться за реальную себестоимость всего входящего в стандарт, остаться без зарплаты. Потому что это единственная вещь, по которой можно сжать недофинансированный стандарт. И не заработать ничего для семьи, потому что уже времени не будет пойти подработать, много нужно сделать внутри стандарта того, что, я не доктор, но мне кажется странным делать каждому. Или не выполнить стандарт и тогда подставить медицинское учреждение под штрафные санкции страховых компаний и Росздравнадзора.

Я говорю откровенно, я как человек, как гражданин безумно боюсь ситуации, когда в недофинансированной ситуации со стандартами, мы их обязательно вводим и делаем крайним врача и медицинское учреждение. Коллеги, как минимум, что нужно сейчас сделать? В 79-й статье исключить норму, которая говорит об обязательности выполнения стандартов медицинским учреждением. Эту норму сейчас нельзя ни в коем случае вводить. В противном случае у нас создается очень серьезное основание для, ну скажем так мягко, усугубления ситуации здравоохранения. Спасибо.

Председательствующий. Я хотел бы предоставить слово Леониду Михайловичу Рошалю, президенту некоммерческого партнерства «Национальная медицинская палата».

Рошаль Л. М. В отношении главных специалистов. То, что сейчас сделало министерство, я считаю, что это временное явление, и экспертный совет должен быть не при главных специалистах, а при профессиональных организациях, куда должны входить и главные специалисты. Главных специалистов нельзя ставить выше профессиональных организаций.

По поводу сегодняшнего обсуждения много неясного в исполнении. Через 26 дней мы обязаны по закону исполнять протоколы и исполнять стандарты и порядки оказания медицинской помощи. И в целом, мы считаем, что страна к этому просто не готова.

Мы этот вопрос обсуждали на расширенном Совете Национальной медицинской палаты и приняли следующее решение: в связи с тем, что бывший Минздравсоцразвития Российской Федерации полностью провалил рабо-

ту над стандартами и порядками оказания медицинской помощи, не говоря о протоколах лечения, но Минздраву, работающему плгода, за короткий срок, провести качественно эту гигантскую работу, согласованную с регионами и профессиональными медицинскими объединениями, нереально. Мы снова можем получить суррогат и отвечать за него перед населением и прокурорами.

В связи с этим расширенный совет палаты просит Государственную Думу перенести сроки юридического введения стандартов и порядка оказания медицинской помощи на один год. Принято единогласно.

Председательствующий. Я предоставляю слово Павлу Андреевичу Воробьёву, заместителю председателя Формулярного комитета РАН.

Воробьёв П. А. Я напомним, что поворотным моментом в системе стандартизации был 2007 год, когда Минздрав, Госстандарт и федеральный фонд провели общую коллегию, и на этой коллегии впервые появилось понятие «система стандартизации здравоохранения».

Там появились основные принципы создания стандартов и всей системы, появилась структура, было выделено большое количество элементов этой системы, включающая IT-технологии и документацию, медицинскую технику и лекарственные препараты, безусловно. Было декларировано, что система должна развиваться комплексно, что одновременно и взаимосвязано должны создаваться документы различных групп, а не отдельные документы.

Впервые была продекларирована необходимость доказательных научных подходов при создании нормативных документов системы стандартизации. И впервые же тогда прозвучало о связи между клиникой и экономикой, как о непреложном механизме реализации задач здравоохранения.

И главное, пожалуй, тогда впервые было чётко совершенно обозначено, что стандартизация необходима для создания системы обеспечения, управления качества медицинской помощи, а не только для вопросов денежных.

Сегодня перед страной стоят новые проблемы, связанные со вступлением в ВТО, связанные с Союзным государством, кроме тех внутренних проблем, которые у нас до этого были. Поэтому, наверное, нам всё равно, так или иначе, придётся гармонизировать подходы законодательные в этом вопросе.

В 2004 году, когда началась реформа административная, появились новые стандарты, которые решали локальные, на самом деле сиюминутные, хотя очень важные и большие проблемы. Это ограничительные мотивы при выписке лекарств в программе ДЛЮ, это расчёты затрат на высокие технологии при появлении системы квотирования высокотехнологичной медицинской помощи, это оптимизация затрат на лекарства при программе «Семь нозологий», развитие курортологии. Это лишь небольшая часть стандартов, из порядка 650–700 были направлены на решение задач специализированной медицинской помощи и скорой медицинской помощи.

Надо сказать, что те задачи, которые были поставлены, на мой взгляд, на тот момент, этой группой нормативных документов были успешно решены. Наверное, самое успешное, это решение проблемы «Семи нозологий». Мы очень долго, буквально балансировали вот с экономической позиции лекарственную терапию, крайне дорогостоящую.

По-видимому, в этом момент и сложилось некое ложное впечатление, что стандарты медицинской помощи, они исчерпывают все задачи, которые стоят перед системой здравоохранения. И на самом деле, конечно, это не так.

Безусловно, стандарты медицинской помощи – это документ организационно-экономического предназначения, и они обязательно должны раскрываться клиническими протоколами. Эти документы, между прочим, должны быть гармонизированы между собой. Потому что, не дай Бог, они вступят в противоречие: с одной стороны – некая экономика, а, с другой стороны, будут клинические рекомендации, которые к этой экономике отношения иметь не будут.

С 2005 года разработка протоколов ведения больных перешла под юрисдикцию Госстандарта. До 2009 года было утверждено порядка 40 протоколов ведения больных и ещё. По-моему, 50–60 находились на разных стадиях разработки, но Минздравсоцразвития отменил, потребовал, точнее, отменить эти протоколы, и были внесены изменения в законодательство о техническом регулировании, которые препятствовали в дальнейшем этой работе.

Надо сказать, что только что закончился Международный форум, очень представительный, по-видимому, впервые такой в России проводится, «По гармонизации системы оценки медицинских технологий».

В форуме принимал участие представитель ВОЗ и самых известных агентств Великобритании и Германии, и одной из тем постоянно звучала стандартизация.

Дело в том, что именно стандартизация является механизмом внедрения современных новых технологий в медицинскую практику во всём мире. На самом деле мы это видим и по российским реалиям, и об этом здесь тоже было сказано несколько слов.

Но для того, чтобы попасть в систему возмещения затрат государственных, любые технологии на Западе проходят оценку медицинских технологий. Это целая процедура. Она имеет свои очень серьёзные особенности. В мире это очень сильно всё регламентировано, транспарентно, очень хорошо прописано на уровне законодательства.

Для реализации такой задачи создаются национальные агентства по оценке стандартизации медицинских технологий. Но самое, наверное, известное, это агентство «Найс», «Иквик» (немецкое), и отдельно агентство по оценке затрат на эти технологии по прайсингу (есть такое новое слово в нашем лексиконе).

К сожалению, сегодня в законодательстве в нашем нет ни слова про это, а без этого дальше мы двигаться не сможем. Хотим мы того или нет, это обязательно нужно законодательно прописывать, это серьёзное очень нововведение.

Мы считаем, что необходимо вернуться к развитию системы стандартизации в здравоохранении комплексным, межведомственным, с учётом новых реалий и, безусловно, с привлечением общественных профессиональных медицинских сообществ, которые сегодня уже всё-таки доросли до решения подобных задач.

Поэтому я считаю, что необходимо создать рабочую группу по формированию предложений по внесению изменений в действующее законодательство и восстановить работы в Госстандарте, внося соответствующие поправки в Закон «О техническом регулировании», потому что это ведомство сегодня располагает и силами, и средствами, и навыками проведения подобной работы.

Председательствующий. Слово предоставляется Владимиру Ивановичу Стародубову, директору Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения.

Стародубов В. И. Критиковать можно не только министерство, Сергей Вячеславович, можно и Госдуму критиковать, как я понимаю.

Хотелось бы в этой аудитории видеть главных специалистов, которые стоят с одной стороны баррикад, и представителей регионов. Ну не баррикад, которые будут воплощать то, что эти главные специалисты написали. Ни одного главного специалиста я не вижу, представителей регионов там полтора человека, не считая города Москвы.

Почему я об этом говорю, потому что на сегодняшний день главные специалисты, которые отвечают, и как выразился один из представителей, подписываются кровью под этими стандартами, да, в том числе включая конфликт интересов, их точка зрения на подготовку этих нормативных документов, она, конечно, интересна для практических врачей. И естественно, практические врачи должны иметь возможность, иметь возможность высказать свое мнение к тем или иным стандартам. Вот этот диалог, он всё равно в будущем необходим, и если бы мы, значит, да, показали такой пример, вот с начала этих парламентских слушаний, они бы, эти слушания, были более продуктивными.

Но тем не менее, по ключевому вопросу, Сергей Федорович, наверное, это, скорее всего, к Вам будет адресовано, понятно, что те стандарты, которые мы наработали, и в ближайшие 3–4 года будем нарабатывать, они не закроют всю систему оказания медицинской помощи. Вопрос заключается в том, что происходит с этими видами медицинской помощи. Или мы говорим, что, трактуем правоприменительную практику таким образом, что эта помощь всегда регламентируется стандартами субъектов Российской Федерации, или говорим, что она никак не регламентируется, но дается на откуп врачу, или какой-то еще вариант.

Вот если мы грамотно ответим на этот вопрос, мы можем успокоить медицинскую общественность.

Если мы неграмотно отвечаем на этот вопрос или не так, как я подразумевал, говоря про эти вещи, то у нас возникают определенные коллизии.

Вот та часть первая, на которой бы я хотел остановиться. На этот вопрос нужно отвечать. И тогда понятно, что поэтапное введение стандартов по мере их накопления может получить дальнейшее развитие в более эволюционном режиме, неэволюционном, как мы бы хотели, чтобы с 1 января у нас было там 10 тысяч стандартов, которые закрывали бы в том числе и орфанные заболевания, но не будет этого в ближайшую пятилетку, все равно будет процесс накопления идти.

Значит, второй аспект, на котором бы я хотел остановиться, насколько я знаю, и это не является секретом, это достаточно публично делается Министерством здравоохранения Российской Федерации, это способы оплаты. И тот документ, который делает рабочая группа во главе с Виталием Олеговичем Флеком, участвуют специалисты нашего института, она касается способов оплаты труда, основанных на клинко-статистических группах, клинко-затратных группах, клинко-профильная группа там появилась, и если мы говорим, что способы оплаты медицинских услуг уходят в ту степь, то тогда у меня вопрос, потому что стандарты мы расценивали с точки зрения медико-экономической составляющей, и говорили, что это, медицинская или экономическая часть, и я раньше трактовал, как это больше относящееся к экономике.

Но если мы пошли, что способы оплаты труда идут туда, то тогда стандарты приобретают больше медицинскую часть. И когда я рассуждал на съезде Леонида Михайловича полгода назад, я как раз об этом и говорил, останавливался на этой проблеме, вот с точки зрения, что такое является стандарт медицинской помощи.

И на сегодняшний день, если мы погружаемся как бы в этот стандарт, как больше медицинскую составляющую программы оказания медицинской помощи, да, территориальной программы, то возникают вопросы. И вопросы заключаются в том, которые уже звучали у ряда выступающих перед этим, взаимоотношения не только с контролирующими органами, ну ладно, там, с фондом и страховыми компаниями разберемся, все-таки у нас корпоративный интерес есть, а правоохранительные органы, это более серьезная вещь, как вот там трактовка.

И вот здесь нам нужно быть, наверное, более мобильными и более что ли приспособленными к этим ситуациям.

Поэтому когда я говорил со специалистами, в том числе и с главными специалистами, и говорил с практическими врачами, проблема заключается в тех номинациях этих стандартов, где он не является обязательным, то есть меньше единицы.

И вот я хочу повторить, передо мной человек, я не помню, кто уже говорил, закон предлагал, Лариса, по-моему, Дмитриевна, Вы говорили, закон. Пока можно закон не трогать. Нужно в стандартах описать, что то, что меньше единицы, применяется, вернее, идёт по назначению врача или врачебного консилиума. Да. Если мы это в стандарте укажем, мы снимем остроту взаимоотношений с правоохранительными органами. Понятно, да? В стандарте. Не в законе, в стандарте. То есть мы отдаём право врачу, исходя из того меню, которое представлено в этом стандарте, делать выбор. И если даже, у нас есть такая сноска, что там нет, он должен обосновать применение тех или иных препаратов, которые не входят в стандарт. Но он должен по отдельному решению.

Вот те предложения, которые у меня есть, учитывая короткое время.

А в отношении переноса, это управленческий вопрос. Если бы я работал в министерстве, я бы сказал, что 31 декабря 2012 года, что 31 декабря 2013 года. В России, к сожалению, так. Оно всё равно будет 31 декабря, у нас будет та же ситуация через год. Надо с чего-то начинать и двигаться. А если с точки зрения врачебного сословия, конечно, я бы сказал, что нужно их переносить.

Председательствующий. Слово предоставляется Николаю Фёдоровичу Герасименко – первому заместителю председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья.

Герасименко Н. Ф. Проблема стандартизации в медицине была трудна как для России, так и в мире, и вызывает споры до настоящего времени.

Мы, наверное, в Алтайском крае первые, кто начали стандартизацию ещё в 1985 году, разработки, и в 1987 году закончили. И в 1988 году эти стандарты назывались региональными и были утверждены приказом Минздрава СССР в 1990 году. Такой толстый приказ, красная книжечка. Тогда был стандарт чисто медицинский. Не экономический, а именно медицинский. Включали по разным специальностям, по разным нозологиям, прежде всего, вопросы диагностики, притом, наиболее информативные, и в виде обязательных процедур их ранжировали в виде алгоритма, что нужно обязательно провести то-то

или то-то. По степени важности. Затем лечение амбулаторное и стационарное на основе доказательной медицины, проверенных методик и утверждённых методических рекомендаций Минздрава, сроки лечения в стационаре, амбулаторно, результат какой должен быть лечения – контроль качества был.

В 90-х годах стандарт стали использовать в ряде регионов, потом наступило медицинское страхование – в 1993 году, и стали стандарты обсчитываться экономически. И получалось тогда, когда мы просчитали стандарты, то финансирование стандартов за счёт и бюджета, а тогда была бюджетно-страховая модель, за счёт бюджета и страховых не обеспечило реальное выполнение стандартов. И я вынужден был в то время, когда руководил здравоохранением Алтайского края, в 1994 году отметить действие стандартов на территории Алтайского края, потому что их использовали, эти стандарты, как дубину против здравоохранения. Потому что не выполнено было то-то, то-то, то-то, процедуры из-за недостатка финансирования. То есть такая проблема возникает, и всегда она возникает, и сейчас эта проблема существует.

Проблема, прежде всего, в понимании стандартов. Всё-таки в законе действительно написано, что медицинская помощь оказывается на основе порядков и стандартов. Если мы понимаем стандарт в виде медико-экономического, технического обеспечения, это стандарт оснащения, требования к квалификации кадров, к оборудованию, к финансированию и так далее, это одна сторона. Вторая часть – чисто медицинский стандарт, это то, что мы проходили в середине 80-х годов, это требования к диагностике, протоколам лечения и так далее. Если мы понимаем под медико-медицинским стандартом протоколы лечения или клинические рекомендации, то нужно тогда как бы довести это до сообщества. Всё-таки одно требование к финансовому, техническому обеспечению, другое – к медицинскому. И это требует как раз обсуждения.

Что касается внедрения стандартов в 2013 году. Я здесь поддерживаю Владимира Ивановича, и опыт показывает, без проб и непроведения, так сказать, такого широкого, так сказать, переходного периода мы ничего не добьёмся. Сейчас вот на коллегии когда обсуждали, я был на этой коллегии в Министерстве здравоохранения, сейчас чётко поставлена задача главным специалистам в течение этого месяца с группой экспертов доработать стандарты, но их нужно обкатывать, апробировать. В течение этого первого года внедрения появится ещё ряд замечаний. Поэтому я всё-таки поддерживаю точку зрения, что их надо внедрять. Пока не говорю, что они, допустим, обязательны. Там можно определиться с региональными стандартами, с федеральными стандартами и так далее. Но моя точка зрения, что внедрять их нужно всё-таки с 1 января 2013 года. Это уже можно обозначить переходным периодом. У нас многие вещи имели переходной период. Поэтому это уже как бы можно обсуждать, это внедрение переходного периода.

Поэтому, я считаю, что нужно вот дорабатывать эти стандарты, апробировать. И уже реально, когда уже прокуратура, всё остальное, может быть с 2014 года.

Председательствующий. Слово предоставляется Дорощеву Сергею Борисовичу, заместителю председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья.

Дорощев С. Б. Вот сейчас за столом в президиуме сидят, как минимум, четыре человека, кто участвовал в разработке основ охраны здоровья граждан,

и участвовал непосредственно в этой дискуссии по порядкам и стандартам. Мы сейчас, кстати, как-то заострили внимание на стандартах и говорим только про одни стандарты, не говоря про порядки. Вроде как это, наверное, знаково в том смысле, что для нас понятно, что такое порядки для большинства. Порядки обязательные, и разговор как бы и не должно быть. Это мнение государства, как должно было оказываться. И мы с этим не спорим. И сообщество понимает. А вот что такое стандарты, для нас для всех остаётся загадкой. Потому что и сейчас, кто выступал, и на местах, когда едешь разговаривать с коллегами, у всех в общем мнение раздваивается, когда начинаем говорить про стандарты.

С чего хотелось бы опять начать? Сергей Федорович, выступая, сказал ровным счётом то, о чём мы договаривались на рабочих группах, когда обсуждали стандарты и порядки, что действительно стандарты не будут обязательные для врачей. Да, вот мы именно принципиально, когда оговаривали конструкцию статьи, договаривались, что стандарты не будут, порядки будут. Вот это квинтэссенция. Правильно? Квинтэссенция. А теперь давайте посмотрим, что же написано, и что же сделано.

Нам не только Сергей Фёдорович и Вероника Игоревна об этом неоднократно говорила. Но в законе это написано то, что написано в законе. Причём она странным образом так написалась в итоге, что лечебное учреждение оказывает в соответствии. Тогда, когда мы обсуждали, должна была быть конструкция словесная такая, что в соответствии с порядками, с учётом, так должно было быть написано, стандартов, которые используются для расчёта программы государственных гарантий. Вот если такую конструкцию этой статьи прописать словесную, то всё понятно, для чего нужны стандарты. Да, с учётом, и что они используются для расчёта программы государственных гарантий.

Когда мы имеем все стандарты, мы перекладываем на чистоту заболеваемости той или иной зоологической формы, мы получаем стоимость лечения, по государственному мнению, этой формы в конкретном регионе, складываем все эти формы, мы получаем стоимость программы государственных гарантий на территории конкретного субъекта Федерации, ровно как и на всей Федерации в том числе. И мы тогда понимаем, сколько же стоит на самом деле программа государственных гарантий не из расчёта там 8 тысяч на душу или там 10 тысяч, а из расчёта того, сколько надо денег для того, чтобы вот по таким стандартам государственным их бы полечить хорошо. По крайней мере, как справедливо сказал Владимир Иванович, с чистотой использования единицы, по крайней мере, вот так, и ещё немножко там с какой-то другой чистотой. Это ничего не означает с клиническими протоколами, потому что (тут вступлюсь за клинические протоколы) я глубоко убеждён, что мы действительно должны лечить по клиническим протоколам, потому что общество может иметь другую точку зрения, как всё-таки каждый раз нужно менять, каждый год менять эти клинические протоколы с учётом всех мировых достижений, не выходя из суммы денег, которую государство отпускает.

Что предлагаю и что на самом деле.

Кстати, хочу напомнить. Это к вопросу «А Васька слушает, да ест».

Все говорят, что стандарты нам необязательны, но у нас все собираются проверять именно по стандартам, а не по порядкам.

Это понятно, никто с этим не спорит. А вот всё, что касается стандартов, я хочу вам напомнить о том, что вышло Постановление Правительства Рос-

сийской Федерации от 12 ноября 2012 года за номером 1152, которое называется «Об утверждении Положения «О государственном контроле качества и безопасности и медицинской деятельности», где сказано, что Госконтроль осуществляется путём проведения проверок соблюдения осуществляющими медицинскую деятельность организациями, индивидуальными предпринимателями порядков оказания медицинской помощи и стандартов.

В переводе на русский язык, нас собирается Росздравнадзор проверять по поводу соблюдения порядков и стандартов. Мы говорим, необязательны, необязательны. Не обязательны, для кого? Для врача. А врач это где работает? В лечебном учреждении. А лечебное учреждение это обязано будет соблюдать. Следовательно, по-русски, и врачи. Главный врач ведь заставит соблюдать эти стандарты, значит и врачи будут работать по стандартам. Это раз.

Во-вторых. Как только они зарегистрируются в Минюсте, и совершенно правильно Владимир Иванович сказал, тут-то все наши прокуроры и скажут, всё, теперь это нормативный документ, и вы мне можете рассказывать всё, что угодно. Они же не очень понимают, что такое стандарты и клинические протоколы, потому что это нигде особо ведь не написано, что это такое, а главное, их ещё и не будет.

А вот стандарты это в Минюсте утверждены, и все огрехи наши, по мнению пациентов, начнут проверяться прокурорами строго в соответствии со стандартами, и мы погрязнем просто в судах. И это только потому, что нормативно у нас в законе вот такая недосказанность.

Что я предлагаю? Я предлагаю действительно отложить обязательное внедрение стандартов с 2013 года. Порядков – нет, я – за порядки. Пускай Минздрав их делает и это правильно, всячески поддержку.

А стандарты отложить. Это не означает, что их не надо делать. Но их надо обсуждать, параллельно внеся уточнение в 79-ю статью, что такое стандарты.

Очень солидарен с Владимиром Ивановичем. Конструкция может быть на практике именно такая, что такое стандарт для практического врача. Да, если там единица стоит, может быть, можно будет написать, что эта единица обязательная для клинического будет протокола, чтобы точно это было в клиническом протоколе. А всё остальное, это вот уже, как с учётом профессионального сообщества.

Тогда и страховая компания, если всё, что единица выполнила, к примеру, 100 процентов единица выполнила, тогда это оплата полного тарифа по этому стандарту, а если не 100 процентов выполнила, тогда меньше или, может быть, как сейчас там 80 процентов, хотя бы выполнить, их единиц, чтобы всё с чистотой использование единицы, тогда это 100-процентный тариф. Тогда понятно, что это такое. Сейчас на практике это не очень понятно.

Председательствующий. Я хотел бы предоставить слово Елене Николаевне Байбарину.

Байбарина Е. Н. Глубокоуважаемый председатель, глубокоуважаемые члены президиума, дорогие коллеги!

Я выступаю от имени нескольких своих должностей, скажем так, я в течение, вот как здесь уже сказали, восьми лет была главным внештатным специалистом неонатологом, и фактически, наверно, от истоков занималась разработкой стандартов, и вот с Павлом Андреевичем мы работали достаточно давно, и я бы хотела сказать, что и главным специалистам, и медицин-

скому сообществу в целом, была понятна задача и было понятно, что, над чем мы работаем.

Тут я в некоторых выступлениях услышала, может быть, не такое, вот вызванное такой необходимостью, может быть, подсознательно, подмену понятий, как говорят вот в науке риторики, о ведении дискуссий. Подмена понятий стандарта и протокола.

Стандарт – на самом деле, это документ, который говорит о том, сколько будет стоить лечение среднего гипотетического больного. И когда высказываются здесь опасения, а как же врач будет лечить по стандартам, и как будет это всё ужасно, я могу сказать как врач, что лечить по стандартам невозможно.

Приведу простой пример. Аппендицит. В стандарте будет прописано, что какой-то процент больных должен, ему должны провести операцию эндоскопически, а какому-то проценту классическую операцию. И никто не будет требовать, поверьте, чтобы этому больному сделали две операции. А две прописаны в стандарте, но есть определенная частота. Это же касается и назначения лекарств, и других процедур.

И может быть, вот тем, кто разрабатывал стандарты, кто их сейчас с ними много работает, понятно, может быть, надо какие-то разъяснения в законодательную базу внести, наверное, вот Сергей Федорович об этом скажет и пояснит, но скажу от имени главных специалистов, что именно так мы и понимали. Протокол на основе будет стандарта, и там действительно доказательная база, Вероника Игоревна об этом говорила на последней коллегии, уровень доказательности всех рекомендаций, и это обязательно должно быть соблюдено.

И говорили о страховых компаниях, ОМСах, если бы, вот чтобы МСам плохо, когда лечат, я согласна, и именно поэтому МСы не приняты сейчас, именно поэтому их и перерабатывают с огромным трудом, именно для того, чтобы оптимизировать подходы.

Ранжировка по уровням, я бы хотела тоже на этом вопросе остановиться, порядков и стандартов.

Порядки, внутри порядков ранжировка по уровням есть. Вот тот порядок, который, например, я разрабатывала, отделение новорожденных в любой центральной районной больницы, оно есть, отделение реанимации новорожденных на более высоком уровне, там, постинтенсивная терапия, внутри порядков есть. А стандарты, они будут ранжированы именно в зависимости вот от той частоты, которая не является единицей, потому что там, где есть эндоскопическое оборудование, есть возможность, аппендицит удалят эндоскопически, там, где этой возможности пока нет, удалят традиционно, но больного спасут и в том, и в другом случае, и поступят оба раза правильно. И здесь вот такое заложено.

Относительно федеральных учреждений, в последних версиях порядка, вот Сергей Федорович говорил, что они пересматривались, там заложены понятия учреждения высокого уровня, которое будет лечить не по этим протоколам, не с учетом стандартов, а предусматриваются в дальнейшем стандартные операционные процедуры, также как в национальном институте здоровья.

Поэтому здесь ограничения научных исследований тоже не предусмотрено, так нам кажется.

И относительно главных специалистов, они, Леонид Михайлович, они не выше ассоциаций, они являются, как правило, членами ассоциаций, и они являются выразителем общественного мнения, потому что ассоциаций у нас

достаточно много, и главные специалисты включают в свою экспертную группу представителей разных организаций, и он является, ну, может быть, такое непарламентское выражение, рабочей лошадью всех этих организаций. Должен быть один человек, который соберет мнение, который вот всё это организует.

Поэтому здесь я противопоставлений каких-то не вижу, и, по-моему, наша с вами работа тоже об этом говорит.

И относительно подходов, мне кажется, нам не надо откладывать внедрение порядков и стандартов, потому что это не играет такую еще организующую роль.

Рошаль Л. М. Вы с прокуратурой договоритесь, с 1 января прокуратура к вам придет, что бы вы не говорили.

Байбарина Е. Н. Относительно порядков большая часть регионов абсолютно готова. И нам они докладывают так и во время наших проверок. Мы ездили в отдаленнейшие места, я не так давно из Магадана вернулась, и там есть возможность применения порядков.

Относительно проверок, я была на этой конференции, о которой Елена Анатольевна говорила, спасибо, что пригласили, и мы там разясняли именно проверяющим органам на местах, оттуда были люди, как надо проверять по соблюдению порядков, но ни в коем случае не по стандартам.

Мне кажется, что откладывать внедрение не надо.

Председательствующий. Я хочу предоставить слово Сергею Фёдоровичу Вельмайкину для ответов на многочисленные вопросы.

Вельмайкин С. Ф. На самом деле много вопросов прозвучало в выступлениях, и мне не хотелось бы оставить их без внимания.

Вы знаете, во-первых, мне очень приятно то, что у нас, вообще, вот эта дискуссия происходит. Но я так вот опушу достаточно эмоциональную иногда критику в адрес министерства, но я отношусь к этому, может быть, немножко и кому-то покажется неправильно. Но вот мы что-то делаем и нас критикуют. Если бы мы ничего не делали, наверное, нас бы не критиковали. Потому что год назад мы были, в том числе и в этом же зале, мы точно также спорили о правовой природе или экономической природе, или медицинской природе стандартов, высказывались различные мнения.

И вот сегодняшняя дискуссия показывает, что острота этой проблемы, не спала. При этом всё-таки мне приятно, говорят, что мы так, как-то закрыто ведём деятельность по стандартам, а все очень уверенно рассказывают о структуре стандартов, что там предусмотрено, что там не предусмотрено? Вот мне это приятно, это просто означает, что небанально люди подошли к подготовке к этим слушаниям. И эти стандарты они действительно, то что можно обсуждать.

Коллега от фармацевтов, который призвал всех воспользоваться айпэдом, я воспользовался вашим советом. Посмотрите, пожалуйста, запись от 25 октября, там загружен архив стандартов, 750 штук. Там их не 300, там их 900. Ну айпэд, так айпэд.

Далее. Сейчас мне бы больше хотелось высказаться как эксперту, но я понимаю, что я тут разлепить свои два статуса не могу. Год назад мы понимали, что мы принимаем очень сложный, очень объёмный и очень неоднозначный, с точки зрения восприятия различными группами людей закон, закон «Об основах охраны здоровья граждан».

И мы себе тогда, люди, которые участвовали в этой работе, а здесь действительно за этим столом присутствуют люди, которые участвовали в этой работе, где-то давали какой-то период времени, когда закону надо дать, ну обкататься, если хотите, какие-то вещи, которые необходимо будет поправить или исправить какие-то шероховатости только по итогам практики правоприменения, которые разработчиками изначально не могли быть учтены просто потому, что норма на бумаге, она мёртвая. Только после того, как норма окажется в жизни, мы начинаем понимать, что происходит.

Сейчас этот год прошёл и сейчас, действительно я буду об этом говорить, мы можем, как мне кажется, уже обоснованно, с учётом практики применения ставить вопрос о том, что нужно, возможно, вносить какие-то коррективы.

Вот что я услышал из сегодняшних выступлений, что, мне кажется полезным. В своё время, действительно существовал приказ, мы его называли порядок порядков, порядок стандартов, приказ Минздрава, который регулировал процедуру формирования стандартов и порядков.

При принятии закона мы посчитали, что достаточно хорошо эти вопросы урегулировали на законодательном уровне. Приказ, соответственно, поскольку у нас сейчас нет полномочий его издавать, был нами отменён. Возможно, если всё-таки действительно коллеги считают, что лучше иметь подзаконный акт, который будет регулировать процедуру формирования стандарта, давайте к этому вопросу вернёмся, давайте в законе предусмотрим соответствующие полномочия правительству ли, Минздраву ли и, возможно, соответствующие нормы пропишем. Это первое.

Второе. Я не случайно в своём выступлении, я ничего не искажал, коллеги, разводил. У нас нет обязанности соблюдать стандарты у медицинского работника, и этой обязанности, и не могло быть, именно исходя из того, и потом как бы не один выступающий это подтвердил, что мы изначально закладывали конструкцию, по которой врач не лечит по стандарту. Медицинская организация осуществляет свою деятельность, в том числе и в части оплаты, в том числе и в части взаимоотношений со страховой компанией. И к медицинской организации стандарты подвязывать уже нужно. Другое дело, что, возможно, необходимо прописать эту норму чуть более корректно в 79-й статье.

И здесь я с предложением скорректировать эту норму в 79-й, наверное бы, вот сейчас уже по практике применения этого закона, согласился.

Далее. Возможно, эта норма в первом чтении была, потом ушла, необходимо всё-таки вернуться к вопросу и дать определение того, что такое стандарт, что такое порядок, и дополнительно этой нормы даже и не было, но неоднократно звучало это предложение, определить, что такое клинические рекомендации либо протоколы лечения.

Далее. Очень много звучало вопросов, как бы сейчас обобщая, так укрупняя, по поводу того, что на основании стандартов мы должны оценивать качество, а это невозможно, потому что они усреднённые. Коллеги, конечно, невозможно.

Надо же понимать, что мы специально совершенно нормы закона, которые регулируют контроль качества, вводим в действие с 2015 года, и соответствующие критерии качества Министерства здравоохранения будут разрабатываться на протяжении 2013–2014 годов. Мы понимаем, что это очень сложная задача, и мы понимаем, что это как бы, немножко перефрази-

руя президента: это тот снаряд, к которому одним подходом не ограничишься. Это то, что надо достаточно тщательно выверять.

Сергей Иванович Колесников говорил о включении федеральных медицинских научных учреждений в систему ОМС. Двумя руками за. И мы как бы неоднократно об этом говорили, говорим и говорить будем.

Мы считаем, что нельзя абсолютно всё вогнать в систему обязательного медицинского страхования. У нас должны остаться ведущие топовые учреждения НИИ, клиники, которые действительно во всём мире через ОМС не финансируются. И это действительно высокие технологии. Другое дело, что это просто не должно превратиться в то, что мы сделали там, когда в здравоохранении не было денег на нормальное оказание медицинской помощи. Просто 300 тысяч квот. Когда у нас высокотехнологичной называется любая помощь, которую мы по каким-то причинам считаем более удобной финансировать таким способом. Поэтому здесь как бы абсолютное понимание.

Далее. Ну вот коллега, по-моему, я так понимаю, он мне записочку передал по поводу искажения про протоколы. Ну как бы мне адресовал, что я сказал, что лечить нужно по протоколам это искажением, потом сам повторил, что лечить нужно по протоколам. Тут у нас, по-моему, понимание общее и с вами, и с нами, и с коллегами из национальной медицинской палаты, и с коллегами из академии медицинских наук. Мы только «за». Мы просто реально понимаем, что у нас тяжело всем, и врачам, и пациентам, пока эти протоколы в достаточном количестве отсутствуют. Поэтому мы со своей стороны, конечно, были бы заинтересованы в том, чтобы этот вопрос немножко форсировать.

Опыт обсуждения 323 закона летом 2011 года показал, что на том этапе медицинская общественность брать на себя ответственность за утверждение клинических протоколов была не готова. Я апеллирую к тем коллегам, которые участвовали в этой дискуссии. Эти формулировки в первом чтении были, мы их из старого убрали. Если за полтора года мы этот эволюционный путь прошли и сейчас мы можем, давайте, мы не возражаем. Ещё раз говорю, министерство здравоохранения заинтересовано в том, чтобы клинические протоколы, естественно состыкованные со стандартами, были.

Далее. Владимир Иванович, по поводу того, что мы, конечно, не по всем 100 процентам нозологических форм выпускаем стандарты. Но мы выпускаем стандарты таким образом, чтобы закрыть, ну минимум, 95 процентов основной заболеваемости. Естественно, мы понимаем, что «а» – у нас сегодня эта работа всё равно не заканчивается, «б» – по тем стандартам, по которым пока у нас не будет, по тем, извините, нозологиям, по которым пока не будет стандартов, но, к сожалению, будем продолжать какое-то время не очень хорошо жить, как живём. Но это, как правило, достаточно редкие заболевания, которые в общем-то позволяют нам говорить о том, что их невключение массовое, оно пока там особого клинического значения не имеет.

По поводу кратности меньше единицы по назначению врача, спасибо за идею, мы попробуем над ней подумать. Но правда времени думать уже у нас особенно нет.

Далее. По поводу замечания коллеги о том, что они внедрились 16 стандартов за 2012 год и в связи с этим не могут внедрить 1200 в 2013 и надо переносить. Коллеги, если по 16 в год, у нас стандартов не будет никогда. Я вот извиняюсь. И здесь я так немножко может быть в оппозицию вступлю

со всеми теми, кто говорил о необходимости переноса стандартов. Дорогу осилит идущий. Потому что полтора года назад вот эта дискуссия, которую мы сегодня ведём, она была бы немыслимая.

Я слышу Леонида Михайловича, он правильно говорит, давайте работать в том числе и с прокуратурой. Объяснять в том числе и прокуратуре, что стандарт – это не то, что надо прийти, у конкретного врача проверить. С учётом возможно необходимости тех поправок, о которых здесь тоже говорили. Но не внедрять стандарты нельзя. И не внедрять порядки оказания медицинской помощи нельзя. Потому что, и здесь прав абсолютно Владимир Иванович, мы с вами ровно через год соберёмся в этом же зале и выясним, что ещё чего-то у нас всё равно не готово.

Коллеги от фармацевтов выступали. Вот если там примеры по тем стандартам есть, по которым как вам кажется, конфликт интересов, мы обязательно это проработаем. Спасибо. Собственно говоря, мы для этого, для общественного обсуждения и вывешиваем документы.

И последнее. Точнее нет, извините, предпоследнее. Что касается полномочий субъектов, где мы якобы забрали контроль за осуществление медицинской деятельности. На самом деле, коллеги, мы передали вами очень обширные полномочия по лицензированию медицинской деятельности. И в рамках лицензионного контроля, собственно говоря, всё то, что осуществлялось, оно и может осуществляться. Нас, кстати, здесь на федеральном уровне очень за это ругают. Потому что нам говорят – вы создаёте дублирующую систему контроля. Вы должны ограничиться, нам говорят, лицензионным контролем. Мы в дополнение к лицензионному контролю создаём федеральную систему контроля. Но лицензионный контроль со стороны субъектов мы не убираем и не собираемся. Это слишком важно и чувствительный вопрос – оказание медицинской помощи.

И последнее, по поводу, Я вот абсолютно, поверьте, далёк от мысли, что у нас врачи как-то не загружены или бездельничают.

Врачи у нас работают в достаточно напряженном режиме, но и согласиться с тезисом о том, что врач не должен знать базовые документы, которыми регулируются его взаимоотношения с пациентом, с администрацией собственного учреждения, иногда со страховой компанией тоже не могу. Вы знаете, какая должностная инструкция, извините, там у главного специалиста в любом государственном органе, чего он должен знать. Притом, что поверьте, он тоже достаточно загружен работой. Просто если мы с вами выбираем определенную специальность, мы должны всё про свою работу знать. И ничего другого тут, к сожалению, нам не дано, будь это простой врач, главный врач или министр.

Председательствующий. Ну что, коллеги, будем подводить итог.

Действительно, то, что мы сегодня обсуждаем, я даже боюсь как-то дефиницию дать того, что мы сегодня обсуждаем после всех выступлений. Это краеугольный камень организации здравоохранения. И понятно, что в рамках одних парламентских слушаний решить все проблемы здравоохранения невозможно. У нас есть более утилитарная проблема этих слушаний. Вопрос, можем ли мы законодательно что-то изменить до 1 января 2013 года. Даже приказ Минздрава, если он будет сегодня на колёнке написан, через Минюст за этот оставшийся период не пройдет. То есть нужно понимать, что с 1 января мы ничего изменить не можем. Единственное, что мы можем сделать, это

в ускоренном темпе заморозить данную часть закона «Об основах здравоохранения граждан» и перенести на полгода, на год или еще как-то. Вопрос, нужно это делать или не нужно? Вы знаете, в рамках нашего обсуждения жестко вырисовалось два совершенно разно направленных вектора. Минздрав говорит, что не нужно ничего менять, войдем в воду, может быть, научимся плавать.

С другой стороны многие выступающие говорят, а как мы будем жить, если у нас останутся, не буду перечислять те многочисленные проблемы, о которых мы сейчас говорили.

Коллеги, у нас есть один такой политический критерий. Если эксперимент не нанесет вреда здравоохранению и прежде всего конкретным людям, то наверное, ничего страшного в нем нет. Но если, во многих выступлениях это звучало, введение стандартов с 1 января принесет реальный урон людям, обществу, политической системе, то зачем же мы это будем делать? Спасая отдельные карьеры и биографии. Всё-таки здоровье и жизнь людей оно поважнее будет.

Можем ли мы сейчас из этих парламентских заключений сделать однозначный вывод? Я думаю, что я бы на себя такую смелость не взял, нужно проанализировать все ваши предложения, стенограмму, провести, наверное, в ускоренном виде несколько совещаний на самых различных высоких уровнях, чтобы дать однозначный ответ.

Понятно одно, что сама идея стандарта, впрочем как протоколов, как порядков лечения, она вот сейчас оказалась несколько иной, чем она задумывалась, как я понимаю, в 2011 году, и еще раньше в 2004 году. Я просто напомним Владимиру Ивановичу, что я так понимаю, с его подачи в 2004 году Зурабов делал доклад как раз об этом. И к 2007 году, если я не ошибаюсь, было более 650 стандартов уже разработано.

Коллеги, тогда это понималось именно как регламент лечения. Ни о какой финансовой составляющей даже речи не было. Сейчас несколько другая изменилась концепция и парадигма.

Коллеги, меня, честно говоря, беспокоит очень практический вопрос. Действительно, не начнет ли по заявлениям граждан с 1 января ходить прокуратура к врачам. И вот тогда мы точно наше здравоохранение парализуем. Мало того, что врачей вообще-то защитить бы надо, но это чисто такой вот стоящий на повестке дня вопрос и мощный аргумент. Не вдаваясь, что и как будет.

Второй момент, который меня очень побеспокоил и я услышал такой вот отдаленный звоночек – это конфликт интересов. Понятно, что более коррупционную систему трудно себе представить. Я закладываю соответствующую таблетку и дальше живу всю жизнь спокойно. Коллеги, меня это очень смущает, и мне кажется, что без общественного обсуждения, которого, как я понимаю, к сожалению, не было, проблему коррупцииности стандартов мы решить не можем, а значит нельзя их вводить, пока не обсудим.

Много есть «но». О чем я вас попрошу? И тем кто не успел выступить, и кто скромно промолчал, хотя есть что сказать, у меня огромная к вам просьба, не откладывая на завтра, как можно скорее прислать свои конкретные предложения в Комитет по охране здоровья, в Государственную Думу. Потому что мы на основе наших парламентских слушаний подготовим весь пакет соответствующих таблиц, предложений, пожеланий, проблем. И я собираюсь его вынести максимально на самый высокий уровень, потому что время не терпит, решений, вариантов не так уж много, и это нужно делать сейчас.

Еще раз всем огромное спасибо за участие в парламентских слушаниях.

Рекомендации парламентских слушаний

Система стандартизации в здравоохранении начала складываться в 70–80-е годы прошлого века за счет стандартов, касающихся лекарственных средств и изделий медицинского назначения. На рубеже 90-х годов начались работы по стандартизации медицинской помощи. Востребованность стандартов была обусловлена введением в России обязательного медицинского страхования и принятием в 1991 году Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Однако этот Закон лишь обозначил необходимость наличия стандартов, не оговаривая их структуру, принципы и правила формирования, способы применения и вопросы контроля качества медицинской помощи. Не внесли ясности и принятые в 1993 году «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».

Из-за отсутствия федеральных стандартов каждый регион самостоятельно разрабатывал свои медико-экономические стандарты. В результате в Российской Федерации использовалось несколько систем стандартизации. В 1997 году Минздрав России предпринял попытку упорядочить ситуацию со стандартизацией, проведя совместную коллегию с ФФОМС и Госстандартом России. С учетом действующего на тот момент законодательства, в том числе – Закона Российской Федерации «О стандартизации» (1993 г.), были сформулированы основные положения стандартизации в здравоохранении, позднее получившие статус Отраслевого стандарта. Были обозначены объекты стандартизации, принципы и общие правила стандартизации в здравоохранении. Впервые прозвучали слова о доказательной базе, об экономической целесообразности при создании стандартов.

В 2003 году на Коллегии Минздрава России утверждена «Программа управления качеством в здравоохранении» на 2003–2007 гг. Документ комплексно и взаимосвязано рассматривал вопросы обеспечения качества, стандартизации, лицензирования и аккредитации, сертификации и аттестации в здравоохранении.

На основе ранее созданных классификаторов простых и сложных медицинских услуг в 2004 году была разработана и утверждена Номенклатура работ и услуг в здравоохранении. Номенклатура включала оценку трудозатрат на каждую услугу и методику расчета цены на услугу с учетом трудозатрат. Прямые затраты на расходные материалы, лекарства, компоненты крови, начисленная амортизация медицинской техники и износа мягкого инвентаря учитывались в стоимости медицинской услуги пропорционально трудоемкости ее выполнения.

Переход на единые порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи в настоящее время сдерживает целый ряд факторов, в том числе отсутствие полных и достоверных данных о ресурсной обеспеченности и технологической готовности медицинских учреждений к их внедрению. Это обусловлено:

отсутствием утвержденных критериев готовности медицинских организаций к внедрению единых порядков и стандартов оказания медицинской помощи;

разнообразием используемых методик учета и расчета фактических затрат;

отсутствием единых методик расчета тарифов на медицинскую помощь; отсутствием достоверных статистических данных о выполнении стандартов медицинской помощи;

отсутствием в учетных и отчетных формах статистического наблюдения показателей и данных о качестве и доступности медицинской помощи.

Достаточно много нерешенных вопросов остается в области идентификации и кодирования ресурсов и элементов медицинской помощи при описании медицинских услуг и стандартов. Главным требованием к системе идентификации элементов медицинской помощи является их различимость и уникальность кодов. Иерархическая номенклатура медицинских изделий – коды НВМИ, не позволяет осуществлять их идентификацию и привязку к соответствующим медицинским услугам.

Участники парламентских слушаний обратили внимание на то, что разрабатываемые порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи не включены в системы кодирования и не имеют обозначений, что делает невозможной их структуризацию и затрудняет последующую актуализацию. Правила кодификации, образования терминов требуют стандартизации и унификации. В настоящее время идет активное создание реестров медицинской техники и электронных паспортов медицинских учреждений, в которых содержатся сведения об их оснащении медицинским оборудованием, обеспеченности медицинскими кадрами и т.д. В то же время несогласованность используемых систем кодификации и кодирования объектов учета делает решение этой задачи трудно реализуемой.

Методы и средства стандартизации являются мощным инструментом повышения качества работ и услуг в здравоохранении. Это отчетливо доказывает международный опыт, в том числе в рамках деятельности национальных и международных систем стандартизации.

Система управления качеством медицинской помощи базируется на создании, применении и оценке протоколов ведения больных. Протокол включает в себя структурированное описание процессов выполнения медицинских технологий с учетом их доказательной базы и экономичности, временные параметры, индикаторы качества и результативности с указанием вероятностей исходов. Протокол должен быть гармонизирован со стандартом медицинской помощи, содержать индикаторы качества при определенном заболевании.

Участники парламентских слушаний отмечают, что основной целью проводимых в настоящее время в Российской Федерации мероприятий, направленных на стандартизацию в здравоохранении, является как повышение качества и доступности медицинской помощи, так и решение задач сохранения и улучшения здоровья населения.

Среди основных задач стандартизации выделяются:

– нормативное обеспечение реализации законодательства в области охраны здоровья граждан;

- создание единой системы оценки показателей качества и экономических характеристик медицинских услуг, установление научно обоснованных требований к их номенклатуре, объему и качеству;

- установление требований к условиям оказания медицинской помощи, эффективности, безопасности, совместимости и взаимозаменяемости процессов, оборудования, инструментов, материалов, лекарственных препаратов и медицинских изделий;

- установление единых требований к лицензированию медицинских учреждений, подготовке, аттестации и сертификации специалистов.

Готовность субъектов Российской Федерации к обязательному исполнению с 1 января 2013 года требований, утвержденных Минздравом России порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, оставляет желать лучшего. Так, по данным Росздравнадзора, максимальное соответствие порядкам оказания медицинской помощи имеется в медицинских организациях, вошедших в программы помощи больным при сердечно-сосудистых, онкологических заболеваниях, пострадавшим в ДТП, во вновь построенных перинатальных центрах. В иных медицинских организациях в наибольшей степени соответствуют порядкам оказания медицинской помощи только отдельные профили: акушерство и гинекология, травматология, анестезиология и реаниматология. Типичной причиной несоответствия оказываемой медицинской помощи порядкам и стандартам оказания медицинской помощи является отсутствие оборудования и специалистов (Республика Северная Осетия-Алания; Пермский, Приморский края; Амурская, Орловская, Иркутская, Курская, Сахалинская, Новгородская, Волгоградская области).

Проблема эффективности выполнения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи напрямую связана с отсутствием административной ответственности за нарушение юридическими и физическими лицами требований Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» об обязательности исполнения порядков медицинской помощи. В связи с чем представляется необходимым внести изменения в Кодекс об административных правонарушениях, предусматривающие административную ответственность за указанные нарушения, а также устанавливающие полномочия органов по контролю и надзору в сфере здравоохранения возбуждать и рассматривать дела об указанных правонарушениях.

Особую озабоченность участников вызывает проблема оказания медицинской помощи по порядкам и стандартам в регионах Российской Федерации, имеющих значительную территориальную разобщенность между фельдшерско-акушерскими пунктами и центральными районными больницами. Расстояния между ними доходят порой до 400 км при отсутствии круглогодичного дорожного сообщения. Так, в Республике Саха (Якутия) 91,8% территории находятся в зоне сезонного транспортного обслуживания, при этом из 34 муниципальных районов 76% не имеют надежной транспортной связи с центром республики и близлежащими районами. В связи с этим возникает необходимость внесения корректировок в расчеты должностей специалистов, утвержденных порядками оказания медицинской помощи и учет транспортной составляющей.

Участники парламентских слушаний обратили внимание на то, что согласно статье 64 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в настоящее время порядок проведения экспертизы качества медицинской помощи определен только для медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования. Порядок проведения экспертизы качества медицинской помощи, оказанной вне системы ОМС, отсутствует.

Также нуждаются в конкретизации положения статьи 90 «Внутренний контроль качества медицинской деятельности» Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», однозначно уточняющие субъект, устанавливающий порядок осуществления внутреннего контроля. Существующая редакция статьи допускает установление порядка внутреннего контроля для организации государственной системы здравоохранения как федеральному органу исполнительной власти в сфере охраны здоровья, так и исполнительному органу государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, а также и руководителю организации государственной системы здравоохранения.

Обращает на себя внимание необходимость приведения к единообразию понятий «экспертиза качества медицинской помощи», данных в Федеральном законе от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (часть 7 статьи 40) и в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (часть 1 статьи 64). Необходимо сформулировать определение «эксперт качества медицинской помощи», которое должно включать в себя обязательные квалификационные требования к эксперту качества медицинской помощи, а также определить ответственность эксперта, включенного в реестр экспертов качества, как за некачественное заключение, подтвержденное реэкспертизой, так и за отказ от проведения экспертизы.

Заслушав доклады и выступления депутатов Государственной Думы, представителей министерств и ведомств, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, профессиональных медицинских организаций, технических комитетов по стандартизации народнохозяйственного комплекса «Здравоохранение», участники парламентских слушаний отмечают, что для решения этой важной медико-социальной и экономической проблемы требуется комплексный взвешенный подход, и **рекомендуют**:

Комитету Государственной Думы по охране здоровья:

Создать рабочую группу по разработке Концепции развития системы стандартизации в здравоохранении до 2020 года с привлечением представителей заинтересованных ведомств и представителей профессиональных общественных организаций.

Министерству здравоохранения Российской Федерации и Министерству юстиции Российской Федерации:

Подготовить изменения в Кодекс об административных правонарушениях, дополнив главу 23 «Судьи, органы, должностные лица, уполномочен-

ные рассматривать дела об административных правонарушениях» статьей 23.79 «Органы, осуществляющие функции по государственному контролю за качеством и безопасностью медицинской деятельности», в которой предусмотреть за Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющими переданные им полномочия по лицензированию медицинской деятельности право рассматривать дела об административных правонарушениях, предусмотренных статьей 19.20 КоАП РФ.

Министерству здравоохранения Российской Федерации и уполномоченным органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации:

1. Подготовить разъяснения определения стандарта медицинской помощи как нормативного документа, по которому осуществляется медико-экономическое планирование оказания медицинской помощи медицинской организацией в системе обязательного медицинского страхования, и довести их до сведения всех заинтересованных организаций.

2. Провести всестороннее обсуждение стандартов медицинской помощи с представителями медицинских и пациентских сообществ, страховых организаций.

3. Обратит внимание медицинских организаций, министерств и ведомств, обладающих функциями по государственному контролю (надзору) на то, что лечение пациентов должно осуществляться в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

Министерству здравоохранения Российской Федерации:

1. Разработать и внести в Государственную Думу поправки в Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в части:

– наделяния органов государственной власти субъектов Российской Федерации полномочиями по установлению дополнительных критериев оценки качества медицинской помощи, не ниже уровня утвержденных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, – в случаях, когда территориальная программа государственных гарантий содержит дополнительные виды и условия оказания медицинской помощи, а также дополнительные объемы медицинской помощи;

– расширения полномочий профессиональных некоммерческих организаций правом участия в комиссии при проведении проверок соблюдения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, а также в проведении экспертизы качества медицинской помощи;

– определения понятия «клинические рекомендации (протоколы лечения)».

2. Обеспечить гармонизацию стандартов медицинской помощи с клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

3. В соответствии со статьей 89 «Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности» Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

разработать порядок организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

4. Разработать порядок проведения экспертизы качества медицинской помощи, оказанной вне системы обязательного медицинского страхования;

5. Внести качественные показатели в методику оценки деятельности медицинских организаций при формировании ежегодных рейтингов медицинских организаций органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения;

6. В разрабатываемых стандартах медицинской помощи установить сроки и механизмы актуализации.

7. Рассмотреть возможность разработки стандартов и порядков оказания медицинской помощи в соответствии с трехуровневой системой организации медицинской помощи гражданам Российской Федерации.

8. При разработке стандартов медицинской помощи учитывать уровень оказываемой медицинской помощи в соответствии с номенклатурой медицинских организаций, принимая во внимание состояние учреждений здравоохранения правоохранительных и силовых структур.

**Материалы парламентских слушаний
на тему «Совершенствование законодательного
регулирования в сфере обращения биологически
активных добавок к пище на территории
Российской Федерации»**

СТЕНОГРАММА
парламентских слушаний

*Здание Государственной Думы, Малый зал.
21 февраля 2013 года.*

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

Председательствующий. Уважаемые коллеги, наши сегодняшние парламентские слушания посвящены или, я бы сказал по-другому, открывают череду рассмотрения в Государственной Думе вопросов, связанных с обращением лекарственных средств, различных сопутствующих лекарственным средствам веществ, типа медицинских изделий (обороту и производству) и ответственных пищевых добавок.

Ситуация сложилась таким образом, что мы сейчас, как никогда, осознаём, что подошли к определённом рубежу, когда заложенные в начале и середине 90-х годов непродуманные, стихийные решения привели нас к своему логическому концу, который является достаточно абсурдным.

Вот то, что мы сегодня рассматриваем, то что, называется с середины 90-х годов «биологически активные добавки», – это и есть пример того абсурда, который родился из самых разных мотивов, побуждений, незнаний, некомпетентности и так далее.

Ситуация сложилась таким образом, что на сегодняшний день то, что называют сегодня рынком БАДов, является достаточно вредным явлением для здравоохранения в Российской Федерации. Это бизнес, который построен на здоровье людей. Но самое главное то, что это бизнес, который вполне можно отрегулировать и создать благоприятные условия для его развития, отрубив то, что является вредным и лишним, чисто нормативными актами. То есть если многие системы здравоохранения, они не решаются просто нормотворчеством, требуют и финансовых затрат, и концептуальной перестройки, и системной перестройки, то всё что касается рынка БАДов, – это, безусловно, регулируемая вещь.

И задача наших сегодняшних парламентских слушаний дать ответ, что мы должны сделать, чтобы устранить ту реальную опасность, которую сейчас несут так называемые биологически активные добавки.

Я не буду обозначать здесь всё проблемное поле. Я просто хочу определить некие реперные точки, которые на сегодняшний день просто вопиют о том, что их нужно разрешить.

Первое. Придумали в России, своим самобытным путём идя, некое странное название «биологически активные добавки», которое не несёт за собой никакого содержания. Есть пищевые добавки и нет никаких биологически активных. С одной стороны, биологически активные – можно считать всё, что угодно. А с другой стороны, за этим названием стоит мощный маркетинговый ход. Те, кто придумал это название, я знаю их поимённо, я думаю, вы тоже их знаете, они, по сути дела, одним этим названием создали совершенно псевдоусловия для применения вот этих вот пищевых добавок. Разрубить этот Гордиев узел просто необходимо.

Второе. Продолжается странное нормотворчество, которое непросто отражает, скажем так, червоточины, которые существуют сейчас на рынке БАДов, но, в общем-то, и усиливают их.

Например, 17 января этого года Роспотребнадзор выпустил достаточно странный документ, связанный с биологическими добавками, которым вводит достаточно проблемные положения, связанные с регистрацией, в частности, запрет регистрации целого ряда, скажем так, полезных вещей, например, тех же витаминов, который декларирует условия для клинических испытаний пищевых добавок. При этом никакой базы для этого не существует.

Ещё одна проблема, которая тоже сейчас назрела, – это то, что касается добровольной сертификации пищевых добавок. Создано огромное количество контор по добровольной сертификации пищевых продуктов. Понятно, что не обеспечены соответствующей лабораторной базой, соответствующими методологическими указаниями они просто производят псевдопредставление о том, что БАДы – это лекарство.

Особая проблема – это клиническое испытание пищевых добавок. Здесь вопрос, как в методологии, так и в теории, не говоря уже о практике, которой просто не существует.

Это также контроль за выпуском, продажей и рекламой всего того, что позиционирует себя, как лекарство или полULEкарство, но на самом деле лекарствами не является. Отсутствие единого органа контроля, размытость функций между разными ведомствами, отсутствие нормативной базы для такого контроля порождает тот произвол, который сейчас существует на этом рынке.

Другая проблема – реклама. Многие то, что сейчас называют биологически активными добавками, вещества рекламируются, как лекарство. На самом деле лекарствами они не являются. Мало того, есть соответствующие БАДы, будем их ещё по старинке так называть, которые вообще повторяют название лекарств.

Ну и самое главное, чтобы с водой не выплеснуть ребёнка. Понятно, что есть природные факторы, природные вещества, которые являются необходимыми для человека, и которые способствуют как выздоровлению, так и превентивным мерам по охране здоровья.

Существует достаточно много веществ, те же, например, витамины, те же минералы, волокна, которые являются необходимым условием определённого лечебного процесса.

С другой стороны, есть огромное количество то, что называют БАДами, которые содержат те или иные молекулы, которые, скажем так, близки или идентичны молекулам в лекарственных средствах. Не секрет, что многие фармацевтические фирмы, уходя от регистрации лекарственных форм, просто, грубо говоря, разбавляют лекарственную формулу и подают это как БАДы.

Но возникает вопрос. При другой регистрации, другой системе регистрации, при отсутствии клинических испытаний, при отсутствии данных, как сочетаются те или иные БАДы, содержащие лекарственную формулу, с другой системой лекарственных назначений, чему и как мы лечим, какова эффективность и не наносим ли вред, остаётся абсолютно открытым.

Я бы мог перечислять этот перечень проблем, проблема одна – в государстве отсутствует регулирование производства, продажи, маркировки и так далее, пищевых добавок. И наша задача как раз, ответить на вопрос, что в нормативом поле мы можем сделать?

И я хотел бы предоставить сейчас слово заместителю Председателя Государственной Думы Сергею Владимировичу Железняку.

Железняк С. В. Уважаемые коллеги, а я уверен, что здесь сегодня собрались люди неравнодушные, эксперты, действительно, рынок пищевых добавок или биологически активных добавок – это на сегодня один из самых мифологизированных рынков. И вокруг него много различных слухов, инсинуаций, заблуждений, злоупотреблений. И, конечно, так как речь идёт о здоровье человека и речь идёт о достаточно распространённом явлении, то государство и общество не могут устранить от необходимости понимать, как взаимодействовать с производителями, распространителями, рекламодателями этих товаров так, чтобы добросовестные производители и продавцы могли получать стимулы для развития своей деятельности, а различные аферисты и мошенники, которые зарабатывают деньги на обмане и на здоровье людей, конечно бы, привлекались к ответственности.

Да, действительно, в природе много полезных веществ и было бы глупо это отрицать. Более того, естественно, что те натуральные вещества, которые есть, не требуют какого-то регулирования. Но мы ведём речь в данном случае о рынке специально созданных товаров, которые часто нашими гражданами воспринимаются как реальная альтернатива лечению и замещению лекарств, что, конечно, приводит и к самолечению, и к большим проблемам со здоровьем. То есть это благо, которое должно честно производиться, честно продаваться, честно рекламироваться, и только тогда это будет польза для здоровья и я думаю, что никто из нас и никто из врачей-специалистов не будет против этого.

Но на сегодня, правильно абсолютно Сергей Вячеславович сказал, системы регулирования пищевых добавок не существует. Существуют фрагментарные нормы в различных законах, и я думаю, что об этом вы тоже сегодня будете вести речь, но нужно по-хорошему создать, вообще, стратегию государственной политики в этой области.

Отсутствие цельного регулирования привело к тому, что на сегодня страдают не только добросовестные производители, которые под гнётом различного контрафакта, а порой и просто откровенных мошенников, не могут эффективно развивать своё производство, создавать и развивать научную базу,

исследовательскую базу, но страдают и люди. И в этом смысле наша с вами задача сделать так, чтобы это явление нашей жизни не было дискредитировано, потому что на сегодня могу сказать так, что даже у нас, в Государственной Думе, есть целый ряд наших коллег, которые занимают ещё радикальную позицию в этом смысле. Они предлагают, вообще, многое запретить.

Мы считаем, что не надо идти путём запретов, нужно идти путём грамотной регламентации, профессионального контроля за соблюдением качества и пресечением любой деятельности, которая не соответствует нашему законодательству и заявленным целям. Вот сделать это эффективно без вашего участия нам, кажется, невозможно, потому что вы, как практики, как люди, которые с этим сталкиваются ежедневно, знаете и о хороших, и о плохих сторонах пищевых добавок и всего, что связано с их производством и оборотом, гораздо больше, чем мы.

И я прошу вас вооружить нас знаниями для того, чтобы регулирование, которое будет осуществляться в Государственной Думе, было бы, во-первых, грамотным, во-вторых, стимулирующим то производство и тот оборот, которые будут помогать реально людям и, в-третьих, помогут занять рынку пищевых добавок правильное место во всей системе, связанной со здравоохранением и профилактикой заболеваний.

Если говорить о том, как мы намереваемся действовать дальше, конечно, профильный комитет, комитет Сергея Вячеславовича будет этим заниматься прежде всего, ну, конечно, в дальнейшем необходимо будет привлекать и комитет по экономической политике и предпринимательству, потому что это одна из сфер предпринимательской деятельности. Конечно, взаимодействовать нужно будет и с комитетом, который занимается вопросами взаимодействия с правоохранительными структурами и всем комплексом гражданского законодательства и уголовного законодательства. Но очень важно вооружить, Сергей Вячеславович, наших коллег той практикой, которая есть, для того чтобы мы могли вот, как депутаты, и вы, как представители отрасли, не стесняться этого явления, а реально понимать, как это может помогать людям.

Председательствующий. Позвольте мне предоставить первое слово Герасименко Николаю Федоровичу, первому заместителю председателя Комитета по охране здоровья.

Герасименко Н. Ф. Я хотел бы остановиться на следующих вопросах. В том году был принят базовый закон «Основы охраны здоровья населения Российской Федерации», который установил системный порядок оказания медицинской помощи населению. Это порядки, стандарты, клинические рекомендации.

Второе. Недавно выступала Министр здравоохранения Российской Федерации Скворцова Вероника Игоревна о необходимости провести, так называемую инвентаризацию лекарств, которые продаются в аптеках на их полезность на основе доказательной медицины. Не секрет, что не только, вот о БАДах Сергей Вячеславович говорил, но это касается лекарственных средств. Почти половина из них, в общем-то, не работает. И они не соответствуют, в общем-то, тем отработанным стандартам, клиническим рекомендациям, которые описаны в руководствах, в других материалах по доказательной медицине. Поэтому сейчас для обсуждения есть несколько основных вопросов.

Первый вопрос. Это понятийный аппарат. Уже Сергей Вячеславович говорил о названии БАДах. У нас делится еще на нутрицевтики, парафармацевтики. То есть хотелось бы услышать мнение экспертов в понятийном аппарате.

Второй, вы знаете, что в ряде стран, допустим, особенно в Америке, там, все определяет единая организация. У нас вы знаете, есть деление между Роспотребнадзором и Росздравнадзором, притом Роспотребнадзор не обладает лабораторной базой для выявления активных препаратов, которые существуют в БАДах. Поэтому возникает вопрос, кто должен контролировать, имеется в виду, прежде всего, лабораторно?

Дальше. У нас пищевые добавки регулируются законом «О качестве безопасности пищевой продукции».

Кроме того, у нас есть технический регламент. То есть нужно определить, потому что тоже есть разные мнения, когда мы предварительно говорили с экспертами, надо ли писать отдельный закон или не надо, тоже хотелось, чтобы эксперты выписали, или вносить поправки в существующие законы – «Об обращении лекарственных средств», «О качестве и безопасности пищевых продуктов», Технический регламент и так далее. И возникают дальше вопросы, нужно по всей видимости будет формировать какую-то рабочую группу, которая над этим бы работала.

Председательствующий. Я хотел бы слово предоставить ещё одному депутату Комитета по охране здоровья Прокопьеву Александру Сергеевичу.

Прокопьев А. С. Ну видимо уже очевидно, что проблемы регулирования рынка биологически активных добавок становится всё актуальнее, проблема действительно сегодня является важной. Принципиально хотелось бы отметить то, что решать эту проблему нужно будет нам с вами. Знаете, у рынка сегодня столько проблем, что решать их нужно оперативно, решать их нужно начать уже сегодня.

Конечно, я понимаю, что существуют определённые законодательные проблемы. Именно для этого мы здесь и собрались, чтобы выслушать экспертное сообщество, чтобы понять, по какому вектору сегодня решать эту сложную, но очень важную задачу. Знаете, принципиально важно, что за границей этот рынок участвует в улучшении и формировании здоровья нации. Таким же должен стать и наш рынок, он должен стать частью здорового образа жизни.

Уважаемые коллеги, конечно, на рынке сегодня сложная ситуация и мы все себе отдаём в этом отчёт. Но мы обязаны защитить наших граждан. Есть три ключевые проблемы на рынке, на наш взгляд: это недобросовестная реклама, естественно, уже давным-давно обсуждаемая проблема; это фальсификат, когда под видом БАД продаются синтетические, химические вещества, не заявленные в составе. С учётом масштаба проблемы мы должны отдавать себе отчёт, что это угроза здоровью нации. И, конечно же, третья важная проблема – отсутствие должного контроля и надзора на рынке.

Уважаемые коллеги, считаю, что в сложившейся ситуации одной из действующих мер будет, конечно же, не новая мера, но принципиально важная – необходимо усилить надзор и контроль за рынком. Сегодня у нас на слушаниях присутствуют профильные министерства, комитеты Госдумы, профильные организации, участники рынка. Я уверен, что мы вместе смо-

жем выработать консолидированную позицию. Вот я бы хотел принципиально поддержать тут инициативу, связанную с созданием экспертного совета. Конечно, нам необходима площадка для дальнейшего обсуждения. Главное, чтобы не случилось такой ситуации, что мы с вами один раз собираемся, пишем рекомендации либо резолюцию и расходимся.

Мы прекрасно отдаём себе отчёт, что проблеме эту нужно решать, я повторюсь, оперативно. Слишком много проблем, слишком эта тема выпячивает себя, она социальная, и мы обязаны её решить, в том числе вы, производители, должны в той или иной степени заявлять свою декларативную ответственность. Мы прекрасно знаем, что сегодня на рынке происходит откровенное мошенничество, а в том числе и откровенное преступление, связанное с незаявленными в составах химическими веществами, нужно понимать масштабы этой проблемы.

Коллеги, я уверен, что мы сегодня найдём рациональное зерно, думаю, что наши сегодняшние слушания станут неким фундаментом для дальнейшей продуктивной работы.

Председательствующий. Я хотел бы предоставить слово Ирине Викторовне Брагиной, заместителю руководителя Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Брагина И. В. Позвольте остановиться на тех вопросах, которые, вернее, не на вопросах, а по ситуации, которая создана с законодательной базой и регулирующей базой в Российской Федерации.

Эта база создана, начиная с 1997 года, когда впервые приказом Минздрава России в 1997 году приказом о порядке экспертиз и гигиенической сертификации биологически активных добавок к пище было введено понятие БАД.

Кроме того, через год Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации были утверждены методические указания по определению безопасности эффективности биологически-активных добавок к пище, в которых была дифференциация на нутрицевтики или биологически активные добавки, применяемые для коррекции химического состава пищи человека и являющиеся дополнительными источниками нутриентов основных, и парафармацевтики, биологически активные добавки к пище, применяемые для профилактики и поддержки в физиологических границах эмоциональной активности органов и систем.

В законодательном порядке также этот термин закреплён Федеральным законом 29-м «О качестве и безопасности пищевых продуктов». Кроме того, правовой основой требований, предъявляемых к производству и обороту биологически активных добавок к пище, являются: федеральный закон «О защите прав потребителей», Санитарные нормы и правила, Гигиенические требования к организации, производству и обороту биологически активных добавок к пище и Гигиенические требования безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов.

Нормативная база Российской Федерации определяет адекватные уровни суточного потребления пищевых и биологически активных веществ и представлена в ряде документов, утверждённых в установленном порядке в Российской Федерации. В рамках Таможенного союза приняты документы, которые также отражают требования к безопасности биологически активных

добавок. Это Единые санитарно-эпидемиологические и гигиенические требования к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору, Технический регламент Таможенного союза о безопасности пищевой продукции, который утверждён в 2011 году.

Кроме того, кроме законодательного и правового обеспечения этого вопроса создано в Российской Федерации необходимое методическое обеспечение, включающее более 160 методов идентификации количественного определения биологически активных веществ. В Российской Федерации как форма допуска на рынок принята государственная регистрация биологически-активных добавок к пище, и это наиболее жёсткая форма допуска на рынок той или иной продукции, товаров.

Кроме того, обязательным требованием при регистрации БАД является вынесение на этикетку надписей: «не является лекарством» и «перед применением рекомендуется проконсультироваться с врачом». Также необходимо предоставлять декларацию производителю об отсутствии ядовитых, наркотических сильнодействующих, психотропных и других запрещённых веществ, а также синтетических лекарственных средств. Таким образом, созданная в Российской Федерации нормативная и методическая база гармонизирована с требованиями других государств и системно ведётся уже на протяжении более 15 лет.

С учётом государственной регистрации, во исполнение федерального закона 52-го, «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения и человека», и в соответствии с федеральным законом 294-м «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля и надзора и муниципального контроля», Роспотребнадзором осуществляется федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор и федеральный государственный надзор в области защиты прав потребителей.

На контроле управления Роспотребнадзора находится более 38 тысяч организаций, занятых производством, оборотом биологически активных добавок, в том числе 217 предприятий по производству БАД, почти 1700 предприятий торговли, в которых реализуются биологически активные добавки. Более 800 складов хранения и более 35 тысяч объектов аптечной сети. В обороте импортируемых биологически активных добавок были заняты более 30 тысяч предприятий, что составляет почти 80 процентов от общего количества объектов, занятых оборотом биологически активных добавок, из них организаций торговли около тысячи и более 28 тысяч – это объекты аптечной сети.

Специалистами управления Роспотребнадзора в ходе плановых и внеплановых мероприятий по контролю ежегодно обследуется более трёх тысяч организаций и предприятий, занятых производством, организацией торговли, хранением и организацией аптечной сети.

Наибольшие нарушения, которые выявляются в ходе контрольно-надзорных мероприятий, в 2011 году они были выявлены на 26 предприятиях из 56, занятых производством БАД и проверенных. Чаще всего, это такие нарушения, как производство биологически активных добавок без свидетельства о государственной регистрации, отсутствие документов, подтверждающих качество и безопасность поступающего сырья, неудовлетворительное сани-

тарно-техническое состояние производства, отсутствие лабораторного контроля производственного за выпускаемой продукцией.

По результатам выявленных нарушений санитарно-эпидемиологических требований, было приостановлено производство в шести организациях, кроме того, организации торговли в организациях аптечной сети.

За нарушение санитарного законодательства в 2011 году было наложено более 880 штрафов на сумму миллион 848 тысяч 600 рублей. При контрольно-надзорных мероприятиях было исследовано более 14 тысяч образцов БАД к пище на соответствие их санитарно-химическим, микробиологическим показателям и показателям качества и безопасности. Из них около 3 процентов были выявлены неудовлетворительных проб.

Специалистами Управления Роспотребнадзора, кроме того, организуется проведение разъяснительной работы по пропаганде среди населения знаний о принятых мерах для здорового питания, в том числе, по вопросу, связанному с применением биологически активных добавок к пище с использованием средств массовой информации, выступление на ведущих телеканалах в субъектах Российской Федерации, то есть такая работа разъяснительная также ведётся.

В рамках государственной регистрации совершенствования этой работы постановлением главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 17 января этого года «О надзоре за биологически активными добавками к пище» это постановление зарегистрировано в установленном законодательством порядке Министерством юстиции Российской Федерации 14 февраля и этого года и вчера опубликовано в «Российской газете».

В целях совершенствования государственной регистрации разработаны, ну, вернее, определена необходимость изменения, внесение изменений в государственную регистрацию. И в настоящее время государственная регистрация биологически активных добавок к пище, применяемых для коррекции химического состава пищи человека, а именно дополнительных источников белка аминокислот, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ, пищевых волокон, пребиотиков и пробиотиков, не содержащих ингредиенты, включенные в государственную фармакопею и другие ингредиенты природного происхождения, не имеющие традиции пищевого применения, будет осуществляться именно в Федеральной службе по надзору в качестве биологически активных добавок к пище.

Таким образом, вот те проблемы, о которых уже говорилось, когда у нас были случаи недобросовестного производства и недобросовестной рекламы биологически активных добавок к пище, когда включались компоненты, имеющие, то есть обладающие лекарственными свойствами, они исключаются из государственной регистрации.

Кроме того, как я уже говорила, у нас есть список, включающий около 400 запрещенных при производстве биологически активных добавок к пище растений, в том числе лекарственных продуктов переработки, которые тоже при государственной регистрации исключаются в качестве биологически активной добавки.

Председательствующий. Коллеги, я сознательно не перебивал Ирину Викторовну в плане регламента, потому что, конечно, всем было важно услышать, что Роснадзор в этом плане делает.

И я хотел бы сейчас предоставить слово Елене Анатольевне Максимкиной, директору департамента государственного регулирования обращения лекарственных средств Минздрава России.

Максимкина Е. А. За предыдущий год у нас состоялось две темы, связанные как раз, да, с обращением биологически активных добавок, несмотря на то, что на одном из комитетов обсуждалась реклама, в большей степени она касалась как раз недобросовестной рекламы биологически активных добавок. И, кроме того, на мой взгляд, весьма продуктивно прошли слушания, посвященные проблеме саморегулирования в отношении биологически активных добавок, то есть той проблематики, которая наряду с теми мерами, которые были озвучены, действительно, должна способствовать тому, чтобы обращение биологически активных добавок было более конструктивным, потому что рассматривать биологически активные добавки только как зло или как только пользу, наверное, не совсем правильно.

Был достаточно серьезный доклад сделан Институтом питания РАМН, который очень много занимается этой проблематикой, и в материалах, те, кто получил, проработка законодательных норм и подходов к регулированию биологически активных добавок в мире, ну в частности, в Соединенных Штатах и в Европейском союзе, она в материалах представлена, и показывает как раз вот те подходы, с которых начал Николай Федорович, о том, что, в общем-то, мы понимаем под биологически активными добавками, и вы видите, что несмотря на то, что понятие «биологически активная добавка» возникло в Соединенных Штатах только в 90-е годы, само самостоятельное регулирование этой области, как отдельного документа, появилось только в 1998 году.

Кроме того, точно так же в отдельное регулирование, то есть в отдельную директиву выделено регулирование биологически активных добавок и в Европе, и мы с вами можем видеть те подходы, насколько они более широкие в позиционировании того, что относится именно к биологически активным добавкам и непосредственно как биологические добавки к пище.

Видимо, то определение, которое содержится в отечественном законодательстве, позволяет идти на те нарушения, с которыми мы в настоящее время имеем дело.

В начале января департамент получил письмо по вопросу проекта федерального закона от Федеральной антимонопольной службы о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации, в котором разработчиками предлагалось принять такое определение биологически активных добавок, то есть вместо того, что биологически активные добавки, как определяются в федеральном законе 29-м, это биологически активные добавки, активные вещества, предназначенные для употребления одновременно с пищей, ну просто изменено, биологически активные добавки – это лекарственное средство, содержащее природные и идентичные природным биологически активные вещества, ну и соответственно вся процедура, которая в отношении регистрации лекарственных средств, прописана в законе 61-м в отношении регистрации лекарственных средств, должна распространяться на биологически активные добавки.

На наш взгляд, это не совсем позитивный подход к позиционированию данной продукции. Мы предлагаем отделить зёрна от плевел. То есть всё-таки оставить пищевые добавки, но воспользоваться опытом, который есть

в мире. Но, в частности, наиболее, на наш взгляд, это приемлем опыт Европейского союза, в котором существует позитивный лист, когда список веществ, которые допускаются в качестве добавок к пище, он является закрытым. И каждый раз дополняется научным советом, именно специалистами в области питания.

Поэтому мы предлагаем всё-таки, если требуется оперативно, то есть в долгосрочной перспективе, мы считаем необходимым разработать отдельный законодательный акт, который касался бы всех, всего жизненного цикла биологически активных добавок, в том числе и регистрации, и контроля качества, и рекламы, ну и так далее. То есть разработки этих добавок. Если требуются какие-то оперативные меры, то мы считаем, на сегодняшний момент можно было бы как раз ввести требования ведения перечня наименований веществ, которые будут только рассматриваться как пищевые добавки к пище. И если заявителями позиционируются лекарственные средства, не важно там они лайт, не лайт, то они должны проходить полноценную регистрацию как лекарственные препараты в соответствии с процедурой, которая предусмотрена в 61-м законом. Если же это исключительно пищевые добавки, то, пожалуйста, пусть они добавляются к пище. Вот такова позиция наша.

Председательствующий. И я хотел бы предоставить слово Штогрину Сергею Ивановичу, первому заместителю председателя Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам.

Штогрин С. И. Спасибо большое.

Я смотрю вот проблему, которую сегодня мы обсуждаем, с точки зрения может быть простого потребителя или обывателя, и волнует меня в этом вопросе две проблемы.

Первое. То, что у нас сегодня законодательство и деятельность административных органов позволяет если не процветать, то спокойно жить мошенникам. Я почему говорю о мошенничестве, потому что в 2010 году ко мне на приём пришёл ветеран Великой Отечественной войны, у которого 1,5 миллиона мошенники выманили, продавая ему какой-то препарат чудодейственный. Три недели назад пришла на приём женщина, принесла интересный документ, я его сейчас вам оглашу: «Постановление о возбуждении уголовного дела и принятие его к производству. Город Бердск. 20 июля 2012 года. В период времени с сентября 2009 года по сентябрь 2011 года неустановленные лица совершили незаконную реализацию БАДов под предлогом возврата ранее потраченных денежных средств обманным путём, введя в заблуждение, похитили денежные средства у Синавиной на общую сумму 4 миллиона 420 760 рублей, у Штепы – на общую сумму 1 миллион 353 854 рубля, у Гулиева – на общую сумму 32 миллиона 526 рублей...» Суммы понимаете какие? Конечно, поражает масштаб этого дела.

Поэтому у меня, вот изучив эту проблему на примере двух таких дел... Ну дело возбуждено в Бердске, и его ведёт старший лейтенант юстиции. Поэтому я думаю, что толку от него никакого не будет. Поэтому у меня, вот к рекомендациям сразу я перейду, поскольку времени мало, у меня есть несколько предложений.

Первое. Ну понятное дело, что о чудодейственных свойствах этих всяких там препаратов они узнают из рекламы. Кислицын узнал из радио, Синявина узнала из «Рен-ТВ» самаровского выпуска.

Поэтому я предлагаю что? Во-первых, я думаю, что мы должны ужесточить требования к недобросовестной рекламе. Я почему говорю, вот у меня есть список. В прошлом году за недобросовестную рекламу бадов были наказаны ООО «Рио-панда», ООО «Фито-центр», ООО «Здоровье», ООО «Рост» и дважды ЗАО «Эвалар».

Вот одно из постановлений Федеральной антимонопольной службы. Из рекламы следует, что БАД «Диклозан форте» предназначен для лечения заболеваний суставов, является эффективным средством при лечении (тут мелко очень) заболеваний опорно-двигательной системы, там и так далее, и так далее, так далее. Штраф – 200 тысяч рублей. Почему не 2 миллиона-то? Или не 15, если такой чудодейственный препарат?

Поэтому первое. В законодательном порядке я думаю, запретить рекламу мы не можем в принципе, да, она нужна. И я думаю, что телевизионщики, они бы возмущались, потому что на Первом канале за одну неделю, у меня помощница смотрела: на Первом канале 43 препарата рекламировалось, на ТВЦ – 34, на НТВ – 27, На «Россия-1» – 20. Но и в основном это были Эвалар и европейские препараты разные, российских почти не было. Те же самые телевизионные компании станут возмущаться, у них доходов не будет тех, которые нужны. Поэтому первое.

Второе. Я думаю, что в законодательном порядке надо всё-таки ужесточить требования к самому содержанию рекламы, чтобы в судах можно было доказать, что вообще она действительно не соответствует и является, я бы так сказал, недобросовестной.

Следующее, что к рекламе я хотел бы сказать. Вот сколько помню, я в комитете по бюджету работаю, у нас есть в бюджете федеральном деньги на социальную рекламу. Ни разу нигде не видел, например, такого, может быть, помнят люди старших поколений, был такой плакат – женщина и вот так вот руку поднимает и говорит: «Не болтай, шпионы там подслушивают». Вот после этих рекламных роликов, БАДов, лекарств и так далее я бы дал такой ролик: не покупай за 10, 20, 30 и более тысяч, если к тебе приходят домой и квитанций не дают никаких. Не покупай ни в коем случае: обманут мошенники, понимаете? Чего Минздрав-то деньги федеральные не использует на социальную рекламу, чтобы вот этим старикам, я извиняюсь за выражение, я сам уже старик, не впаривали, я извиняюсь за это выражение, вот эти чудодейственные препараты? Я им говорю на встречах: если вам говорят, что препарат лечит от всех болезней, выбросьте его в форточку, не бывает таких препаратов, которые лечат от всего.

Вот есть вода, 2-3 тысячи пузырек, почти от всех болезней и есть сертификат Роспотребнадзора: да, питьевая вода.

Следующее предложение. Оно у меня касается административных органов. В чем вопрос? Понимаете, все эти мошенники, они работают публично. Это же не подпольный игорный дом. ООО «Медздравресурс», ООО «Шедевр», там «ШарСибирь» и так далее. Но займитесь же, в конце концов. Ни одного показательного процесса нет. Поэтому я предлагаю в рекомендации, Сергей Вячеславович, записать поручение и административным органам заняться целенаправленно. Если мы не искореним это дело, так и будет продолжаться. А в принципе, я считаю, что борясь с мошенниками, я прошу меня в рабочую группу тоже включить, я бы хотел в этом поучаствовать, тем

более один проект мы уже готовили вместе вот с коллегой Сергей Ивановичем, значит, поработать, чтобы мошенникам было невозможно работать. А люди добросовестные, нормальные могли купить в нужной им форме и в нужных размерах всё, что им необходимо, чтобы быть здоровым, нормальным человеком.

Председательствующий. Я хотел бы предоставить слово Тимофею Витальевичу Нижегородцеву, начальнику Управления контроля социальной сферы и торговли Федеральной антимонопольной службы.

Нижегородцев Т. В. Вот уже представили наш законопроект устами Минздрава, но наша позиция, она изложена в материалах, которые розданы, я не буду там ещё раз её пересказывать.

Просто хочу обратить ваше внимание на то, что первопричина всего происходящего заключается в том, что, как вот правильно отметили вначале самом, что у нас наименование предполагает некую терапевтическую полезность биологически активных добавок и никуда от этого не уйти. И мощнейший финансовый ресурс поддерживает это, в том числе и в научных кругах. Создано огромное количество всякого рода терминов, которые тоже сегодня повторялись: пробиотики, пребиотики, парафармацевтики, нутрицевтики и это ещё дальше будет все плодиться в огромном количестве, нагромождаться. И в этом смысле тут очень легко заблудиться. И опираться надо, прежде всего, на то, чтобы всё то, что декларирует какую-то биологически полезную активность, терапевтическую, получало бы свое подтверждение в рамках уже много отработанных во всём мире исследованиях клинических. Это центральный вообще вопрос.

Как это сделать быстро? Как вообще это сделать быстро? У нас есть 61 закон, там у нас есть соответствующие процедуры, они на сегодняшний день применяются ФГБУ. Они там, конечно, требуют серьёзной реформации, там, в 61-м законе, надеюсь, который придёт, вот там будут отражены эти подходы. Но, тем не менее, не надо изобретать велосипед. Коллеги, если вы, я обращаюсь сейчас к тем, кто выпускает БАДы, декларируете какой-то полезный терапевтический эффект, коим является, в том числе, и профилактика, и предупреждение, ну, так докажите это в рамках клинических исследований. И я на самом деле приветствую инициативу Геннадия Григорьевича, я не знаю, как её осуществить с точки зрения административных процедур внутри Роспотребнадзора, но то, что он заявил о том, что все БАДы, должны, проходить доказательство. Это правильно, это первый шаг.

Но здесь проблема заключается в чём ещё – в том, что у нас эта ситуация разделена на два ведомства. У нас есть Роспотребнадзор, который занимается регистрацией биологически активных добавок, и есть Минздрав, который занимается регистрацией лекарственных препаратов. И там, и там одни и те же компоненты, понимаете, участвуют. То есть, конечно, это необходимо объединять. И в этом смысле наш законопроект, он говорит о чём? Он говорит о том, что, друзья, если у нас уже голова забита большим количеством мифов, легенд, преданий, освещенных специальными терминами даже, понимаете, имеющими латинское происхождение, то перебороть вот эту всю махину, быстро переосмыслить, значит, и сделать какие-то совершенно правильные, точные выводы будет крайне тяжело. Поэтому давайте вот эту всю махину нагромождений переместим в Закон «Об обращении лекарственных

препаратов», и пусть она, вот эта вот махина, просеется через сито вполне понятных клинических исследований, которые имеют отработанный вариант. Вот в чём предложение.

Конечно, если нам удастся отменить вот этот термин фейк под названием «биологически активная добавка», это будет просто огромная победа, понимаете, как бы. Если мы скажем, что у нас есть некие пищевые добавки, ну, пусть пищевые добавки останутся в Законе «О безопасности пищевых продуктов». А если это пищевые добавки, которые находятся в Законе «О безопасности пищевых продуктов», и их безопасность установлена, тогда зачем ограничивать рекламу их? Скажите мне, вот зачем? Просто это всё то... Вообще как бы биологически активной добавкой можно назвать всё что угодно. Вот пачка «Доширак» является биологически активной добавкой, понимаете. Пакет молока является биологически активной добавкой. Но мы же не ограничиваем рекламу, там, «Доширака», молока, понимаете, ещё чего-то. Нам просто важно, чтобы всё то, что называет себя и имеет терапевтический эффект, проходило бы через соответствующее сито испытаний.

У нас есть поправки, которые у вас розданы. Они простые, не требуют какого-то безумного совершенно создания нового законодательства о биологически активных добавках, понимаете. Это вообще очень опасно – создавать новое законодательство, потому что оно начинает жить своей жизнью, зачастую там непредсказуемой совершенно.

Поэтому наше предложение, оно простое, эффективное, и мы просто просим Государственную Думу его поддержать. Ну, а Минздрав, соответственно, тоже как бы. Потому что я посмотрел материалы, которые Минздрав представил, значит. У меня, конечно, разочарование. Почему? Потому что обращение БАД наносит колоссальный ущерб системе здравоохранения. Люди не лечатся лекарствами, отказываются от лекарств в пользу. И это, конечно же, влияет на показатели смертности, причём, в самых тяжёлых нозологических группах, там, понимаете. А Минздрав нам вместо этого пишет про бабушку в Англии, в Америке, в законодательстве Европы, ещё где-то, и дальше, значит, пишет, как у нас устроено законодательство. Ну, мы это знаем, коллеги. Вы представьте свою проактивную позицию, что необходимо сделать для того, чтобы прекратилась вот эта вот подмена лечения лекарственного какими-то методами, которые к нам пришли из средневековья в виде там отваров, чаёв, травосмесей, ещё Бог знает чего, понимаете как бы. Вот это как бы ожидается, и мы как бы ждали от этого... Предлагаю как бы в этом смысле, если нет такой явной позиции, давайте согласимся как бы хотя бы с нашей позиции, как-то первым шагом к тому, чтобы там, значит, какое-то позитивное влияние оказать в этой сфере здравоохранения. Вот.

Ещё как бы одно замечание, связанное с международным опытом. Вот я посмотрел, конечно, в Америке как бы нет такого серьёзного, значит, предупредительного законодательства, почему, потому что американская правовая система, также как и европейская отчасти, значит, так она имеет институт так называемых частных исков.

Ты можешь, конечно, говорить, о какой-то там терапевтической эффективности, но если, значит, будет доказано, что ею это не обладает, то последуют тысячи исков от пациентов, которые это покупали, и компания понесет

ущерб, там, на сотни миллионов долларов и миллиарды, а вы как мошенник будете посажены в тюрьму на большой срок.

У нас этого нет. И в этом смысле мы не можем опираться на американское законодательство и на европейское законодательство, оно совершенно оперирует другими суммами штрафов.

Вот уважаемая коллега из Роспотребнадзора говорила, там, да, 12 тысяч штраф. Ну это что? У нас рынок бадов, значит, миллиард, понимаете? Или, допустим, наш штраф, о чем справедливо вот представитель КПРФ говорил, там, 200 тысяч. У нас сейчас в правительстве находятся поправки, где там штрафы увеличиваются. Но всё равно этого не достаточно, понимаете? Потому что у нас само по себе законодательство административное, оно не носит пресекающий характер. У нас вообще там нет никаких норм в Административном кодексе, касающихся даже лекарственных препаратов. Понимаете? У нас там есть нормы за незаконное занятие медицинской деятельностью 2,5 тысячи рублей штраф. 2,5 тысячи. А это намного более опасная штука, чем как бы распространение БАДов, хотя я бы тут не выделял, потому что они оба опасные, эти мероприятия.

Председательствующий. Я хотел бы предоставить слово Антону Владимировичу Белякову, заместителю председателя Комитета Государственной Думы по вопросам собственности.

Беляков А. В. Если позволите, я начну с нескольких комментариев.

Глубокоуважаемый Тимофей Витальевич Нижегородцев, я искренне надеюсь, что коллеги по парламенту прислушаются к мнению Минздравсоцразвития, уже озвученному глубокоуважаемой Еленой Анатольевной, и не смогут поддержать Вашу инициативу, исходя из которой Вы предлагаете биологически активные добавки сделать лекарственными средствами. Это первое.

Второе, коллеге Штогрину не могу тоже не ответить, не только нужно привлекать к ответственности уголовной жуликов и мошенников, но и необходимо.

У меня за последние лет пять, я не считал, но несколько десятков мошенников, компаний-производителей, которые были привлечены к уголовной ответственности, в частности, компания, производящая препарат «Биоматик», значит, который, пострадавших несколько тысяч человек, на счетах было арестовано около 30 миллионов рублей. Значит, все находятся в настоящий момент, к счастью, за решеткой и мне очень приятно, что мы вместе с МВД России, так сказать, при непосредственном участии моих помощников, эту ситуацию довели, и я надеюсь, что так продолжится.

На мой взгляд, намного большую проблему представляют, коллега Штогрин, не те, кто обманывают и ходят по подъездам, а вот как раз те примеры, которые Вы привели, 57 роликов в неделю, 28 роликов в неделю.

Несколько цитат в присутствии проверяющих органов, коллеги, ну вот, значит, – расторопши экстракт Эвалар, лечит патологические состояния печени, оказывает гепотопротекторное действие. Это цитаты.

Овесол, той же компании, промывает печень от шлаков и токсинов, устраняет застой, помогает при желчекаменной болезни. Это реклама, да?

Хитозан – оказывает благоприятное действие на состояние желудочно-кишечного тракта, поддерживает бактериальную флору кишечника, нормализует перистальтику, выводит токсины.

И, наконец, венец. Шитаки – профилактика и лечение онкозаболеваний. Как вам? Это телевизионная реклама, которая 57 раз крутится по телевизору.

Вот где намного больше проблема, чем три мошенника, которые ходят по подъездам. И в этом смысле, я полагаю, что как раз та мера, которая называется «запрет рекламы», и которая кстати, опять таки, к сведению Тимофея Витальевича Нижегородцева, ведь это положительное заключение правительства. Больше того, правительство не просто поддержало введение этой меры, правительство предложило ужесточающие поправки в нашу инициативу, которую, в том числе и глубоко уважаемый Сергей Вячеславович, председатель комитета по здравоохранению, и в отношении фармпрепаратов, и в отношении биологически активных добавок, и ваш покорный слуга, мы её продвигали. Правительство считает, что надо мало того, что запретить, ещё и ужесточить требования к запрету.

Далее. В настоящий момент, о чём опять-таки уже говорила глубокоуважаемая Елена Анатольевна, комитет по собственности довольно плотно занимается проблемой биологически активных добавок. И председатель комитета Сергей Анатольевич Гаврилов, с его участием у нас прошли, серия прошла мероприятий, и тема, которая озвучена – это возможность неужесточения государственными органами контроля за рынком биологически активных добавок, а введение возможности саморегулирования для того, чтобы добросовестные участники рынка имели возможность влиять на своих недобросовестных коллег.

И по моей информации, если возможно, Елена Анатольевна, прокомментируйте, пожалуйста, в конце. Вчера вечером прошло совещание у Вероники Игоревны, когда был поднят вопрос о создании некой группы, которая как раз в Минздравсоцразвития сейчас эту тему будет изучать, возможно, с введением саморегулирования. Я знаю, что у вас и диссертация по этой теме была, и вы глубоко находитесь в вопросе. Мы, конечно, заинтересованы, чтобы та рабочая группа, которая уже сегодня существует при комитете по собственности, по регулированию рынка биологически активных добавок, куда вошли ведущие эксперты, и половина материалов в раздаточных документах, собственно это так или иначе, эти материалы не о питании РАМН. Так вот мы, конечно же, были бы заинтересованы в том, чтобы вместе с комитетом по здравоохранению, вместе с профильными ведомствами, кстати, все присутствующие на наших мероприятиях, на наших заседаниях представители профильных министерств и ведомств поддержали и высказались однозначно за возможность не или помимо, скажем, усилили государственного контроля и регулирования за возможность влияния на рынки самих производителей.

Далее, уважаемые коллеги. Есть одна в последнее время активно обсуждаемая тема, которую я вбросил бы вам в качестве дискуссии. Для того, чтобы бороться с теми, кто, извините за сленг, что называется «бодяжит» у себя в ванной некие растворы, возникла такая тема как введение необходимости производства биологически активных добавок по стандарту GMP. Не торопитесь реагировать на неё, она, дело в том, что эта идея могла бы поставить крест не только на мелких производителях, которые производят не вполне качественный продукт, она урегулирует спор с фармацевтами.

Понятно, что сегодня фармацевтические компании говорят: послушайте, мы производим препарат, проходим апробацию, в результате узнаём, что

на рынке существует аналог, но это БАД, они нигде никак не изучали свой продукт и тем не менее они его продают. Если сейчас окажется, что все БАДы необходимо производить по стандарту GMP, заводов практически нет таких, практически все производители, обладатели торговых марок, будут вынуждены заказывать их на фармпредприятиях. Понятно, что это определённый передел рынка. Я не скажу, что я поддерживаю, но тем не менее такая гипотеза.

Несколько поправок, с вашего позволения, глубокоуважаемый Сергей Вячеславович, в вашу резолюцию. На мой взгляд, здесь допущена роковая ошибка. Здесь написано: Министерство здравоохранения вместе с комитетом естественно, подготовить предложения, внесение в технический регламент, разработку правил организации производства. Друзья мои, простите, со всем уважением, это компетенция Минпромторга. Это вообще не Минздрава компетенция – техрегламенты разрабатывать.

На мой взгляд, было бы правильно уж как минимум внести сюда тогда Министерству промышленности и торговли вместе с Министерством здравоохранения и социального развития, конечно, с комитетом по здравоохранению, хотя реклама – это профильный комитет, как вы знаете, по экономической политике, саморегулирование – это профиль комитета по собственности исключительно. Может быть, сюда тоже стоит довести комитеты, которые задействованы. Дальше по тексту всё в порядке.

Председательствующий. Коллеги, я хочу вам дать справку, действительно, проект резолюции, это, такой набросок следующего содержания, после того, как был принят регламент Таможенного союза, куда вбили название биологически активные добавки, мы не можем изменить наше внутреннее законодательство, не поменяв в начале это в регламенте Таможенного союза. Отвечает за изменение Регламента Таможенного союза не Минпромторг, а Минэкономразвития. Два месяца назад я направил министру здравоохранения письмо с просьбой обратиться в Минэкономразвития о том, чтобы внести изменение в техрегламент Таможенного союза и убрать понятие «биологически активная добавка», заменив его на пищевую добавку. Такое письмо было Вероникой Игоревной направлено, но до сих пор ответа из Минэкономразвития не получено. Но если министерство не может совладать с Минэкономразвития, я уже дал задание, сделать несколько, ряд запросов, как в Минэкономразвития, так и Председателю правительстве по этому вопросу. Это просто для справки. Работу о том, чтобы уничтожить биологически активные добавки, мы ведем уже несколько месяцев.

А сейчас я хотел бы предоставить слово Колесникову Сергею Ивановичу, академику РАН, советнику президента Российской академии медицинских наук.

Колесников С. И. Но, прежде всего, мне бы хотелось определить, на какую точку мы должны воздействовать. Дело в том, что когда мы говорим об обращении биологически активных добавок, есть, естественно, регистрация производства, логистика и продажа. Вот мы в основном сегодня говорим о тех мошеннических схемах, которые существуют в секторе продаж, и почему-то неожиданно вносим изменения в систему регистрации. То есть мы неожиданно подменяем понятия с реализацией и мошеннических схем, которые являются в компетенции правоохранительных органов и того от-

сутствующего регулирующего органа надзорного, который должен был бы заниматься контролем биологически активных добавок, потому что у Роспотребнадзора таких возможностей, они, эти возможности ограничены. Это, на мой взгляд, ложный посыл и надо обращать внимание в основном на обращение этих препаратов.

Второе, что меня очень тревожит, это то, что рынок БАДов преимущественно рынок российский. И любое неосторожное движение, это как в том анекдоте: одно неосторожное движение и ты отец, и любое неосторожное движение на этом рынке наносит ущерб отнюдь не иностранным потребителям, не иностранным производителям, а производителям российским, потому что сегодня на 90 почти процентов это рынок производителей российских и в стоимостном выражении 70 процентов – это российский, это ровно, наоборот, к тому, что существует на рынке обращение лекарственных средств. То есть мы сознательно можем разрушить свой рынок. Это очень серьезная опасность, поверьте мне.

Третье. Сегодня мы руководствуемся тремя «П» в английском варианте. Это профилактическое направление медицины, предсказательное, это, так называемое участие самого пациента и персонализация. Если говорить о том, работают ли БАДы, не работают? Я с Еленой Анатольевной абсолютно согласен. Есть запретительный список 400 веществ, которые нельзя использовать в биологически-активных добавках, и есть и должен появиться список рекомендательный. Почему, потому что это делается на огромных контингентах, как правило, делаются исследования. Это исследование не РАУШ действия лекарственных веществ, это действие на больших контингентах тех добавок к пище, диетических добавок к пище, я не люблю «биологически-активные добавки», диетических добавок к пище, которые, в конечном итоге, учёными признаются как полезные.

Так было по волокнам, так было по пребиотикам, хотя это сейчас подвергается сомнению, так было по многим растительным препаратам, которые в традиционной медицине используются. И после этого, когда список будет такой опубликован рекомендательный, тогда в этом случае уже очень легко коррупционные схемы в регистрации биологически-активных добавок, да и лекарственных препаратов, очень коррупционные схемы, которые сейчас существуют, можно будет предупредить.

Последняя вещь. Те страны, которые характеризуются большим количеством традиционно используемых, народных так называемых или национальных лекарственных препаратов, которые традиционно используются, и которые пытаются, там европейское регулирование пыталось запретить их, как гомеопатические, допустим, препараты, там ещё какие-то. Не получается. Работают эти препараты, к сожалению, несмотря на все разговоры о, так сказать, супердоказательной медицине, которая, я повторяю, работает на уровне РАУШ-эффектов.

Препараты, которые являются диетическими добавками, или же препараты народной, традиционной медицины, они работают не РАУШ. Это длительное использование препарата с профилактическими целями. И китайцы это прекрасно понимают, они не дурнее нас, поверьте. У них есть специальный раздел – национальные или традиционные лекарственные препараты, которые не подпадают под традиционные схемы регистрации этих лекарств,

которые существуют в Европе, Японии и Америке. Вы знаете, что три центра сейчас принятия решений существует в мире по регистрации препаратов.

Поэтому давайте мы задумаемся над тем, чтобы не нанести ущерб нашему рынку, и двигаться в этом отношении достаточно осторожно. Но я сторонник отдельного закона об обращении биологически-активных, вернее, диетических добавок к пище, я сторонник отдельного закона, который бы был прямым действием и снял бы многие коррупционные схемы в этой области.

Председательствующий. Уважаемые коллеги, у нас основная программа закончилась.

Давайте тогда дадим слово Роспотребнадзору, потому что, наверное, всё-таки к этому ведомству сейчас у нас есть вопрос.

???. Спасибо.

Разрешите, я, как бы, отвечая на вопросы, их сформулирую, может быть, объединю в три направления, в которые все вопросы сводятся. Это первое направление – это те вопросы к Роспотребнадзору, доколе и куда он смотрит. Был вопрос, почему мы регистрируем БАДы, которые не отвечают нормативным требованиям?

Мы их не регистрируем. Более того, я уже говорила, и если такие нарушения выявляются, то мы изымаем из реестра такие, если, вдруг, ошибочно, или по каким-то причинам были зарегистрированы, поэтому и публикуем эту информацию, отзываем с рынка, из оборота зарегистрированные нарушения нормативных требований биологически активные добавки.

Вторая группа вопросов связана с постановлением от 17 января № 2. И здесь их можно все объединить, ну, конкретно задаются вопросы по порядку регистрации и как относиться те или иные ингредиенты или вещества к традиционно используемым в пище или нет, ну, я думаю, здесь, конечно, до абсурда доводить не надо, укроп и тыква, понятно, что это традиционно используемые в пищу продукты. Но по процедуре все производители прекрасно знают при регистрации, у нас обязательно проходят эксперта. Экспертиза и готовится экспертное заключение с мнением и научного сообщества и Российской академии медицинских наук, и организаций, аккредитованных в установленном порядке на проведение таких экспертиз с подтверждением лабораторных исследований. И поэтому вопросы, наверное, сейчас конкретно, конечно, я вам не отвечу на каждый вопрос по каждому там, потому что здесь, ну, конкретно задаётся в записках некие продукты, это будет решаться при процедуре государственной регистрации именно экспертами. И в экспертном заключении уже будет решаться вопрос, относится это к традиционным продуктам или это вещество обладает лекарственным действием и так далее.

И последняя группа вопросов, она связана с опасением производителей, как здесь написано, что это постановление Роспотребнадзора, не будет ли нарушением соглашения ВТО по техническим барьерам? Любой запрет является крайней мерой и так далее.

Ну, здесь подчеркну только, что наше постановление, оно зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации и поэтому именно экспертиза в части законности его, она уже проведена ведомством, у которого есть такие полномочия.

Что касается законодательства Таможенного Союза, то как раз в первом пункте в резолютивной части постановления, как раз и поручается сформулировать эти предложения и внести необходимые изменения для приведения в соответствие законодательной базы, в том числе и Таможенного союза. Эта работа сейчас ведется. Поэтому я думаю, что с ВТО к запрету это вообще не имеет никакого отношения, потому что мы ничего не запрещаем постановлением № 2. И те предложения, которые поступили к нам именно по вопросу разъяснения уже конкретных, требующих действительно, ещё раз подчеркнут, научной экспертизы и мнений научного сообщества, мы постараемся разъяснениями своими, в том числе с использованием нашего сайта ответить на конкретные вопросы производителей.

Председательствующий. Может быть, вопросы из зала ещё какие-то будут?

Из зала. У меня не вопрос, у меня пара реплик. Я представляю Федеральную антимонопольную службу, как раз управление, которое занимается контролем рекламы.

У меня вопрос такой, он даже риторический, ко всем присутствующим: неужели все всерьез думают, что если мы запретим рекламу водки, то народ бросит пить? Или если мы запретим рекламу алкоголя, то народ абсолютно бросит у нас курить? Я думаю, что этого, безусловно, не произойдет, то есть я хотел на этом примере о чем сказать? О том, что зло само... здесь каждый второй выступающий примерно говорил, делал акцент на то, что весь корень зла данной проблематики, он кроется в рекламе. И как бы если мы запретим рекламу, то зло уйдет. Но у меня встречное предложение – давайте мы напишем закон 38-ФЗ, состоящий из двух слов: «Реклама запрещена»? Наверное, тогда вообще проблем в стране не будет, потому что реклама уйдет со всем её злом и вообще не будет зла в стране. Мне кажется, это очень поверхностный подход.

Вот в нашем решении проблем, которые мы предложили от Антимонопольной службы, исповедуется такой комплексный подход. Мы считаем, что изначально надо покопаться, порыться, поискать корни проблемы в истоках, в самом начале, в понятийном аппарате давайте разберемся, что конкретно отнести всё-таки к лекарствам, не важно, как мы это назовем: нутрицевтики, фармацевтики, парафармацевтики. Ещё чего-нибудь придумаем, «биологически активные добавки» оставим, слова, важно, куда мы это подвинем – к пище или к лекарствам, или часть мы отнесем к лекарствам, часть мы отнесем к пище. Давайте с этим сначала разберемся, потому что насколько я понял, опять же все выступающие примерно говорят о том, что мы – единственная страна, которая ввела такое срединное понятие, которое очень усиленно активно продвигаем уже столько лет.

Председательствующий. Николай, можно я вам вопрос задам? Мне принципиально важно, вот у вас была инициатива от вас, связанная с введением...

Из зала. Про законопроект? Давайте я скажу.

Председательствующий. Да. Вот тут один момент очень важный.

Из зала. Практически реализован, законопроект нами подписан, согласован со всеми профильными ведомствами. И в ближайшие дни, я думаю, будет внесен в Госдуму.

Суть законопроекта заключается в следующем. Помимо ряда технических требований, которые там предлагаются, нововведение в 19-й статье и так далее, основной красной линией этого законопроекта идет то, что мы предлагаем ввести ответственность рекламодателя за ненадлежащую рекламу БАДов. До этого в стране этого ни разу не было. Соответственно, мы полагаем, что сейчас, если всем известную радиостанцию, например, не будем говорить о названии, которая рекламирует активно, БАДы продвигает, если мы накажем её 10 раз за 10 ненадлежащих роликов БАДов, на следующий день эта радиостанция 100 раз подумает, прежде чем разместить ненадлежащую рекламу БАДов. Связано это нововведение, наше предложение было с тем, что мы, по сути, гонялись за фантомами, то есть очень многие производители БАДов, которые давали ненадлежащую рекламу, действительно, это есть, это порядка 10-12 процентов от общего количества наших дел, в год это примерно 5,5 тысячи дел, но посчитайте сколько это: 10-12 процентов это только дел, это не фактов, в каждом деле может быть несколько фактов рассмотрено. Мы гонялись зачастую за фантомами, потому что эти ООО, которые создаются на непродолжительный период времени, и как бы привлечь их к ответственности просто зачастую не представляется возможным. Поэтому было принято решение сделать вот такой законопроект, мы его подготовили. Как я уже сказал, он согласован. И я думаю, это неделя, две, может быть, будет в Госдуме уже.

Председательствующий. Мы ждем его.

Из зала. В правительстве это со всеми уже согласовано.

Председательствующий.

Исаев В. А. Исаев Вячеслав, президент БАД России, профессор.

Мне хотелось бы высказать мысль, что сегодня прозвучало много таких грозных слов, как будто мы совершили или совершаем революцию, а производители биологически активных добавок и тех, кто участвует в обороте биологически активных добавок, находятся перед какой-то катастрофой, что их ждет. Я бы хотел, чтобы этого не звучало в том решении, которое будет приниматься по результатам этих парламентских слушаний и чтобы в основу принятого решения легли выступления, которые здесь по-настоящему говорили об осторожности принятия решения. Это, имея в виду Сергея Ивановича Колесникова, я имею в виду и Белякова Антона Владимировича, потому что это же не первый вопрос. Я хотел бы, чтобы профессора, которые здесь высказывали свою точку зрения, как профессионалы, специалисты, знающие и создание, как первые появились в мире эти биологически активные добавки, и что их ждёт, чтобы сохранялась какая-то преемственность.

Относительно вот этих революционных движений или высказываний. Парафармацевтики, нутрицевтики, они были, в какой-то мере они заглохли после принятия решения в 2005 году. И в СанПиНе уже нет этого деления. Что сказать? Я являюсь разработчиком больше всего мира океана. «Носитель Омега 3 жирных кислот», – я напишу, нутрицевтик. Скажите, а для чего он туда вносится и для чего, вот он и есть основа этой биологически активной добавки. Разве это не направлено на то, чтобы вообще, чтобы люди забыли, что такое атеросклероз. Это качество крови меняется, это мембраны меняются, потому что не хватает питания организму человека, этих незаменимых факторов питания. Он получил и живёт. И наша задача, конечно, что-

бы через питание сделать так, чтобы люди не болели, а не то, чтобы лечить, это второстепенное уже. Вот то, что сказали сегодня фразу Скворцовой, что здоровый человек – медицина, пусть это и будет главным в решении наших сегодняшних парламентских слушаний. Я хотел бы, чтобы очень аккуратно отнеслись к формированию состава экспертного совета, чтобы это были настоящие профессионалы и чтобы мы выдали на самом деле решение, которое позволит решить и демографическую проблему России, а не там: лечить или не лечить. Регистрационные, как сегодня есть в Роспотребнадзоре, пусть они сохраняют до поступления каких-то, ну, по-настоящему, революционных изменений в стране. Потому что вот это разрывать, одни будут регистрировать нутрицевтики, другие будут регистрировать парафармацевтики, это всё равно, что вносить хаос, интрапию, а наша задача, может быть, мне очень понравилось, что мы разработаем новые методы оценки качества вот этих биологически активных добавок. Они не пища, честно говоря, они не лекарства.

Во-первых, я хотел дать маленький комментарий последним двум выступлениям. Вы производители вынуждаете идти на этот шаг. Когда поступает БАД, в составе которого 35-40 растительных объектов, не пищевого происхождения, где нет никаких критериев, действующего начала, ничего не обозначено, нет метода анализа и так далее. Поймите, мы вам хотим помочь. Второе. Вот говорят: когда будет ломка или что-то. Создание инфраструктуры анализа парафармацевта, это такая же работа, также и БАДы начинались, так и лекарства начинались, они решают, или это пойдёт по пути лекарств или, скорее всего, я считаю, надо выработать хороший протокол. И, если будут двойные слепые мезированные исследования, если будет чётко просмотрены этикеточные надписи и так далее, тогда можно спокойно работать. Но, поймите, у нас в экспертном совете, в нашем институте 5 фармакологов-фармацевтов, им трудно разобраться, у них волосы дыбом, что постепенно потихоньку туда начинают внедряться из фармакопеи ...И вот эта фраза, что половина терапевтических нужд или одна треть, она шокирует. Есть поле, нормальное поле там, где нутрицевтика и нормальное поле, где парафармацевтика. Это вынуждено, другого выхода нет. Я не знаю, кто поставит подпись под этим.

У меня два вопроса ещё. Ужесточение порядка регистрации БАДа, перевод в лекарственные средства, не спровоцирует ли это развитие подпольного рынка, а он итак есть. Он итак есть, это дело силовых структур. Каждый месяц в институты поступают письма из МВД, значит, фабрикуют, берут один БАД, потом к нему прикладывают пять совершенно ненужных, делают бешеные цены. Мы проверяем, оказывается, там ничего нет, или они не проходят по безопасности, не проходят по компонентам, это уже вопрос силовых структур.

Также есть вопрос, по-моему, в лекарственных, но это немножко ..., конечно. В народе ходит легенда, парадигма такая – 90 процентов лекарств подделано. На самом деле, если есть четкая статистика, я уверен, что не больше 3–5 процентов, точно так же фальсификация пищевых продуктов недоброкачественных – тоже 3–5 процентов, как отечественных, так и зарубежных.

Теперь разделение БАД на парафармацевтику, нутрицевтику. В лекарствах пойдут вещества, находящиеся в винограде, свежей моркови и так далее,

а синтетика пойдет. Она может быть и так, да. Почему нельзя природные объекты добавлять в лекарственные средства, на их основе создавать лекарства там, где доказан эффект лечебный или профилактический и наоборот? Да, есть растение, допустим, у него плоды нормальные, то есть съедобны, его корни – это наркота. Поэтому здесь дифференцированный подход. Для этого есть экспертный совет. В нашем экспертном совете 20 докторов наук, разных специалистов, начиная от химиков и кончая врачами, кем хотите. Это очень тяжелая работа. Это веление времени вот это разделение, поймите. У нас тревога, мы не можем подступить к этим вещам, потихоньку начинается нарастающая – всего 50 процентов от терапии. Зачем тогда это давать человеку лекарственный? Неужели у нас настолько сужено поле нутрицевтиков? Свыше 350 веществ. Вот профессор только что говорил, это французские данные, да. Просто если вы берете, у населения проверяете содержание в моче флаваноиды, экскрецию, вот так и делались эти данные. Если на уровне 50, 100 миллиграмм в сутки, оказывается, там риск развития опухолей и так далее меньше. Это доказанные вещи. Есть у нас поле для работы.

А если нужно работать парафармацевтикам, пожалуйста, надо найти общий язык с Минздравом и фармакологами и так далее. Мне кажется, вот это мой взгляд.

Председательствующий. Вот на этой оптимистичной ноте мы, видимо, и заканчиваем.

Уважаемые коллеги, спасибо за работу. Мы в течение 10 дней ждем ваши предложения для включения в рекомендации.

РЕКОМЕНДАЦИИ парламентских слушаний

Необходимость обсуждения возможных механизмов совершенствования законодательства в сфере обращения биологически активных добавок к пище (далее – БАД) обусловлена значительным количеством обращений в Государственную Думу общественных организаций, граждан и субъектов обращения БАД, в которых акцентируется внимание на: наличие агрессивной и недостоверной рекламы в средствах массовой информации и Интернете, и отождествление БАД с лекарственными препаратами, фальсификацию БАД, и включение в их состав незадекларированных или запрещенных для использования в БАД компонентов.

Точкой отсчета официального гражданского оборота БАД в России можно считать 1997 год, когда приказом Минздрава России «О порядке экспертизы и гигиенической сертификации биологически активных добавок к пище» было дано определение понятия «биологически активные добавки к пище (нутрицевтики и парафармацевтики) – концентраты натуральных или идентичных натуральным биологически активные вещества, предназначенные для непосредственного приема или введения в состав пищевых продуктов с целью обогащения рациона питания человека отдельными биологически активными веществами или их комплексами».

В развитие данного приказа были изданы постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 15 сентября 1997 года № 21 «О государственной регистрации биологически активных добавок к пище» и методические указания МУК 2.3.2.721-98 «Определение безопасности и эффективности биологически активных добавок к пище». В указанных методических указаниях БАД классифицированы на нутрицевтики (биологически активные добавки к пище, применяемые для коррекции химического состава пищи человека – дополнительные источники нутриентов: белка, аминокислот, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ, пищевых волокон) и парафармацевтики (биологически активные добавки к пище, применяемые для профилактики, вспомогательной терапии и поддержки в физиологических границах функциональной активности органов и систем). При этом требования к безопасности, качеству, составу и допуску в обращении для нутрицевтиков и парафармацевтиков в методических указаниях различались. Данные документы были практически полностью гармонизированы с зарубежным законодательством, в котором регулированию подлежат food (dietary) supplements – пищевые (диетические) добавки и nutraceuticals – нутрицевтики.

В США работа над законодательством в сфере обращения БАД началась в начале 90-х годов прошлого столетия. Изначально были введены определенные требования к этикеточной надписи на БАД, затем в 1992 году создается специальная структура (Office of Specials Nutritionals), призванная заниматься сбором и анализом информации о food supplements. Затем неоднократно вносятся изменения (в части ужесточения) в требования к этикетированию БАД и содержащимся в них ингредиентам. В 1999 году в США

принят специальный «Федеральный акт о пищевых продуктах, медицинских препаратах и косметических средствах», в котором дается определение БАД и входящим в них компонентам, конкретизируется область применения и устанавливаются требования к маркировке.

Контроль за оборотом БАД в США находится в компетенции FDA и ряда других организаций. Например, в рамках Национального института здоровья США существует специальная Комиссия по БАД. FDA осуществляет контроль за качеством БАД (и других пищевых продуктов) при помощи системы из 12 независимых компаний, расположенных в различных регионах страны. Они осуществляют весь комплекс мероприятий по оценке, стандартизации продукции и ее контролю. Необходимо отметить, что food supplements в соответствии с законодательством США относятся к пище и не являются лекарственными средствами, о чем требуется обязательное указание на этикетке продукции. Также требуется обозначение содержания нутриентов и веществ, оказывающих физиологические эффекты, в числовом выражении. Информация о действии БАД может быть представлена лишь следующими позициями: целесообразно для восполнения какого-либо компонента при хронической его недостаточности в рационе; для восстановления каких-либо нарушений структуры или функции организма; для оздоровления.

Законодательство стран Евросоюза во многом схоже с американским и определяет food (dietary) supplements как «пищевые продукты, предназначенные для дополнения к диете и являющиеся концентрированными источниками нутриентов или других веществ с пищевой или физиологической активностью; применяемые в отдельности или в комбинации друг с другом и распространяемые в дозированных формах (капсулы, таблетки, пастилки, пилюли и другие подобные формы, пакеты с порошками, ампулы с жидкостью, бутылочки с жидкостью и капельным дозатором и другие подобные формы жидкости и порошков, фасованные (по дозировкам), способных обеспечивать дозированный прием этих компонентов небольшими порциями».

В соответствии с директивами Евросоюза в составе БАД допускается использование веществ, относящихся к нутриентам, под которыми понимаются витамины и минералы. Определены рекомендуемые величины суточного потребления витаминов и минералов, и также список разрешенных для использования в составе БАД химических форм этих витаминов и минералов (112 соединений). Установлены жесткие требования к маркировке и рекламе данного вида продукции.

До настоящего времени предметом регулирования законодательств европейских стран остается допуск к применению в составе БАД других компонентов, не запрещенных к использованию (аминокислоты, жирные кислоты, растительные компоненты). В целом национальные требования в странах Европы весьма схожи, однако имеются и различия. В большинстве из них в состав БАД разрешено включать только пищевые ингредиенты с соответствующими показаниями для применения (источник или для снижения дефицита), а также с показаниями для улучшения функции органов и систем организма. В таких же странах как Бельгия и Великобритания допускается использование БАД и для снижения риска заболеваний или нарушений обмена веществ (например, для снижения уровня холестерина или сахара

в крови). При этом только сейчас в Евросоюзе обсуждается проект, который предполагает возможность вынесения на этикетки следующей информации: для восполнения дефицита пищевых веществ (пищевая); для улучшения функции органов или систем (функциональная); для оздоровления.

Практически во всех зарубежных странах food (dietary) supplements – пищевые (диетические) добавки и nutraceuticals – нутрицевтики реализуются через систему специализированных магазинов (продукты для здоровья), специализированных отделов супермаркетов или аптеки.

Российское законодательство пошло по несколько иному пути и в Федеральном законе от 2 января 2000 года № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов» вводится понятие «биологически активные добавки – природные (идентичные природным) биологически активные вещества, предназначенные для употребления одновременно с пищей или введения в состав пищевых продуктов». При введении данной дефиниции в федеральное законодательство было упразднено деление на нутрицевтики и парафармацевтики, а также искажен перевод используемых зарубежными регуляторами понятий «food (dietary)» и nutraceutical. При этом смысловое значение российского понятия в настоящее время не вполне соответствует как внутреннему содержанию многих находящихся в обращении на российском рынке БАД, так и их функциональному назначению.

В тоже время при государственной регистрации БАД введен ряд ограничений. Утвержден список, включающий около 400 запрещенных при производстве БАД растений, в том числе лекарственных, и продуктов их переработки, объектов животного происхождения, микроорганизмов, грибов и биологически активных веществ. Обязательным является нанесение на этикетку надписей: «Не является лекарством», «Перед применением рекомендуется проконсультироваться с врачом». Разработаны документы, определяющие рекомендуемые уровни потребления пищевых и биологически активных веществ и методы контроля качества и безопасности БАД к пище.

После вступления России в Таможенный союз с Казахстаном и Белоруссией Решением Комиссии Таможенного союза от 9 декабря 2011 года № 880 принят Технический Регламент «О безопасности пищевой продукции» (ТР ТС 021/2011), вступающий в силу 1 июля 2013 года, в котором дано определение БАД практически идентичное российскому и без разделения их на подгруппы. Регламентом установлены гигиенические требования безопасности пищевой продукции, перечень растений, объектов животного происхождения, микроорганизмов, грибов и биологически активных веществ, запрещенных для использования в БАД (около 400 позиций); перечень видов растительного сырья для использования при производстве БАД для детей от 3 до 14 лет и детских травяных чаев (36 позиций).

Федеральным законом от 13 марта 2006 года № 38-ФЗ «О рекламе» установлены требования к рекламе БАД. Реклама БАД не должна: создавать впечатление о том, что они являются лекарственными средствами и (или) обладают лечебными свойствами; содержать ссылки на конкретные случаи излечения людей, улучшения их состояния в результате применения таких добавок. Реклама не должна содержать выражение благодарности физическими лицами в связи с применением таких добавок, побуждать к отказу от здорового питания, создавать впечатление о преимуществах таких добавок

путем ссылки на факт проведения исследований, обязательных для государственной регистрации, а также использовать результаты иных исследований в форме прямой рекомендации к применению таких добавок.

Несмотря на наличие в Российской Федерации системы законодательного и нормативного правового регулирования в сфере обращения БАД существуют проблемы, дискредитирующие понятие БАД, вводящие в заблуждение потребителей БАД и, несомненно, требующие совершенствования контроля и упорядочения оборота этой продукции.

Во-первых, это недостоверная реклама в средствах массовой информации и Интернете; продажи посредством сетевого маркетинга и дистанционными методами, серьезно затрудняющими применение санкций к недобросовестным продавцам, придание БАД свойств лекарственных средств, низкий уровень образованности населения, в том числе врачей, по вопросам здорового питания и использования БАД.

Ряд хозяйствующих субъектов, представляют населению заведомо ложную информацию о потребительских свойствах БАД, рекомендуют их применение в качестве лечебных препаратов или указывают область применения, не соответствующую свидетельству о государственной регистрации. Некоторые участники рынка утверждают о профилактической либо терапевтической эффективности БАД, но так как они не регистрируются как лекарственные препараты и не проходят всех процедур необходимых исследований, данные заявления беспочвенны и создают возможности для мошенничества путем злоупотребления доверием пациентов и угрозы их здоровью.

Второй проблемой является фальсификация БАД недобросовестными участниками рынка, которые с целью получения коммерческой выгоды на пострегистрационном этапе обращения намеренно изменяют состав БАД, включая в состав запрещенные и незадекларированные компоненты (в том числе лекарственные препараты).

Следующей проблемой стало создание в России многочисленных систем добровольной сертификации пищевых продуктов, не устанавливающих серьезных ограничений в содержательной части инструкций по применению. Это способствует учащению случаев декларирования заведомо ложных лечебных эффектов БАД при их добровольной сертификации и позиционированию их в качестве продукции, обладающей лечебными свойствами. При этом требования к производству БАД одинаковы с требованиями к производству любых пищевых продуктов и существенно отличаются от правил предъявляемых, к производству лекарственных препаратов (Правила надлежащей производственной практики).

Наличие в сфере обращения БАД данных проблем свидетельствуют о назревшей необходимости совершенствования законодательного и нормативного правового регулирования данной сферы. К сожалению, органами исполнительной власти зачастую предлагаются неоднозначные меры по решению данных проблем.

В частности, 8 февраля 2013 года было опубликовано Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 17.01.2013 г. №2 «О надзоре за биологически активными добавками к пище». Этим Постановлением Федеральная служба приостановила регистра-

цию большого количества БАД на территории Российской Федерации, которые содержат компоненты, до настоящего момента разрешенные к использованию в составе БАД к пище российским законодательством.

По мнению экспертов, запрет регистрации целой группы биологически активных добавок на территории Российской Федерации противоречит действующим нормативным документам Таможенного союза (Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю), утв. Решением Комиссии таможенного союза от 28 мая 2010 года № 299), так и национальным документам (СанПиН 2.3.2.1290-03, СанПиН 2.3.2.1078-01, МР 2.3.1.1915-04).

Участники слушаний признают, что такие решения надзорных органов ставят российских производителей в неравные условия ведения бизнеса с конкурентами других стран, и, прежде всего, с производителями Казахстана и Беларуси, где по-прежнему действуют правила регистрации согласно нормативно-правовой базе Таможенного союза без каких-либо исключений и запретов.

Представленная законодательная инициатива ФАС о выводе БАД из сферы регулирования Федерального закона № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов» и определение БАД в качестве одного из видов лекарственных средств, попадающих под действие федерального закона об № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», единогласно не была поддержана депутатами, представителями Минздрава, Роспотребнадзора, экспертным научным сообществом и производителями.

Большинство участников слушаний отметило целесообразность замены понятия «биологически активные добавки» на понятие «диетические добавки».

Однако в вопросе разделения БАД на нутрицевтики и парафармацевтики мнение было неоднозначным.

В то же время были высказаны опасения в отношении изменения процедуры регистрации парафармацевтиков:

В соответствии со своим предназначением (оптимизация питания, а не лечение) зарегистрированные на данный момент БАД (в том числе по своему составу являющиеся парафармацевтиками) в соответствии с Едиными санитарными требованиями ТС и Техрегламентом ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции» содержат биологически активные вещества, полученные из растений или их экстрактов, в суточной дозе менее 50% от величины их терапевтической дозы, определенной для применения этих веществ в качестве лекарственных средств. Исходя из этого, БАД не пройдут регистрацию по процедуре, применяемой к лекарственным средствам, которая в соответствии с Федеральным законом № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» от 12 апреля 2010 г. единая для лекарственных средств растительного и нерастительного происхождения, включающая экспертизу документации и проведение клинических исследований.

Перерегистрация парафармацевтиков в качестве лекарственных средств представляет собой длительный (от 2 лет) и дорогостоящий процесс, что приведет к существенному снижению оборота БАД в Российской Федерации

Перевод парафармацевтиков в лекарственные средства диктует производителям необходимость получения лицензии на производство лекарств, что сопряжено с значительными временными и финансовыми затратами. Учитывая, что 70% рынка БАД представлено отечественными производителями это создаст существенное преимущество для импортеров, с одновременным сокращением рабочих мест (43 тысячи человек задействованы в производстве и реализации БАД в РФ), росту безработицы, снижению налоговых отчислений, закрытию производств (576 предприятий в РФ).

Удорожание парафармацевтиков, как следствие увеличения затрат на производство и регистрацию.

Сокращение объема продаж БАД, содержащих растительные компоненты, уменьшение доходов аптек, специализированных отделов и магазинов, вплоть до закрытия 30% аптечных предприятий.

Перевод предприятий / утечка капитала в Казахстан и Белоруссию, в связи с тем, что условия регистрации БАД в этих странах в соответствии с нормативными документами Таможенного союза остаются прежними.

Формирование черного рынка БАД вследствие исчезновения из легальной продажи большинства парафармацевтиков.

Увеличение поступления незарегистрированных БАД на территорию РФ путем почтовой доставки из стран, где действует более лояльное законодательство в отношении парафармацевтиков (США, Япония, Китай).

В связи с изложенным, а также заслушав доклады и выступления депутатов Государственной Думы, представителей министерств и ведомств, органов законодательной и исполнительной власти субъектов Российской Федерации, профессиональных союзов и ассоциаций, общественности участники парламентских слушаний **рекомендуют:**

Комитету Государственной Думы по охране здоровья:

В целях подготовки предложений по совершенствованию законодательства в сфере обращения биологически активных добавок к пище создать рабочую группу из представителей Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии, экспертов научного сообщества и предприятий отрасли. Поручить рабочей группе подготовить предложения, в которых предусмотреть:

– внесение изменений в Технический регламент Таможенного союза «О безопасности пищевой продукции» (ТР ТС 021/2011) в части замены понятия «биологически активные добавки» на понятие «диетические пищевые добавки», которые в зависимости от заявленной области применения могут классифицироваться как «диетические добавки», применяемые для коррекции химического состава пищи человека – дополнительные источники нутриентов: белка, аминокислот, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ, пищевых волокон и «диетические добавки», применяемые для профилактики, вспомогательной терапии и поддержки в физиологических границах функциональной активности органов и систем;

– установление более четких требований при регистрации «диетических добавок», применяемых для профилактики, вспомогательной терапии и под-

держки в физиологических границах функциональной активности органов и систем с расширением области применения на доказательной основе;

– инициировать процесс внесения изменений в действующее законодательство применительно к ранее действующей практике оформления санитарно-эпидемиологических заключений на производство БАД.

Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека:

1. Усилить федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор за соблюдением обязательных требований при производстве и обороте биологически активных добавок к пище.

2. Пересмотреть Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 17.01.2013 г. №2 «О надзоре за биологически активными добавками к пище» в связи с противоречивостью положений документа с действующими нормативными документами Таможенного союза и национальными требованиями.

3. В целях защиты прав потребителей на гарантированную безопасность продукции растительного происхождения, витаминов и минералов зарегистрированных как в качестве лекарственных средств, так и в качестве БАД, обеспечить единые критерии, показатели санитарно-эпидемиологической безопасности при регистрации продукции и пострегистрационном мониторинге, а так же рекомендовать Роспотребнадзору аккредитовать ряд испытательных лабораторий для проведения с целью выявления в составе БАД незадекларированных и запрещенных ингредиентов, в том числе, лекарственных средств и других химических соединений.

Федеральной антимонопольной службе:

Усилить контроль и надзор за соблюдением рекламодателями и рекламодателем законодательства в сфере рекламы биологически активных добавок к пище, в том числе путем введения ответственности рекламодателей.

Федеральному агентству по техническому регулированию и метрологии:

Разработать документы, регламентирующие требования к системам добровольной сертификации в области применения биологически активных добавок к пище в соответствии с письмами Роспотребнадзора.

Министерству здравоохранения Российской Федерации совместно с Комитетом Государственной Думы по охране здоровья (подкомитет по совершенствованию медицинского образования, развитию науки и новых технологий в медицине):

Подготовить предложения по совершенствованию образовательных программ медицинского образования в части увеличения продолжительности обучения по вопросам здорового питания и использования различных добавок, предназначенных для восполнения их дефицита в рационе питания.

**Материалы «круглого стола»
на тему «О ходе реализации Федерального закона
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской
Федерации» в части оказания паллиативной помощи»**

СТЕНОГРАММА
«круглого стола»

*Здание Государственной Думы. Зал 830.
14 марта 2013 года.*

*Председательствует член Комитета
Государственной Думы по охране здоровья
С. Ш. Мурзабаева*

Председательствующий. Разрешите в рамках плана работы Комитета по охране здоровья приступить сегодня к обсуждению темы, которая представлена на «круглом столе».

Вы сегодня видите представителей – всех депутатов, членов Комитета Государственной Думы по охране здоровья. Сергей Борисович Дорофеев, заместитель председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья. Куликов Олег Анатольевич, тоже заместитель председателя комитета Разиев Хамедовна Натхо, член комитета нашего. И Максимов Василий Юрьевич тоже.

Дорофеев С. Б. Лечебники.

Председательствующий. Да. Все лечебники, которые задействованы в обсуждении этой проблемы, здесь. Поэтому разрешите в рамках повестки, регламента начать и приступить к основному докладу.

Комитетом по охране здоровья мне поручено вести (председателем комитета) и представить основной доклад по теме. По ходу обсуждения изъявили желание выступить пять докладчиков.

Мурзабаева Салия Шарифьяновна, тоже член Комитета по охране здоровья. Возглавляю подкомитет по вопросам охраны материнства и детства и вопросам демографии.

Закон № 323 (который мы приняли и который утверждён) от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» впервые выделил для российского здравоохранения совершенно новый вид, официальный вид медицинской помощи – паллиативную медицинскую помощь. Статья 36 закона данного даёт определение паллиативной помощи как комплекса медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжёлых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

Установлено, что паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных, стационарных условиях и на дому специально подготовленными медицинскими работниками. Этот вид помощи гарантируется госу-

дарством. Его финансовое обеспечение осуществляется за счёт бюджетных ассигнований субъекта Российской Федерации. Вот на слайде представлена конкретная программа и статьи по программе госгарантий, где предусмотрены бюджетные ассигнования субъектов Российской Федерации, выделяемые в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и других (иных) источников.

Таким образом, закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» впервые установил правовые основы для развития паллиативной медицинской помощи в нашей стране. До сих пор, вы знаете, до принятия этого закона, практически правовой основы осуществлять данный вид медицинской помощи у нас не было.

Сам термин (хотелось бы напомнить) «паллиативная» происходит от латинского «pallio» (маска, плащ), что отражает его суть: скрыть проявления неизлечимой болезни, укрыть плащом тех, кому не могут помочь средства исцеляемой на сегодня медицины. Главный принцип: если человека нельзя вылечить, надо помочь ему и его близким, облегчить боль, страдания, обеспечить достойное качество жизни.

Современная паллиативная медицина складывалась на протяжении второй половины XX века. Её возникновение связывают с именем Сесилии Сандерс, основателя хосписного движения как варианта паллиативной помощи.

В 1982 году в связи с ростом заболеваемости злокачественными новообразованиями Всемирная организация здравоохранения объявила о необходимости создания нового направления здравоохранения и ввела определение: «паллиативная помощь», как помощи больным, чьи болезни больше, к сожалению, не поддаются лечению. В дальнейшем это определение было расширено с пониманием того, что проблемы, возникающие в конце жизни пациента, зарождаются уже на ранних стадиях болезни, требуют комплексного подхода и участия всех членов семьи.

Сегодня ВОЗ определяется паллиативную медицинскую помощь как подход, который способствует улучшению качества жизни пациентов и их семей, сталкивающихся с проблемами, связанными с угрожающей жизни болезнью, благодаря предупреждению и облегчению страданий по средствам раннего выявления, точной оценки и лечения боли и других страданий, физических, психосоциальных и духовных.

Организация оказания паллиативной помощи в мире базируется и развивается на основе общепризнанных международных норм.

Это Всеобщая декларация прав человека, провозгласившая право на жизнь, свободу от пыток и жестокого унижающего человеческое достоинство обращения на уровень жизни, достаточный для поддержания здоровья и благосостояния, право пациента умереть достойно определено Декларацией о правах пациента, которая принята Всемирной медицинской Ассамблеей в 1981 году. Декларация ВОЗ по защите прав пациентов в Европе устанавливает право пациентов на облегчение страдания в соответствии с достижениями науки, на гуманную помощь в конце жизни и право умереть в достойных человеческих условиях.

В 2003 году Кабинетом Министров Совета Европы были сформулированы основные принципы паллиативной помощи для стран-участниц. Установлено, что паллиативная помощь является необходимой, неотъемлемой

частью системы здравоохранения, любой человек, нуждающийся в паллиативной помощи, должен иметь возможность её получить. Основная цель паллиативной помощи – это достижение, возможно, наилучшего качества жизни нуждающегося пациента, паллиативная помощь должна получать адекватное и равноправное финансирование.

В России, как и в большинстве стран мира, становление паллиативной медицины началось с онкологии. Более 20 лет в онкологической службе страны, наряду с разработкой эффективных методов радикального лечения злокачественных опухолей, развивалась система помощи, призванная улучшить качество жизни неизлечимых онкологических больных.

Представлена информация о первых системных попытках организовать оказание паллиативной помощи в нашей стране в 1991 году, когда Приказом Минздрава № 19 было предписано создать сеть домов сестринского ухода и хосписов, отделений сестринского ухода, многопрофильных и специализированных больниц. Но там были особенности, если кто работал по этому приказу, вы знаете, например, у нас в регионе (в Республике Башкортостан), который я представляю второй созыв в Госдуме, мы при реализации этого закона в Минздраве столкнулись с проблемой финансирования, потому что там чётко прописано, что и за счёт благотворительной, и за счёт софинансирования, и за счёт личных средств, и за счёт бюджетных, в первую очередь, конечно, был и дефицит программы и в целом бюджетных средств. Поэтому, к сожалению, этот приказ реально не нашёл своё применение во многих регионах субъектов Российской Федерации.

Данный приказ сформулировал основные задачи хосписа как новые формы медико-социального обслуживания неизлечимых больных, в том числе, симптоматическое лечение и уход, обезболивающая терапия, социально-психологическая помощь больным и родственникам.

Однако, как я уже сказала, количество созданных таких служб было с 1991 года после издания этого приказа немногочисленным, отсутствовало, мы связываем это с тем, что как раз отсутствовала правовая основа для их достаточного финансирования.

Начало XXI века ознаменовалось глобальным постарением населения, распространением ВИЧ-инфекций, СПИДа, дальнейшим ростом онкологической заболеваемости. Внедрение современных медицинских технологий способствовало сохранению и продлению жизни многих пациентов, ранее считавшихся неизлечимыми. И, соответственно, рост числа больных, в том числе, и детей, страдающих неизлечимыми болезнями и нуждающихся в адекватной комплексной медико-социальной помощи, поставило перед нашим здравоохранением новые задачи.

Вне сомнений сегодняшняя наша система здравоохранения, система охраны здоровья должна быть ориентирована не только на профилактику болезней, а ранее их выявление, внедрение новых методов лечения и реабилитации, но и на развитие помощи тем больным, которых невозможно лечить. То есть система оказания охраны здоровья детей без раздела паллиативной помощи далее существовать не должна.

Как бы успешно ни развивалась наша медицина, таких людей, нуждающихся в оказании паллиативной помощи, к сожалению, всегда есть и будет много.

По данным, например, Всемирной организации, лишь около 13 процентов людей уходят из жизни в один миг. Остальные умирают, нуждаясь в заботе и помощи.

Важным шагом в решении этой важной медико-социальной проблемы явилось требование к региональным программам модернизации здравоохранения, которые у нас осуществляются 2011–2012 год в части организации службы паллиативной помощи, в том числе детей.

И вы знаете, что Министерство здравоохранения Российской Федерации одним из требований при утверждении региональных программ модернизации здравоохранения ставил вопрос включения совершенствования оказания паллиативной помощи. И даже были расчёты, в каком регионе, сколько должно быть коек паллиативной помощи.

Ну иногда до абсурда доходили некоторые регионы. Я знаю, писали, в одном городе одна койка, в другом другая. Подхода комплексного, чтобы это был обученный персонал, специальные условия, такого, к сожалению, системного, комплексного подхода во многих регионах, к сожалению, нет.

Поэтому мы с вами сегодня и собрались, чтобы обсудить и вместе пытаться решить эту проблему.

В соответствии с приказом № 555-н, был издан 17 мая 2012 года, где паллиативные койки впервые были включены в номенклатуру коечного фонда по профилям.

Программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, которая утверждена постановлением Правительства Российской Федерации на 2013–2015 годы, впервые установлены средние нормативы объёмов для оказания паллиативной помощи по нарастающей по годам в динамике.

Основные направления концепции паллиативной помощи в России включены в государственную программу развития здравоохранения на период до 2020 года, это, я считаю, большое достижение, это продуманная стратегия Министерства здравоохранения Российской Федерации, которая была утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации 24 декабря 2012 года.

По данным, приведённым в данном паспорте программы по развитию здравоохранения, здесь вот, на самом деле, вероятно, специалисты лучше скажут. На наш взгляд, это объективная цифра, потому что статистика, Минздрав представил с учётом нашей ведомственной статистики. Ежегодно в России умирают от рака более 300 тысяч человек, из них 75 процентов нуждаются в паллиативной помощи, в первую очередь, конечно, вопрос обезболивания стоит. И только 56–59 процентов получают эту помощь.

Но насколько достоверна эта цифра, я думаю, вы в своих выступлениях скажите. Это я привела цифры, которые Минздравом России представлены в Программе развития здравоохранения до 2020 года, официальные данные.

Следующее на сегодня в том же паспорте по развитию здравоохранения, по Программе развития здравоохранения до 2020 года есть, представлены, сколько у нас на сегодня функционирует или в стадии организации подразделений паллиативной помощи, их 192, в том числе 68 кабинетов противоболевой терапии, 69 хосписов, 33 отделения паллиативной помощи на всю Россию.

Исходя из расчётных нормативов Европейской ассоциации паллиативной помощи, Программой развития здравоохранения Российской Федерации по-

ставлена задача с учётом вот, из расчётных норм по европейской ассоциации, поставлена задача по России в субъектах до 2020 года создать учреждения паллиативной помощи в каждом субъекте России, исходя из расчёта 10 коек на 100 тысяч населения. То есть по России это должно быть всего 14 тысяч 200 коек. Обеспечить их оборудованием, средствами обслуживания и ухода специализированным автотранспортом.

Основными направлениями деятельности учреждений паллиативной помощи должны стать: стационарная помощь, создание и развитие выездной службы помощи, оказание помощи на дому, отработка модели оптимальной организации поддерживающей помощи на всех этапах её оказания.

Принимая во внимание факт, что по данным опросов до 90 процентов больных хотели бы провести остаток своей жизни в стенах своего родного дома, оказание помощи в домашних условиях, по данным специалистов, является наиболее целесообразным. Это, конечно, от стадии, от осложнений и тяжести течения заболеваний. Мы это все понимаем. Но это цифры, что 90 процентов всё-таки предпочитают домашние условия.

Безусловно, должны быть подготовлены нормативно-правовые акты, определяющие порядок и правила оказания паллиативной помощи. Закон не есть отдельная статья. Чтобы закон заработал, конечно, нужны подзаконные нормативные акты и Правительства Российской Федерации, и нашего ведомства, Министерства здравоохранения Российской Федерации. Вот первая ласточка у нас появилась. Приказ в части оказания паллиативной помощи взрослому населению Минздравом России разработан, издан, на слайде он представлен. Этим приказом определён перечень медицинских организаций и специалистов, которые должны оказывать паллиативную помощь, категории пациентов, которые могут на неё рассчитывать, и условия, необходимые для оказания помощи. Порядок оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией, как вы видите, на слайде представлен. Он регламентирован отдельным приказом Минздрава, который издан был ещё в 2007 году.

Что касается детей, лиц детского возраста, детей. Службы паллиативной помощи детям у нас в России только, скажем, в зачаточном состоянии, только начинают работать. Это в крупных городах, Санкт-Петербург, Москва. Насколько у меня есть информация, в Волгограде есть и в Казани есть выездная форма. То есть это единичные территории, где по-настоящему начинают такие службы функционировать для детей. Первые учреждения паллиативной помощи детям появились во второй половине 90-х годов и до последнего времени их функционировало всего семь. Впервые развитие паллиативной помощи детям практически во всех регионах страны началось в последние два года в рамках региональной программы модернизации здравоохранения. Вы все специалисты, понимаете, что в отличие от взрослых в структуре тяжёлых заболеваний у детей, в отличие от взрослых преобладает другая патология. Это врождённые пороки развития, это различные наследственные генетические заболевания и хронические прогрессирующие болезни. Паллиативная помощь может потребоваться ребёнку и его семье сразу после рождения ребёнка с такой патологией, практически с рождения. Учитывая эти особенности, возникает необходимость создания учреждений детской паллиативной помощи, отдельной от взрослых с другими задачами и функциями, а также специальной подготовки медработников, психологов, специалистов по соци-

альной работе, педагогов, которые непосредственно оказывают помощь данной категории детей. И здесь, конечно, важен анализ мирового опыта и результаты работы таких учреждений системы российского здравоохранения. Хотелось бы тоже услышать опыт регионов, пока никто не заявил в плане выступления из-за регионов, которые принимают своё участие. В ходе обсуждения просьба поделиться своими проблемами и своим опытом работы, вопросами, которые следует поднять на уровне Правительства России, на уровне Минздрава России для того чтобы мы их вместе могли поднять, обсудить и решить, содействовать решению. Сразу мы их, конечно, не решим.

В рамках программы развития паллиативной помощи поставлена задача в каждом субъекте России создать учреждения паллиативной помощи детям из расчёта две койки на 100 тысяч населения. У взрослых это было десять коек. То есть всего должно быть по России 520 коек. Обеспечить их всем необходимым и в первую очередь организовать выездную форму работы, выездную службу паллиативной помощи. Задача по созданию сети детских паллиативных учреждений поставлена и национальной стратегией действий в интересах детей до 2017 года, которая была утверждена нашим президентом, его указом в День защиты детей 1 июня 2012 года.

Уважаемые коллеги, создание эффективной системы паллиативной помощи невозможно без определения её реальной потребности в каждом субъекте. Мы сейчас с вами огласили цифры, которые в программе развития здравоохранения озвучены ориентировочные, средние по России. А, конечно, каждый субъект потребность должен рассчитать сам с учётом структуры заболеваемости, смертности, региональных особенностей и так далее. Как мы говорим по программе госгарантий это касается любого вида медицинской помощи, в том числе паллиативной.

В ходе подготовки к заседанию нам, к сожалению, не удалось получить от Минздрава России официальных данных, касающихся субъектов, хотя запрос четыре месяца назад уже был отправлен. А я знаю, что Татьяна Владимировна Яковлева запросила информацию о том, как дело обстоит по развитию паллиативной помощи и по созданию коек. Получена информация, я думаю, представитель Минздрава нам сегодня представит и общую информацию, что сделал Минздрав, а статистики, информацию по субъектам сводной, надеюсь, в течение недели они нам представят для того, чтобы мы это могли отразить в нашей резолюции. Если, может быть, сегодня озвучат, надеюсь, если не озвучат, значит, должны предоставить. Потому что запрос был официально сделан от нашего имени комитета на имя замминистра здравоохранения Российской Федерации. Я знаю, что это на территории запрос был.

По данным Благотворительного фонда развития паллиативной помощи детям за 2012 год, в паллиативной помощи нуждаются около 42 тысяч российских детей. И есть международная правозащитная организация, которая оценивает ситуацию по оказанию паллиативной помощи в различных странах. Вот в библиодосье, которое мы вам в раздаточном материале дали, там есть данные, которые в виде отчёта представлена информация, это офис, я так поняла, Восточной Европы и Средней Азии, о состоянии оказания паллиативной помощи в Российской Федерации. Конечно, там полный негатив. Я его в своем докладе не отразила, я думаю, каждый из вас всё-таки должен посмотреть, оценить, как эксперт, насколько эта цифра объективная, но вот нам

по подборке библиотека такую информацию дала. Конечно, ужасающая информация, которую я увидела по данному отчёту. И вот в этом году мы ожидаем публикацию доклада объективную этой международной организации.

Говоря об общественных организациях, следует отметить, что в современном мире роль институтов гражданского общества все возрастает. Вы знаете, что в основном нашем законе 323-м отдельная статья предусматривает полномочия общественных организаций в целом в здравоохранении. Так вот, значимость общественных профессиональных пациентских организаций для развития и паллиативной помощи в том числе, и я думаю, что будет все более возрастать. И мы надеемся, что они тоже будут как бы локомотивом в продвижении вот и развитии данной службы, и надеемся на совместное сотрудничество.

Актуальной проблемой организации системы паллиативной медицинской помощи, но вот мы здесь нашли наиболее те организации некоммерческие общественные, которые активно задействованы в решении этих проблем, в продвижении этих проблем. Может быть, не всех озвучили, то, что на слуху, с кем мы работаем, они вот представлены, их логотипы.

Актуальные проблемы организации системы паллиативной медицинской помощи в России, доступность адекватного обезболивания для онкологических пациентов – это очень большая проблема. И она стала темой обсуждения 4 февраля этого года на заседании «круглого стола» Общественной палаты Российской Федерации. В его работе приняли участие ведущие эксперты и наиболее авторитетные специалисты из России, Европы, США. К сожалению, наши члены комитета не принимали участие, но информацию мы от них запросили. Вот здесь на слайде представлена программа и докладчики основные, которые приняли участие. Вел заседание председатель комиссии Общественной палаты по контролю за реформами и модернизацией системы здравоохранения и демографии Николай Аркадьевич Драйхес. И в своем выступлении председатель правления Российской ассоциации паллиативной медицины профессор Георгий Андреевич Новиков, который с основным докладом выступил в Общественной палате, выделил первоочередные задачи. Это создание эффективной структуры паллиативной медицинской помощи, подготовка медицинских кадров в этой области, разработка стандартов и протоколов ведения больных и, конечно, клинических рекомендаций.

Безусловно, ни у кого из нас сомнений нет, что современная паллиативная медицина предъявляет высокие требования к медицинским кадрам. Им необходимы знания в различных областях клинической медицины, фармакологии, психотерапии, владение навыками чисто межлического общения, должны быть разработаны программы дополнительно профессионального образования и для врачей, и для среднего медицинского работника в рамках циклов тематического усовершенствования специалистов для оказания паллиативной помощи, в перспективе с учетом развития службы, целесообразно рассмотреть вопрос о введении в номенклатуру должностей специалистов врача паллиативной помощи. Или они уже ввели? Ввели. Учитывая, что всем медицинским работникам приходится в своей практике в той или иной мере решать проблемы помощи неизлечимым больным, основы паллиативной помощи должны быть рассмотрены в программах медицинских образовательных учреждений для всех медицинских работников. Необходимо

также решать вопросы подготовки комплектования кадрами медицинских психологов, социальных работников, педагогов.

Актуальной самой, может быть даже больной, и с накопившимися проблемами, вопрос и направление – это, конечно, адекватное обезболивание неизлечимых больных, расширение использования контролируемых наркотических средств. Эта проблема требует обсуждения совместно с Федеральной службой по контролю за наркотиками. Я надеюсь, Министерство здравоохранения в своем выступлении изложит, как они проводят эту работу с Федеральной службой по контролю за оборотом наркотиков.

Паллиативная помощь в целом – это не только медицинская, это, на мой взгляд, медико-социальная проблема, которая находится на стыке нравственности, социальных, медицинских, психологических, юридических проблем. Вместе с тем, это одна из составляющих нашей системы здравоохранения и неотъемлемого права граждан на охрану его здоровья. Обязанностей государства – обеспечить гарантии доступности, высокого качества медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи всем, кто в ней нуждается.

Развитие паллиативной помощи в России, вы, я думаю сможете, подтвердите с учетом основных положений доклада, что, к сожалению, мы можем констатировать, что развитие паллиативной помощи в России только в начале пути: создана законодательная база, 323-й Закон, отдельная статья, которую я иллюстрировала, мониторинг и обсуждение ее правоприменительной практики будет способствовать дальнейшему совершенствованию законодательства по обеспечению доступности паллиативной помощи всем, кто нуждается.

Поэтому мы запланировали, и сегодня с вами предложили обсудить эту тему, потому что задача законодателя – не только издание закона, но и мониторинг его реализации у вас в субъектах, чтобы мы могли совместно сразу или же работать с органами исполнительной власти по продвижению основных положений закона, или вносить коррективы в существующее законодательство.

Основной доклад окончен. Сейчас с учётом нашего регламента, я думаю, вначале предложим выступление Георгию Андреевичу Новикову – председателю правления Российской ассоциации «Паллиативная медицина».

Новиков Г. А. У нас постоянно система паллиативной медицинской помощи ассоциировалась только с онкологическими больными. Вот здесь приведены цифры Росстата, которые показывают, что онкологические пациенты составляют всего-навсего 16 процентов от тех, кто нуждается в этой помощи, а нуждается в ней 1 миллион 811 тысяч 600 человек.

Это данные 2010 года. И, к сожалению, тенденция к увеличению этих цифр, она сохраняется. В 1987 году от онкологических заболеваний умирало 280 тысяч, в настоящий момент – 320. Кстати, уменьшается не из-за того, что плохо лечат, а в связи с совершенствованием новых методик и улучшением качества жизни пациентов. Продолжительность жизни тоже увеличивается. И это тоже считается, как накопительный компонент.

Безусловно, приятно было слышать, что общественные организации – локомотив. И чтобы рассказать, что мы за это время сделали с помощью общественных организаций, я как раз и займу ваше внимание.

Во-первых, я хотел бы сказать, что за эти годы было три организации, и они до сих пор все существуют и работают на основе преемственности.

В 1995 году мы создали при Правительстве Москвы Российской Федерации Фонд паллиативной медицины и реабилитации больных.

В 2002 году, когда поняли, что эта проблема касается не только онкологических больных, сделали движение «Медицина на качество жизни», которое, кстати, с Комитетом по охране здоровья Государственной Думы с 2006 по практически 2010 год во всех регионах проводило общероссийский медицинский форум. И вопросы паллиативной помощи там звучали одной из первых скрипок.

И в 2012 году по инициативе наших коллег в субъектах Российской Федерации мы создали общероссийскую общественную организацию – Российскую ассоциацию паллиативной медицины.

Основная задача – это профессиональная поддержка и правовая тех специалистов, которые заняты в этой области.

Приказ № 1343 от 21 декабря 2012 года. Министерство юстиции утвердило его 11 февраля этого года, 2013 года уже, но тем не менее дату он носит ещё старую.

Как будет оказываться паллиативная медицинская помощь? Она будет оказываться медицинскими организациями. В приказе написано, что не упраздняются приказы по паллиативной помощи в онкологии, ВИЧ, СПИД. И также абсолютно неизбылемым остался приказ по хосписам.

Почему это было сделано? Потому что, если бы мы перечисляли все медицинские организации, которые могут оказывать эту помощь, это был бы список на 10 листов. Поэтому мы вместе с Министерством здравоохранения (в этом проекте мы принимали участие) предложили с помощью, естественно, юридической службы Министерства здравоохранения и Министерства юстиции, которое потом это утвердило, назвать это медицинской организацией, которая имеет лицензию на право оказания этой помощи нашим гражданам.

Поэтому кабинеты паллиативной медицинской помощи могут открываться при медицинских организациях, при различных поликлиниках, центральных районных больницах и в других организациях на усмотрение субъекта Российской Федерации.

Также существует понятие, как дневной стационар. Если в настоящий момент 60 процентов наших граждан получают помощь в стационаре, то тенденция в развитии здравоохранения поменять эту направляющую и чтобы в стационаре помощь получали около 40 процентов.

А также введено понятие должность – врач паллиативной медицинской помощи и новое структурное подразделение – это отделение паллиативной помощи в больницах многопрофильных, а не в онкологических отделениях, диспансерах и не в диспансерах ВИЧ-СПИД, а также центры паллиативной медицинской помощи как самостоятельная медицинская организация, признанная на мультидисциплинарной основе оказывать помощь не только онкологическим больным, а всем пациентам с неизлечимыми заболеваниями в хронической форме развития.

Для того чтобы это всё заработало, нужно одно условие и 36-я статья этот декларирует Закон «Об охране здоровья», врачи должны пройти специальную подготовку по паллиативной медицинской помощи. Здесь мы проявили инициативу и благодаря поддержке электората Московского государственного медико-стоматологического университета, в январе прошло заседание

учёного совета, 18 февраля был подписан приказ о создании этой кафедры ректором 3-го меда и с сегодняшнего дня официально (с 14 февраля) кафедра работает по той программе, которую мы разрабатываем, мы к этому, кстати, всех привлекаем: будьте любезны, если у вас есть какие-то пожелания, мы готовы их услышать. И с июня месяца мы начнём готовить врачей для того, чтобы они могли потом быть лицензированы с медицинским учреждением и оказывали профессионально эту помощь.

Работа для одной кафедры неподъёмная, потому что при той нагрузке, которая у нас есть, мы можем в год подготовить 300-360 человек, поэтому мы будем готовить преподавателей, которые будут возвращаться в субъекты и открывать там курсы или кафедры при ведущих вузах административных центров. Такие же переговоры мы вели с ректором нескольких медицинских вузов.

Поэтому, если этот опыт кафедры можно будет тиражировать на работу других вузов, поэтому вы профессионалы, если чувствуете в себе силы и имеете для этого средство, милости просим, обращайтесь к нам, мы скажем, что и как сделать в этом направлении.

Программа подготовки паллиативной помощи кратко представлена здесь. И я хотел бы сделать акцент на том, что паллиативная помощь – это не поглаживание по животу и закрытие глаз, а достаточно активное направление здравоохранения, которое будет использовать весь комплекс медицинских возможностей для улучшения качества жизни этих пациентов, не продление жизни агонирующему больному, а именно улучшение качества жизни пациентов, для этого методики соответствующие есть.

Председательствующий. Сергей Валентинович Вылегжанин, Министерство здравоохранения России, замдиректора департамента медицинской профилактики скорой и первичной медико-санитарной помощи и курортного дела.

Вылегжанин С. В. Я хочу сказать, что во исполнение федерального закона, который действительно ввел впервые понятие паллиативной медицинской помощи, мы проделали ряд шагов, о которых вы уже слышали. Нам кажется, эти шаги достаточно логичными. То есть мы прежде всего определились, откуда будет финансироваться сама эта медицинская услуга, сама эта медицинская помощь. Как вы знаете постановлением правительства, программой госгарантий до 2015 года, эта помощь предусмотрена.

После этого мы параллельно, скажем, мы разработали порядок по оказанию паллиативной помощи, в котором предусмотрели, как нам кажется, все этапы этой помощи. В принципе эти этапы, они так же, как по другим видам помощи, как нам кажется, встраиваются в общую систему развития нашего здравоохранения. То есть начиная рот амбулаторного этапа, мы предусмотрели паллиативную помощь в дневных стационарах, в отделениях и также в неких головных центрах, которые концентрируют в себе и поликлиническую помощь, и стационарную помощь, и выездную работу.

Я также хочу подчеркнуть, что мы понимаем, что существует большое количество учреждений, уже действующих и оказывающих паллиативную помощь, и они также, по нашему мнению, должны встроиться в эту систему и никаких противопоказаний для их участия в этой системе мы не видим. Но тем не менее понимаем, что это действительно достаточно новая система, а мы готовы оценить правоприменительную практику тех документов, которые мы сейчас выпустили, и при необходимости принять какие-то предложения и коррективы.

Кроме того, я хочу доложить, что разработан ещё порядок по паллиативной помощи детскому населению. В педиатрической практике он называется паллиативная помощь в педиатрической практике.

Мы действительно регулярно на конференциях пытаемся рассказать, что же мы вкладывали во все эти документы, которые мы выпустили. Мы видим, работая с регионами, что действительно есть сложности и вот на тот вопрос. Вот действительно четыре месяца назад мы направили запрос, и только половина субъектов нам ответила. Причем качество этих ответов тоже не всегда нас устраивало. И вот те ответы, которые поступали из регионов, которые наиболее активно развивали этот вид медицинской помощи, скажем, Санкт-Петербург, мы видим, что эти ответы, как бы они действительно продуктивны и содержат ряд предложений, которые требуют, может быть, обсуждения.

Тем не менее сейчас у нас все регионы в рамках нашей общегосударственной программы развития здравоохранения разрабатывают региональные программы развития здравоохранения, где этот раздел тоже существует и все эти программы до мая месяца должны быть приняты. Поэтому мы сейчас активно работаем с регионами и по этому вопросу. А специалистов региональных мы как бы ждем у себя в департаменте, если есть какие-то вопросы, давайте совместно ваши программы региональные в этой части сделаем выверенными и обдуманнами.

Безусловно, мы постараемся в ближайшее время, как нам указано, всё-таки информацию со всех субъектов направить для того, чтобы предварительный хотя бы анализ сделать. Поэтому мы готовы к сотрудничеству.

Председательствующий.

Гузель Рафаэлевна Агузарова представляет Московский научно-исследовательский онкологический институт имени Герцена.

Агузарова Г. Р. Я – руководитель Центра паллиативной помощи онкологическим больным в Институте онкологии имени Герцена.

Как уже говорилось, в нашей стране 2 процента населения России страдает онкологическими заболеваниями. К сожалению, каждый год добавляются к ним порядка полумиллиона пациентов и 300 тысяч погибают. Если посчитать, сколько нуждается в обезболивании только среди онкологических больных, как говорил Георгий Андреевич Новиков, нуждаются порядка 400 тысяч пациентов, 80 процентов из них, из тех, кто умерли от рака, нуждаются именно в серьезных, сильнодействующих наркотических анальгетиках в принципе на протяжении трех месяцев.

И общемировой клинический опыт говорит, что основой терапии боли при раке всё-таки являются неопиоидные анальгетики и именно надо подчеркнуть в неинвазивных формах. С этой целью в странах ЕС, к примеру, используется около 59 неинвазивных лекарственных форм анальгетиков, это они производятся из 23 молекул опиоидных лекарств. У нас в России, к сожалению, мы имеем только два вида сильнодействующих неопиоидных анальгетиков в неинвазивных формах – это фентанил в виде пластырей и морфиносulfат в виде таблеток пролонгированного действия. Также трамадол, но он для нас в принципе, мы не считаем его сильным препаратом и таблетки просидола, которые долго находят свой путь как бы к потребителю, это наш отечественный препарат, которым мы в принципе можем гор-

даться, подъязычные таблетки, они являются переходными между тромодолом и морфиносulfатом, но никак не могут найти свой путь в систему ДЛО и стать общедоступными для наших людей.

Итак, если посмотреть использование таблеток морфиносulfата пролонгированного действия, того самого базового препарата, с которого начиналась паллиативная помощь, например, в Европе или в Америке, то за последние годы мы видим нестабильность поставок, вот вы видите график с 2002-го по 2012 год. Большая часть препарата (это красные столбики) оставалась в Москве, и меньшая часть поставлялась в регионы. Примерно то же мы видим при использовании трансдермальных систем фентанила или пластырей с наркотиками, которые использовались в России максимально в 2008-м (предкризисном) году, наиболее финансируемом. Это все данные Московского эндокринного завода, который является отчасти монополистом по поставкам этих препаратов.

Но видя такую разницу, мы провели анализ отдельно, чтобы не выявить среднюю температуру по больнице, сколько же больных получают эти препараты в регионах России и сколько в Москве. И получилось, что порядка 10 тысяч с половиной получали по регионам в 2008 году, это всего четыре процента от умерших. А вы знаете, что, как я говорила, 80 процентов должны получать были, и где-то 68 процентов в Москве, что в принципе достаточно высокая цифра, она как бы приближена к воевским меркам.

Анализ поставок наркотических анальгетиков в неинвазивных формах за последние годы, к сожалению, не улучшилось. Вы видите, в Москве получали за последний год только 47 процентов умерших в течение одного месяца и выделилась группа регионов. Вы видите, Магаданская, Новгородская, Оренбургская и другие области, больные в которых получали эти препараты где-то от 10 до 30 процентов. К сожалению, большая группа регионов Российской Федерации – это 25 регионов получают только эти препараты от 2 до 10 процентов. Менее 2 – 36 регионов и восемь регионов вообще не считают нужным их заказывать или не знают о них. Таким образом, можно сделать вывод, что за исключением первых двух групп рекомендации ВОЗ для обезболивания при раке вообще не применяются в этих регионах. Логично бы было предположить, что этот дефицит обезболивания компенсируется инъекционными анальгетиками. Такими как пармедол, ноапон, морфин в инъекциях, которые относительно дешёвы. Но это относительно, поскольку тут не учитываются непроизводственные расходы. Так вот можно посмотреть за истекшие десять лет конкретно, например, по пармедолу, поставки в регионы России и в Москву уменьшились в два с половиной раза. То есть и инъекции наших больных не спасают притом, что вот эти поставки отражают все направления использования медицинского препарата. А это и родовспоможение, это кардиобольные, это больные интероперационные, послеоперационные и прочее.

Вот эти цифры и объясняют, почему наша страна находится на 38 месте из 42 среди европейских стран и занимает 82 место в мире по обеспечению опиоидными анальгетиками сограждан. Это условные дозы на миллион человек в сутки, это данные Международного комитета по контролю наркотиков. Надо сказать, что нелегальный оборот и легальный оборот – это две разные вещи. Это абсолютно два разных потока препаратов. Дело в том, что по

данним зарубежных экспертов, я нашла реально, что около 80 тонн героина используется в нашей стране, но некоторые предпочитают говорить о цифрах 100 и 300 тонн. Мы возьмём минимальную 80 килограмм. Также по данным ФСКН нелегальный оборот составляет 87 тонн. Так вот весь легальный оборот медицинских препаратов составляет, вы видите, 200, 354, 554 килограмма без учёта кодеина, потому что он не инъекционный. То есть это всего 0,7 от легального оборота, от нелегального. То есть всё это препараты для наркоза, послеоперационного обезболивания, для обезболивания в родах, при военных действиях, при чрезвычайных событиях для МЧС. А также только часть этих препаратов используется для онкологических больных. Причины этого явления, они общемировые, известные. Это правовые, административные, культурные, социальные и финансовые.

В нашей стране, прежде всего, это отсутствие стандартов терапии болевого синдрома. Мы сейчас подошли к тому, что мы решаем эту проблему. Например, наш институт подал 259 стандартов по лечению злокачественных новообразований и в каждом из стандартов, где присутствует четвёртая стадия, там проработаны и внесены препараты для лечения боли. Отдельно подан стандарт для лечения хронической боли. Вот нужно посмотреть, чтобы этот стандарт, который предусматривает обеспечение онкологических больных вот этими препаратами неинвазивными, чтобы он всё-таки был одобрен Минздравом или мы его доработали, если это нужно, и чтобы он нашёл своё место.

Нерациональная система контроля медицинских препаратов, их хранение и так далее – это отдельная большая тема. Действительно, очень большие средства затрачиваются на хранение медицинских препаратов как будто это бриллианты, как будто это какие-то невероятные денежные средства. Это тысяча килограмм должен быть сейф для хранения месячного запаса наркотиков, а он может там содержать буквально несколько пачек препаратов. Среди медицинских работников, недостаточная квалификация врачей, скудный перечень опиоидных анальгетиков, о которых я говорила, это все решаемые проблемы. И чем больше будет оборот этих препаратов, тем они станут доступнее и дешевле для населения. И поэтому экономические причины, такие, как высокая стоимость и отсутствие реальной возможности приобретения за счет средств пациентов, а также отсутствие системы возмещения затрат, так называемая реимбурсмент, это все в наших руках, чтобы мы создали это.

Таким образом, для решения этих проблем обязательно необходима государственная поддержка. И вот то, что мы сейчас начинаем делать, я думаю, что это одно из первых шагов, чтобы стать наряду с развитыми странами, чтобы мы всё-таки нашли свое достойное место, а наши больные получали достойную обезболивающую терапию.

Председательствующий. Следующее выступление. Светлана Николаевна Браун – начальник Управления по работе с административными кругами департамента здравоохранения города Москвы.

Браун С. Н. Очень важная и актуальная тема. И мы очень рады, что действительно вид медицинской помощи, паллиативной помощи теперь стал четвертой видом медицинской помощи, что это законодательно, иерархически закреплено. Очень радует, что вышел порядок оказания медицинской помощи.

Но вот Георгий Андреевич, вы, наверное, оговорились про ВИЧ? Вы скажали, что он утратил силу.

Новиков Г. А. Я сказал, не наоборот.

Браун С. Н. Хорошо. Я как представитель органа исполнительной власти очень хорошо услышала для себя тот посыл, что Георгий Андреевич сказал, Сергей Валентинович сказал, что вы являетесь проводником в субъектах по интерпретации порядка по его продвижению, по его как бы применению в жизнь. Но тем не менее есть некоторые вопросы.

В Москве, в системе паллиативной помощи существует восемь хосписов. И также у нас существует тысяча коек сестринского ухода. Хотелось бы узнать, наверное, Сергей Валентинович, к вам вопрос будет. Так как статьей 37 определено, что порядок медицинской помощи обязательно к применению, безусловно, может быть, предусмотрен какой-то, скажем так, период времени для внедрения этого порядка, так как у нас, мы не встраиваемся в систему порядка паллиативной помощи. А вы знаете, что Росздравнадзор в соответствии с постановлением правительства 1152 будет осуществлять государственный контроль, и будет проверять именно учреждения на соответствие порядку.

В связи с тем, что в структуре порядка зафиксированы кабинеты паллиативной помощи, отделения паллиативной помощи и центры паллиативной помощи, в связи с этим вопрос. Скажите, пожалуйста, если вы предполагаете, что центр создается из расчета один на миллион, в Москве с учетом 12-миллионного города, нам нужно создать 12 таких центров. У нас койки сестринского ухода находятся в многопрофильных больницах.

49-я больница наша клиническая, коечная мощность сестринского ухода составляет 250 коек. 250 коек и отдельные у нас структурные организации – это хосписы. В итоге у нас хосписы имеют 280 коек, и как я сказала, тысячу коек сестринского ухода.

Вопрос такой. Стандартом оснащения предусмотрено, и структура центра включает в себя диагностические отделения, патологоанатомическое отделение. Вот в связи, с чем это? Есть какая-то потребность в этом? Вот такой вопрос к разработчикам порядка. Вот очень бы хотелось узнать: это навеяно, каким-то опытом международным?

Как нам сейчас, когда бюджетом не предусмотрено строительство в инвестпрограмме, у нас только заложен 9-й хоспис на востоке, так как у нас там нет хосписа, каким образом субъект и за какое определенное время может выстроить такие центры у себя.

Вот целесообразность включения диагностического отделения и патологоанатомического.

Председательствующий. Светлана Николаевна, я думаю, что задача «круглого стола» заключается не в этом.

Браун С. Н. Хорошо. Наверное... Да.

Председательствующий. Я уже как сказала, любой, закон есть, после закона есть правительственный документ, да, нормативный, есть приказ Минздрава. Но везде учитываются особенности системы организации медицинской помощи в регионе субъектом, Москва тем более – это отдельный субъект.

Поэтому я думаю, что вам нужно официальные, не переговоры, и переговоры, и официальную переписку с нашим ведомственным институтом, с Министерством здравоохранения. Я думаю, что это вам нужно. Это не задача нашего «стола».

Браун С. Н. Хорошо. Спасибо. Мы это, конечно, учтём, и наш главный внештатный специалист по паллиативной помощи принимал в этом участие.

Я просто хотела бы задать вопрос, каким образом, будет ли отсрочка на применение данного порядка? Потому что мы попадём в правовые ножницы, и мы будем вынуждены закрыть эти учреждения.

Председательствующий. Сергей Валентинович, пожалуйста. Передаёте полномочие.

Новиков Г. А. Светлана Николаевна, хоспис является медицинской организацией?

Браун С. Н. Да, является.

Новиков Г. А. Тогда, какое противоречие в этом порядке вы видите?! Там написано, что любая медицинская организация может оказывать паллиативную медицинскую помощь нуждающимся пациентам. Это первое.

Второе. У нас абсолютно нет такой позиции – название субъектам Российской Федерации Министерством здравоохранения, потому что это просто, во-первых, бесперспективно, а, во-вторых, никогда не будет выполняться, что в каждом субъекте должен быть один центр. Прописана другая норма, что на 1 миллион народонаселения должно быть открыто 100 коек. Вы сказали, что есть 800 коек сестринского ухода, есть 200 с чем-то.

Браун С. Н. 280 – хоспис.

Новиков Г. А. То есть, если мы, условно, в Москве сейчас, наверное, миллионов 12 проживает.

Браун С. Н. 12 миллионов 600.

Новиков Г. А. 1200, да. То есть в принципе все эти койки, которые у вас есть, особенно сестринского ухода, вы можете перепрофилировать в центры паллиативной медицинской помощи или в отделения паллиативной медицинской помощи, что будет полностью соответствовать этому приказу.

Что касается всем набившие уже оскомину: отделение диагностики, патоморфология, отделение анестезиологии и реанимации и так далее. Речь шла о том, что в номенклатуре учреждений медицинских не было понятия: «центр паллиативной медицинской помощи», в субъектах Российской Федерации, те, кто занимается не только онкологическими больными, предпринимались попытки больных с туберкулёзом вести, да, неврологических пациентов, они говорили, что надо расширить полномочия таких подразделений, и они же вместе с нами предложили создавать самостоятельные медицинские учреждения, которые теперь внесены в перечень медицинских организаций, в центры паллиативной медицинской помощи, в том случае, если орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в этом заинтересован.

Вот, предположим, такой центр будет скоро открываться, насколько мне известно, в Смоленске, просто там у нас целая школа из наших учеников, у них был хоспис, потом они пытались его назвать центр паллиативной помощи, но хоспис был привязан только к онкодиспансеру, поэтому в соответствии с Приказом № 115Н, хоспис останется отделением паллиативной помощи, как, кстати, сделано при онкологическом диспансере в Екатеринбурге, мы только оттуда вернулись. И отдельно Смоленская область сама по себе вся всего миллион, да, но они имеют право открыть около 80-100 коек центр паллиативной медицинской помощи, куда будут поступать, скорее всего, не онкологические больные, которые поступают в хоспис, как вы

знаете, а пациенты после нарушений мозгового кровообращения, рассеянного склероза, бокового амиотрофического склероза, пациенты с сахарным диабетом, диабетическая стопа и так далее.

Председательствующий. Да. Георгий Андреевич, завершаем.

Светлана Николаевна внесла очень разумное предложение всё-таки по разъяснению нормативных актов очень удобно в регионах, если будут разъяснения и методические рекомендации, с учётом того, что если у вас возникли вопросы, не исключается, что и в регионах.

Поэтому наверняка Сергей Валентинович вы возьмёте на контроль для того, чтобы министерство дало разъяснение не только в виде конференции, а в виде методического пособия или рекомендации по разъяснению реализации данного приказа.

Председательствующий. По программе у нас идёт выступление главного нештатного специалиста по паллиативной помощи Дианы Владимировны Невзоровой хосписа № 1 города Москвы.

Невзорова Д. В. Моей функцией сейчас является освещение истории паллиативной помощи в городе Москва. Она берёт начало чуть более 20 лет, с создания единичных кабинетов паллиативной помощи и первого хосписа.

Первый хоспис в Москве как учреждение, оказывающее паллиативную помощь только онкологическим больным, открылся 20 лет назад около метро «Спортивная» Верой Васильевной Миллионщиковой.

За прошедшие 20 лет в Москве было открыто ещё семь хосписов и два паллиативных отделения, и тысячу сестринских коек.

Паллиативные отделения и хосписы мощностью 280 коек оказывали помощь только онкологическим больным. И получается, что если в Москве ежегодно умирает 18 тысяч онкологических больных, мы посчитали, то есть помощь хосписов паллиативных отделений получили 6 тысяч человек. Получается, 12 тысяч человек остались без так необходимых им паллиативных коек, только онкологические.

Учитывая, что сказал Георгий Андреевич, в паллиативных койках нуждаются не только онкологические больные, а их совершенно минимум, то есть это менее 40 процентов, то более 60 процентов больных, страдающих не онкологией, но также неизлечимыми болезнями в терминальной стадии, оказались без необходимой паллиативной помощи.

Таким образом, в связи с выходом нового порядка оказания паллиативной помощи взрослому населению Департаментом здравоохранения города Москвы приняты следующие меры: назначен главный внештатный сотрудник, создана рабочая группа из ведущих специалистов в округах и ведущих специалистов, согласившихся войти в рабочую группу. В связи с тем, что есть проблемы с обезбоживанием у паллиативных больных, ведётся работа по переработке и пересмотру 257-го приказа, то есть для облегчения механизма получения наркотических препаратов.

В связи с тем, что введена специальность «паллиативная помощь», мы понимаем, что сейчас необходима активная и помощь, и должность. Необходимо внедрение этой специальности, то есть обучение, активное обучение во всех вузах и медучилищах. Мы понимаем, что паллиативная помощь, по большому счёту, это более чем на 60 процентов качественный уход. И паллиативные центры с активной медицинской частью крайне необходимы, но то

самое поглаживание по животу в момент умирания, оно крайне необходимо для людей.

Поэтому в связи с тем, что необходимо нормализовать и как-то привести в порядок именно нормативную базу, явно сейчас стоит вопрос о пересмотре и переписыванию того самого 19-го приказа, который безнадежно устарел и вышел ещё в 1991 году.

И в связи с тем, что хосписы были как-то прописаны в единственном приказе 944-ом по онкологии, где было прописано и положение, и штатные единицы, и нормативы, он тоже сейчас отменён. И на его смену пришёл 915-й приказ, где также нет хосписов, то, конечно, мы понимаем, что тут необходима работа. И надеемся на помощь Георгия Андреевича и, естественно, министерства и Сергея Валентиновича, и департамента. И мы все действительно в одной лодке и нуждаемся в пересмотре некоторых документов.

Председательствующий. Сергей Валентинович, сразу прокомментируйте, пожалуйста.

Вылегжанин С. В. Мы, безусловно, понимаем, что хосписы нам тоже необходимы. Но, коллеги, все должны понимать, что у нас есть регионы, в которых нет ни хосписов, ни одной койки паллиативной, а есть только койки сестринского ухода, и те используются не как паллиативные совсем.

Вот когда я говорил про те регионы, которые не отвечают, они потому и не отвечают, они ещё не могут понять, у них на койках сестринского ухода что происходит. Там лежат люди, которым из больницы некуда идти. А в социальные учреждения их ещё пока не берут. Поэтому они вот там.

А другая как бы крайность, это всё-таки пациенты, которые требуют паллиативной помощи, это нейрохирургические и так далее, они заполняют, вернее, они пытаются заполнить нейрохирургические отделения крупных больниц, которые должны оперировать. Поэтому многогранный такой вопрос, поэтому тот порядок, который есть, он позволяет нам двигаться. Мы слышали уже предложения, что хосписы тоже надо как-то юридически поправить и так далее. Поэтому мы готовы это сделать, это не значит, что нужно, скажем, отменить этот приказ назначить другой. Конечно, это ещё один шаг.

Вылегжанин С. В. Приказ устарел однозначно, безусловно, его надо изменить. Мы готовы с вами здесь в это включиться по полной с тем опытом, который есть, ради бога.

Невзорова Д. В. В лицензиях и положениях хосписов, тогда надо прописывать и паллиативную помощь, а в предпорядке паллиативной помощи нет хосписов. То есть получается таким видом медицинской деятельности, занимают хосписы. Каким видом медицинской деятельности занимают хосписы, если не паллиативной? Конечно, паллиативной.

Председательствующий. Сергей Валентинович, а насколько вот экспертные группы или сообщества. Я понимаю, что профессор Новиков активно с вами сотрудничает. У вас есть для того чтобы нам ускорить завершение вот решение этих вопросов, есть у вас экспертное сообщество, группа может быть есть необходимость сейчас его создать, для того чтобы оперативно эти все вопросы решить?

Вылегжанин С. В. Ну у нас есть Российская ассоциация паллиативной помощи. Ну если как говорится о Минздраве, то мы готовы внутри Минздрава тоже такую группу создать.

Председательствующий. Ну это как бы решение принимать вам. Министерство здравоохранения, регионы ждут конкретных решений.

Невзорова Д. В. Здравоохранению города Москвы готовы помочь в этом направлении.

Председательствующий. Пожалуйста, представьтесь.

Городецкий В. М. Я – член корреспондент Российской академии медицинских наук, Городецкий Владимир Матвеевич пришел сюда по личной инициативе.

В силу различных обстоятельств мне пришлось познакомиться с работой хосписа и скажу вам следующее. И в отличие от рядом сидящего у меня высшее медицинское образование. Так вот, я вам хочу сказать, что вот спор, который вот дискуссия, только потому, что в предлагаемом порядке не прописаны объём и виды паллиативной помощи. Вот то, чего нет, поэтому вы и спорите – о терминах, о названиях. А вы определитесь. Мы же аортокоронарное шунтирование, я надеюсь, понятно, что я говорю, не делаем в ЦРБ. Почему у неизлечимого больного, с этого начинаем, мы предлагаем иметь к нему анестезиолога, реаниматолога и аппарат искусственной вентиляции легких. Это зачем же? Вот значит, когда мы пропишем объём и виды, различные они (виды), паллиативной помощи, мы тем самым и определим, что хоспис имеет право работать вот в таких-то границах, а центр паллиативной помощи или поликлинический – такие-то виды. Кому-то позволено оперировать на сердце, я перехожу в более близкую мне сердечную или там какую гематологическую помощь, а кому-то по оборудованию не позволено. И тогда все успокоится. И каждый будет заниматься своим конкретным и очень важным.

И большое спасибо организаторам этот приказ или этот порядок нужен, но он нуждается, причем достаточно экстренно, в доработке. Иначе вот эти первые звоночки звонят с мест: хосписа нет, финансировать не буду. Всё. Я же это знаю всё. Между прочим, мы сделали только что порядок гематологической помощи, как бы конституцию гематологической помощи. Минюст прошли, мы там все прописали, где можно высокодозную химиотерапию, а где нельзя её делать, условия её проведения. Паллиативная помощь – важнейшая помощь, но она разная. Кого-то надо гладить по животу, а кого-то надо не гладить, а лечить механическую желтуху, которая у онкологического больного, чтобы он не умер от механической желтухи, его, возможно, надо экстренно прооперировать. Это другое совсем дело. И это тоже какое-то лечение. Паллиативное, но лечение.

Поэтому давайте пропишем объём и виды, и тогда я уверен, только с привлечением тех людей, которые работают, но как говорится, на земле. Вот кто работает на земле, они имеют право, но простите, решающего голоса, потому что они прописывают обязательства себе. А от нас, от ученых, от Минздрава, простите, от чиновников, в хорошем смысле этого слова, требуется создать им условия. Вот это мы должны прописать, тогда закончатся все дискуссии.

Председательствующий. Ещё раз нам Владимир Матвеевич нам подтвердил: для любого решения вопросов в плане стандартов, порядков, приказа Минздрава должно участвовать экспертное сообщество, не только Министерство здравоохранения с привлечением отдельных лиц, так ведь? А

для того, чтобы это был с учётом особенностей регионов, субъектов, не на примере Москвы или Санкт-Петербурга, что иногда, к сожалению, бывает. Поэтому это задача, которую, я надеюсь, Министерство здравоохранения в ближайшее время решит.

Председательствующий. Ирина Ивановна Зубкова – начальник отдела департамента медицинской профилактики скорой и первичной медикосанитарной помощи и курортного дела Минздрава.

Зубкова И. И. В настоящий момент для детей, к сожалению, у нас порядка нет, проект есть, но есть цикл усовершенствования врачей, для них он у нас уже согласован, и министерство провело эту работу. Бывший Егоровский, сейчас Маевский департамент науки, они провели такую работу. Поэтому есть программа, сейчас утверждается. Это будет на бюджетной основе, бесплатно.

Председательствующий. Часов там ... не знаете?

Зубкова И. И. 144 часа.

Председательствующий. Понятно. Тематическое.

Зубкова И. И. Это будет тематическое.

Председательствующий. А первичное, как всегда?

Зубкова И. И. Первичное, как бы дальнейшее в развитии. Это будет сертификат или специальности.

Председательствующий. Хасанов Рустам Шамильевич – главный онколог Республики Татарстан, город Казань.

Хасанов Р. Ш. Во-первых, разрешите поблагодарить за это чрезвычайно важное и интересное обсуждение, и родился замечательный документ, конечно, он не абсолютный, абсолютной истины вообще не бывает, но зато он есть, есть что обсуждать, и, наконец-то, он появился. Это здорово!

В городе Казани, вот в Республиканском онкологическом диспансере около 20 лет существует отделение паллиативной помощи, причём выездное. У нас не было такой возможности, всегда был дефицит коечного фонда. И мы вот таким образом закрывали эту необходимость, потому что, как в том анекдоте: место есть, а слова нет, так вот больные есть, проблемы есть, а паллиативной службы и паллиативной помощи не было. Теперь, наконец-то, мы понимаем, какая это огромная проблема, и не только с онкологическими больными. У нас на кафедре циклы по паллиативной помощи стали проводить, и не только для онкологов, это постдипломное образование, но и для врачей любых специальностей, для врачей общего профиля. И это во многом нам помогло хотя бы образовательный такой уровень общелечебной сети поднимать, и чтобы понимание появилось, что такое паллиативная помощь, кто в ней нуждается и так далее.

И вот этот интересный опыт выездной службы продлился у нас. Может быть, это даже как предложение прозвучит. У нас существовала ещё, не буду вдаваться в подробности, 20 лет в этом году исполнилось, скорая онкологическая помощь, тоже выездная, круглосуточная. И с 1 января этого года мы объединили скорую онкологическую помощь с выездной паллиативной дневной, и получилась круглосуточная паллиативная выездная помощь. Для миллионного города, миллион 200 население в городе Казани, это, поскольку нет ни одной стационарной паллиативной койки, и нет ни одного хосписа, это оказалось выходом из ситуации. Это предложение: рассмотреть этот опыт, чтобы просто не затягивать.

Второе, большая проблема, и сегодня я благодарю за выступление в отношении обезболивания, всё-таки огромная проблема, как только приходит наркоконтроль, мало того, что бронированные двери и так далее, заново, вроде прошлые требования все выполнишь, но приходит в следующий раз, новые требования. Они каждый раз и выше, и выше.

Мало того, мы вынуждены были в нашей выездной службе отказаться от применения сильнодействующих и наркотических анальгетиков, это огромная проблема. И пациенты мучаются.

Мало того, нас обвиняют ещё в том, что мы параллельно, как будто мы это делаем специально, есть участковая служба, которая выписывает наркотики амбулаторно, а мы якобы вот через паллиативную помощь тут двойное такое обезболивание делаем и так далее. Я бы это предложение такое внес и в резолюцию нашего сегодня заседания: пристально рассмотреть этот вопрос. И всё-таки нужно обязательно проводить это совместно с органами наркоконтроля и с этими службами.

Председательствующий. Завершаем выступления.

Пожалуйста, депутаты. Изъявил желание выступить Василий Юрьевич Максимов – член нашего Комитета по охране здоровья. Пожалуйста.

Максимов В. Ю. Все, кто работал в практической медицине, знают, какая сложность существует для врачей и пациентов в получении обезболивающих препаратов. Если это касается жителей, проживающих в сельской местности, то эта проблема вообще для них недоступна к решению. И здесь я хотел бы сказать, что всю сегодняшнюю дискуссию можно было бы поделить на две части.

И здесь я хотел бы сказать, что вот всю сегодняшнюю дискуссию можно было бы поделить на две части, вторая – это будущее, семантика – это, значит, создание документов, и, видимо, проблему хосписов и учреждений мы решим в ближайшие, наверное, 20 лет.

А сегодня страдают от боли сотни тысячи пациентов, которым мы практически (врачи) оказать не можем помощь.

Вдумайтесь, сегодня больше половины возбужденных уголовных дел наркоконтролем, это врачи, главные врачи и медицинские работники вообще. И это неслучайно, потому что это как бы главный источник для так называемых «палок» и достижений, которые сегодня демонстрирует ФСКН.

Конечно, безусловно, нужно идти навстречу пациентам, безусловно, нужно смягчать эти условия, потому что сегодня, если кто знает, особенно те, кто работал в районе, для того чтобы сдать неиспользованную ампулу, придется съездить в область не один раз, прежде чем ее уничтожат.

Поэтому врачи всячески саботируют сегодня выписку наркотически препаратов.

Вот передо мной лежит инструкция, где нужно завести 18 журналов. Сегодня врач в амбулатории должен по меньшей мере делать в пяти журналах, а если вернется, то еще, ампулы с наркотиками, то еще в двух.

То есть проблема загнана в угол нашими ведомственными инструкциями Минздрава и ФСКН, для которых мы являемся основной как бы питающей средой для возбуждения уголовных дел.

Поэтому я считаю, что сегодня первоочередная задача – это лишить больных, страдающих, этих всех болевых синдромов, понимаете, и мы можем это сделать, и я думаю, что вот это нужно внести первым пунктом в ре-

золюцию сегодняшнего заседания «круглого стола», потому что эта проблема неотложная, она с сегодняшнего дня, и решения этого ждут сотни тысяч страдающих пациентов.

Председательствующий. Так, пожалуйста, заместитель председателя комитета Сергей Борисович Дорофеев.

Дорофеев С. Б. Ну я, только, должен поддержать своего коллегу, я тоже об этом хотел сказать, что мы все прекрасно понимаем эту проблему, с обезболиванием и применением наркотиков, и если Минздрав серьезно не услышит ни коллег с мест, ни нас, мы до беды доживем в конечном итоге.

И полностью согласен с тем, что та система, которая, сейчас настроена, она кроме отчетности ФСКНУ больше ничего не дает.

Я думаю, что мы даже попробуем с коллегами спровоцировать такой депутатский запрос туда, а пусть они нам скажут вообще, а сколько мы там наторговали, такое ощущение, что мы главные распространители всего этого зелья в стране, по тем затратам, которые системе нужно нести, дабы употребить во благо этот наркотический препарат.

То есть я считаю, вот Минздраву просто, не знаю, мы сейчас все, считайте, что стучим руками и ногами, эту работу, как бы не хотелось ссориться, не ссориться, скажите, что надо сделать, нам сходить, какую дверь открыть, постучаться, в каком ключе написать, мы готовы с вами, но эту серьезнейшую проблему надо, это же не только здесь касается, в травме то же самое, в травмпунктах не осталось уже наркотических препаратов, они их изничтожили, потому что и при остром инфаркте миокарда в поликлиниках нету, сказали – не-а, а зачем, да ты что, знаешь сколько стоит, чтобы его оборудовать? А потом сделать еще систему, чтобы достать все равно эту ампулу, можно было из охраняемого круглосуточно помещения, находящегося под сигнализацией, ее ж нельзя без сигнализации, да. И вот надо в экстренную ситуацию успеть всё снять, позвонить, взять, еще в подвале находящуюся, как правило, а не под рукой, да, в сейфе, то ясно, мы с железной дверью, и не за одной.

То есть она же ведь безрассудная по смыслу. Просто никакому смыслу здорovому она не поддающаяся.

Председательствующий. Уважаемые коллеги, время истекло, я завершая заседание нашего «круглого стола», во-первых, хотела бы всех поблагодарить за то, что вы нашли время, выступили, приняли участие в дискуссиях. И ваше мнение не только для комитета, а в целом для нашего сообщества очень важно, не только для медиков, а для каждого гражданина Российской Федерации.

Кроме того, мне бы хотелось еще раз призвать вас к тому, чтобы наши сегодняшние разговоры, дискуссии не завершились вот на данном этапе, а, что ждем от вас конкретные предложения в тот проект, который мы вам передали. Я не сомневаюсь, что у вас будет масса предложений, мы их подытожим, потому что, вы знаете, эта резолюция уходит во все субъекты Российской Федерации, во все органы власти. И, например, ФСКН, если вы пропишите свою редакцию, что вы хотите от ФСКН, что вы хотите от Минздрава России, что вы хотите и на уровне субъекта решить, пожалуйста, напишите, для нас это очень важно для того, чтобы эти документы поступили и на самом деле работали, и чтобы это не получилось, как то, что мы провели это мероприятие. Хорошо, на сайте комитета разместим рекомендации. Благодарю всех за участие.

РЕКОМЕНДАЦИИ заседания «круглого стола»

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет паллиативную медицинскую помощь, как подход (реализуемый на разных уровнях медицинской и социальной помощи), целью которого является улучшение качества жизни больных и членов их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания. Эта цель достигается путем предупреждения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли, других тягостных физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки (World Health Organization, 2002, 2007).

Статьей 32 «Медицинская помощь» Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» паллиативная медицинская помощь отнесена к видам медицинской помощи, а в соответствии со статьей 36 паллиативная помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи. Паллиативная медицинская помощь включает в себя медицинский, социальный и духовно-психологический аспекты.

Мировая практика показывает, что осуществление паллиативной помощи пациентам с сильной хронической болью наиболее эффективно на дому.

Министерством здравоохранения Российской Федерации разработана и утверждена Правительством Российской Федерации Государственная программа «Развитие здравоохранения», включающая подпрограмму «Оказание паллиативной медицинской помощи», в том числе детям.

Финансирование паллиативной медицинской помощи осуществляется в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (постановление Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов»), предусматривающей следующие мероприятия:

- формирование системы оказания паллиативной медицинской помощи и ее структурных подразделений в субъектах России с учетом научно-обоснованной потребности: 100 коек на 1 млн. нас.;

- подготовка медицинских работников по паллиативной медицинской помощи;

- создание материально-технической базы службы паллиативной медицинской помощи в соответствии приказом Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1343н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению»;

– разработка и внедрение информационных систем и мониторинга функционирования системы организации оказания паллиативной медицинской помощи неизлечимым пациентам.

Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи предусмотрены следующие средние нормативы:

– объем паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях на 2013 год – 0,077 койко-дня на 1 жителя, на 2014 год – 0,092 койко-дня на 1 жителя, на 2015 год – 0,112 койко-дня на 1 жителя;

– финансовые затраты на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода), за счет средств соответствующих бюджетов – 1537,1 рубля. на 2013 год, 1654,3 рубля на 2014 год, 2137 рублей на 2015 год.

Приказами Минздрава России в номенклатуру должностей введены должности «врач паллиативной медицинской помощи» и в номенклатуру медицинских организаций – центр паллиативной медицинской помощи.

Приказом Минздрава России от 21.12.2012 г. № 1343н утвержден Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению.

Среди первоочередных мер Минздрав России ставит задачи создания и улучшения инфраструктуры для оказания медицинской помощи, в том числе создание отделений паллиативной помощи, развитие служб выездной медицинской помощи. Предусматривается отработка модели организации паллиативной медицинской помощи на всех этапах ее оказания.

С целью создания оптимальных условий для детей, страдающих неизлечимыми, ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями, а также помощи членам семьи в условиях неизлечимой болезни ребенка в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения» планируется к 2018 году развить сеть медико-социальных учреждений, специализирующихся на оказании паллиативной помощи детям в Российской Федерации (открытие паллиативной помощи детям в многопрофильных больницах и самостоятельных учреждениях - хосписах). Указанной программой предусмотрено создание 500 паллиативных медицинских коек. В настоящее время в медицинских организациях субъектов Российской Федерации функционирует 390 паллиативных коек.

Разработан проект приказа «Об утверждении Порядка оказания паллиативной помощи детям», который в настоящее время находится на согласовании с заинтересованными ведомствами.

Другим крайне важным направлением является подготовка и обучение кадров – медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь, подготовка специально обученного сестринского персонала для оказания патронажной помощи инкурабельным больным.

Острой проблемой является крайне низкий уровень применения обезболивающих лекарственных препаратов, большинство из которых являются наркотическими средствами и попадают в сферу государственного регулирования оборота наркотических средств и психотропных веществ. Начиная с 90-х г. прошлого столетия в Российской Федерации разработано и внедрено развернутое правовое регулирование оборота наркотических средств,

включающее в себя правила по их ввозу, хранению, распределению, лицензированию, утилизации, включая специальные правила выписки врачами рецептов на такие препараты.

Существующее законодательство обеспечивает полный контроль оборота наркотических, психотропных средств и сводит к минимуму риск их применения в немедицинских целях, но, одновременно, такое регулирование создает чрезмерные барьеры перед медицинскими работниками, что затрудняет оказание качественной паллиативной медицинской помощи.

Необходимо ввести более гибкие правила назначения и выписки современных обезболивающих, в том числе наркотических средств, применяемых в паллиативной медицине, а также их утилизации, учитывая, что такие препараты имеют незначительный риск применения в немедицинских целях.

Отмечая важность и актуальность проблем оказания паллиативной медицинской помощи, повышения ее доступности и качества, заслушав доклады, выступления и с учетом состоявшегося обсуждения, участники «круглого стола» **рекомендуют:**

Правительству Российской Федерации:

– разработать и утвердить национальную концепцию развития и совершенствования паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации.

Министерству здравоохранения Российской Федерации:

– обеспечить реализацию мероприятий подпрограммы Государственной программы «Развитие здравоохранения» по оказанию паллиативной медицинской помощи, в том числе детям;

– совместно с Минобрнауки России разработать программы дополнительного профессионального образования для врачей и среднего медицинского персонала с целью повышения квалификации по паллиативной медицинской помощи, а также включить основные вопросы паллиативной медицины в учебные программы подготовки медицинских работников всех медицинских специальностей;

– разработать стандарты и протоколы ведения больных при оказании паллиативной медицинской помощи, обеспечить доступность современных лекарственных средств при лечении хронического болевого синдрома в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения;

– доработать ведомственные нормативные документы по организации паллиативной медицинской помощи, определив место и назначение хосписов в системе оказания паллиативной помощи и регламентировав их деятельность;

– рассмотреть вопрос о создании при Минздраве России рабочей группы по паллиативной медицинской помощи с участием представителей российской ассоциации паллиативной медицины, общественных фондов и благотворительных организаций, работающих в области предоставления паллиативной, в том числе хосписной помощи, экспертов из субъектов Российской Федерации.

Министерству здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральной службой Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков:

– обеспечить гарантии доступности лекарственных препаратов, необходимых для эффективного купирования хронического болевого синдрома и оказания паллиативной помощи всем нуждающимся больным;

– рассмотреть возможность оптимизации мер государственного контроля за оборотом терапевтических наркотических средств, в том числе трансдермальных (в части правил их выписки и утилизации).

Органам государственной власти субъектов Российской Федерации:

– включить подпрограммы развития паллиативной медицинской помощи в государственные программы развития субъектов Российской Федерации;

– обеспечить оказание паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях в соответствии с нормативными документами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Материалы парламентских слушаний
на тему «Законодательные аспекты государственного
регулирующего качества лекарственных средств»**

СТЕНОГРАММА
парламентских слушаний

*Здание Государственной Думы. Малый зал.
21 марта 2013 года.*

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

Председательствующий. Я хотел бы обратить ваше внимание, что данные парламентские слушания заканчивают, по сути дела, череду «круглых столов» и парламентских слушаний, которые у нас проходили по качеству пищевых продуктов, по так называемым биологически активным добавкам, по переходу GMP фармацевтических производств и еще целый ряд было различных мероприятий в этом поле деятельности.

Сегодня мы должны ответить, по сути дела, на самый главный вопрос, а именно каким образом в Российской Федерации обеспечить качество лекарственных средств? Я не буду говорить о том, что вся система, международная система, а не только российская система доказательной медицины, она на сегодняшний день вызывает огромное количество вопросов. И даже протоколы клинических испытаний, в том числе международных клинических испытаний не дают однозначного ответа на вопрос о качестве тех лекарственных средств, которые мы применяем. Остается открытым вопрос и об эффективности и соответствия биоаналогов исходных лекарственных средств.

Тот факт, что появилось понятие дженерики первого ряда, второго ряда, третьего ряда, ну, как осетрина второй свежести, они, в общем-то, вызывают больше вопросов, чем ответов. С другой стороны, весь комплекс проблем, связанных с сочетанием лекарственных средств, который остается абсолютно открытым. Это теория. А практика простая, российский рынок наводнен дженериками какого-то там 15-го ряда, которые не имеют никакой клинической базы по отношению, например, к лечению детей, они все направлены на лечение взрослых, нет специальных лекарств для детей. Они все имеют определенные изъяны в своих физиологических механизмах, описанных в исходной формуле, они все, в общем-то, имеют условное биологическое подобие по отношению к исходным формулам.

Сама система сертификации качества лекарственных средств в Российской Федерации – это та практическая задача, которая является сверхактуальной на сегодняшний день. Фармацевтика плачет, что не может пробиться на наш рынок, реальные сроки регистрации при всей регламентации не укладываются даже в два года. То есть это мы не получаем качественные лекарства. Крайне ограничена и затруднена, усложнена система поступле-

ния информации о фармакопеи конкретным лечащим врачам. Вы знаете, когда меня лечат по справочнику, куда заглядывает врач для того, чтобы мне прописать соответствующее лекарство, это у меня вызывает большое недоверие. Я всё-таки хотел бы, чтобы меня лечили теми лекарствами, которые именно мне в самом максимальном, как говорится, виде, могут помочь, а не в силу того, на какую страницу упал взгляд врач и что он именно прочитал.

Коллеги, я не буду обозначать весь круг проблем, который сейчас стоит перед фармацевтикой и фармакопеей. Я должен вам сказать, что на сегодняшний день наши парламентские слушания должны иметь итогом конкретные рекомендации в изменения в закон «О производстве и обращении лекарственных средств». Он принят недавно, но количество нареканий нарастает с каждым днем. Но я думаю, что выступающие коллеги более подробно осветят эту проблему. И у меня только одна просьба, коллеги, есть проблема, есть ваше видение, как эту проблему решать. Есть конкретное предложение, какой конкретно шаг даже маленький нужно сделать, чтобы эту проблему начать решать.

Ну, а теперь, наверное, если не будет других вопросов, приступим к нашим выступлениям.

Первое слово я хотел бы предоставить Михаилу Альбертовичу Мурашко, руководителю Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Мурашко М. А. Сначала я хотел бы сказать ещё раз, чтобы многие присутствующие с этим были знакомы с жизненного цикла лекарственного средства. И в этом на сегодняшний день существует несколько регуляторов, которые влияют на тот или иной процесс. И если рассматривать вопрос государственной регистрации, то он на сегодняшний день закреплён за Министерством здравоохранения, и гражданский оборот, который существует по лекарствам, на сегодняшний день он закреплён за Росздравнадзором. Но нужно понимать, потому что существуют разные мнения, фактически Минздрав и Росздравнадзор – это две организации. Росздравнадзор находится в подчинении Минздрава России. Поэтому рассматривать, что это, в общем-то, разные механизмы, я думаю, что это нужно косвенно. По сути, это продолжение одного другого.

Производство на сегодняшний день, лицензирование, закреплено за Минпромторгом России, и изменения в законодательство на сегодняшний день происходят. И лицензирование субъектов частично производится Росздравнадзором и частично производится розничная торговля через лицензирующие органы субъектов.

Представлены уже по жизненному циклу более конкретно те полномочия, которые предусмотрены на этапах контроля лекарственного средства. Росздравнадзор непосредственно выполняет функцию выборочного контроля. И для того чтобы ещё раз вернуться к определённым понятийным вещам, это выдержка из 323-го федерального закона, для того чтобы мы всё-таки говорили о контроле, на каком уровне он должен присутствовать. Если мы говорим о контроле, который касается производства, то, безусловно, нас интересует в большей степени вторая позиция – это недоброкачественные лекарственные средства. Непосредственно говоря о гражданском обороте, мы больше будем говорить о фальсифицированном лекарственном средстве, ну и, отчасти, о контрафактных лекарственных средствах.

Здесь представлена система государственного контроля качества ле-

карственных средств. Необходимо сказать, что за последние годы сделано очень много.

Вот здесь представлено то количество лабораторий, которые сегодня уже работают, введены в эксплуатацию и финансируются за счёт государственных средств. Это семь лабораторий в семи субъектах. К ним на сегодняшний день приобретены передвижные экспресс-лаборатории, которые своего рода как шатлы, обслуживают прилегающие территории согласно графику, проводя, назовём его, отборочным контролем. В том числе внедрены неразрушающие методы, ну и в этом году открывается лаборатория в городе Москве и в планах – строительство лабораторий в Ярославской области.

Какая динамика идёт по контролю в сфере лекарственных средств? В 2012 году 10 процентов составило количество серий лекарственных средств, которые прошли государственный контроль. И необходимо отметить, что общее количество серий, находящихся в обороте, около 200 тысяч серий, при этом торговых наименований зарегистрированных около 17 тысяч. В обороте, конечно, находится значительно меньше, основное это где-то в районе 5 тысяч наименований торговых.

И то, что касается субстанций. По количеству произведённых экспертиз выявления недоброкачественных лекарственных средств количество серий преимущественно на сегодняшний день отечественного производства. И это, безусловно, в определённой степени связано и с качеством производства, и с качеством поступающих субстанций, то, о чём сегодня уже говорили во вступительном слове.

На предыдущем слайде было показано, что общее количество изъятых из оборота около 19 миллионов рублей составило количество, в деньгах выражающееся. Но в каком ключе были замечания по качеству установленным требованиям? Необходимо отметить, что по критическим показателям достаточно большая идет выбраковка, есть показатели, которые касаются, в частности, разброса и по микробиологической чистоте, и средней массе, и по описанию, то есть, конечно, в этой ситуации нужно говорить о том, что все-таки пока разница в качестве у производителей существует.

Несколько примеров из реальной жизни. Те препараты, которые выбраковывались, ну необходимо отметить, что это не полный список, в этом списке были и препараты жизнеобеспечения, и те препараты, которые являются, массового потребления, например такие как влияющие на эрективную дисфункцию.

И теперь переходя к тому, что на сегодняшний день мы имеем по государственному контролю качества. То есть 61-м федеральным законом об обращении лекарственных средств за Росздравнадзором закреплена организация и проведение проверок соответствия лекарственных средств, находящихся в обращении, установленным обязательным требованием качества. В частности, это, в общем-то, выборочный контроль.

И вот ключевая фраза, наверное, к следующим мыслям, которые будут озвучены, что борясь за снижение административных барьеров мы немножко забыли о потребителях.

То, о чем сегодня говорят многие, и то, о чем сегодня звучит из средств массовой информации, что 294-й федеральный закон в реальности ограничивает возможности по выявлению тех препаратов, которые мы сегодня обсуждаем.

Безусловно, проводить контроль, при этом плановый, вывешивая в начале года, а внеплановый, соответственно, ставя в известность за, минимум чем за

сутки, безусловно, при такой ситуации это не влияет на истинное положение вещей и не позволяет в истинной мере оценить все-таки долю этого рынка.

И все-таки переход к тому, что по данному разделу необходимо вносить изменения, я думаю, что сегодня назрел, и большинство присутствующих в зале это поддерживают.

Еще один момент, касаемый 61-го федерального закона, это федеральный государственный контроль качества лекарственных средств, понятия его на сегодняшний день не существует, существует государственный контроль в отношении объектов, то есть в данной ситуации идет разговор, что все-таки вынести как бы немножко, чтобы успокоить те предприятия и организации, которые участвуют в обороте, что выход с проверкой в первую очередь должен касаться лекарственного средства для выявления фальсификатов и недоброкачественных средств.

Учитывая базовые подходы Таможенного союза, включить требование о предоставлении субъектами обращения лекарственных средств сведений в информационную базу Росздравнадзора о конкретных сериях и партиях лекарственных средств, выпущенных в обращение на территории Российской Федерации.

И включить федеральный государственный контроль, в том числе и в 294-ФЗ, то есть в данной ситуации это пойдет через несколько нормативных документов.

Если говорить о некачественных препаратах, то, безусловно, нужно внести изменения в производство. Но по контролю производства говорим не только о фармацевтике, это касается всего, то есть здесь по производству мы говорим GMP, в медицинской практике существуют такие понятия GCI, сертификация международная и так далее, в Российской Федерации сегодня появились медицинские организации, то есть в принципе уже необсуждаемый факт, что наиболее успешные показатели достижения качества касаются только там, где существует внутренняя экспертиза и внутренний контроль.

Если этого не существует, то говорить о дальнейшей перспективе продукта бессмысленно. Это касается в принципе всего здравоохранения, но, думаю, что производства и в целом. Поэтому мы бы хотели, конечно, в конечном итоге инспекторат, который производит лицензирование производства, чтобы, в том числе, входили наши сотрудники Росздравнадзора или, соответственно, инспекторат был полностью передан в Росздравнадзор для того, чтобы полностью уже иметь весь механизм рычагов по контролю качества.

Если говорить о механизмах наказания, первое, с чего надо, на наш взгляд, начать, это всё-таки предоставить Росздравнадзору и его территориальным органам полномочия по рассмотрению административных дел. Потому что Росздравнадзор сегодня, наверное, редкостное исключение. Многие имеют по контролю за оборотом лесов, мелиорации и так далее, и так далее возможности по применению статей КоАП, напрямую сегодня Росздравнадзор, который вроде бы как отвечает за самое важное, что у нас есть, но он сегодня этим не наделён. Поэтому если для нас действительно не декларативным, а важным является здоровье, то в этой ситуации, наверное, целесообразно провести параллель и всё-таки передать это функцию Росздравнадзору.

Но не надо забывать о том, что для того, чтобы бороться за качество, всё-таки мера наказания должна быть не только КоАП. Три года назад было подписано предложение о «Медикрим», но ратификация ещё на сегодняшний день не наступила. Поэтому, возвращаясь к тем предварительным договорённостям,

всё-таки введение, в том числе, и уголовного права в обороте некачественных и фальсифицированных средств, я думаю, что должно присутствовать.

Ну и это не слёзы горести, но, тем не менее, нужно понимать, что для того, чтобы Росздравнадзор имел адекватные полномочия, это должна быть сильная организация, поэтому здесь для сравнения приведены, что на сегодняшний день штатная численность Росздравнадзора по сравнению с остальными контролирующими органами, всё-таки с полномочиями сопоставляя, несоизмерима. Количество полномочий большое, штатная численность всё-таки требует увеличения.

Ну и то, что обсуждается всегда, я думаю, что сегодня будут высказывания, о том, что создание единого контролирующего органа по типу FDA (Food and Drug Administration), я думаю, что, безусловно, это путь, который озвучивают, он перспективен. И идти к нему нужно. Но вот эти резкие перепады, когда мы два года назад, поменяв законодательство, сегодня пытаемся опять разворачивать в другую сторону, я думаю, что на пользу качества это столь быстрые перемены и столь резкие перемены вряд ли будут влиять адекватно.

Поэтому когда мы говорим о данном пути, нужно понимать, что, во-первых, это структура, которая является действительно одной из самых мощных в мире, но и самой ресурсоёмкой. Она, в том числе, и будет влиять на рынок не только с позиции как упрощения барьеров и доступа качественных препаратов на наш рынок внутренний, но, в том числе и будет удорожать определённые расходы, ложась на себестоимость самих средств лекарственных.

Если мы говорим о GXP, то сегодня в лекарственной стратегии это прописано, и переход на систему GXP, он необходим. Этот слайд из доклада министра Вероники Игоревны Скворцовой. Я думаю, что в этом слайде достаточно четко определена позиция Минздрава по контролю качества, в том числе, с гармонизации требований по проведению доклинических испытаний, клинический, эпидемиологических исследований. Поэтому, если мы хотим развивать именно путь, в том числе, не только внутреннего рынка, но и выход на иностранные рынки с продукцией фармотрасли, то, безусловно, без этого на сегодняшний день не обойтись. Поэтому и инспекторат, который будет привлекаться для производства, он также должен соответствовать тем европейским международным требованиям, которые сегодня существуют.

И, поскольку в лекарственной стратегии существует ещё одно понятие про эффективность. Сегодня упоминалась доказательная медицина, использование исследований, или правильно, наверное, медицина, основанная на доказательствах.

Сегодня существует несколько на североамериканском континенте исследований, которые проводятся европейские, которые несколько отличаются всё-таки, необходимо отметить. Мы все понимаем, что нужно к этому придти, но и, в том числе, когда проводятся реформы, нужно понимать, что эти исследования, которые входят именно в самые высокие уровни доказательности и тех пяти ступеней, то нужно понимать, что это достаточно дорогостоящее исследование. И когда говорят (сегодня есть): давайте развернёмся от стандартов, давайте развернёмся от порядков, давайте перейдём только к клиническим протоколам, к клиническим рекомендациям, нужно понимать, что, ну, во-первых, не на каждый случай существуют клинические рекомендации.

Во-вторых, нужно понимать, что набор этих клинических рекомендаций, он всё-таки достаточно на сегодняшний день невелик и в основном отно-

сится к тем состояниям, которые, либо это являются экстренные состояния, либо чёткое, ну (наибольшее количество их там), онкогематологии используется в том числе. И обсуждение, использование тех или иных препаратов эффективных как раз можно регулировать, в том числе на этапе протоколов и стандартов. Понимаю, что здесь существует масса обижённых, масса существует мнений и так далее, но приходиться к этому необходимо, это в том числе является регулятором для доступа на рынок медицинской услуги препаратов, доказанных эффективностью.

Потому что наглядный пример, служба родовспоможения, которая буквально ещё 10 лет назад только на этапе родов использовала для женщины родоразрешение, использовала до, в среднем в статистическом подсчёте, до 15–20 препаратов получала беременная женщина во время родов. Там был, начиная от витаминных комплексов, гормональных препаратов, целого огромного списка всевозможных спазмолитиков и так далее.

На сегодняшний день, когда перешли к доказательной медицине, оказалось, что весь этот список в таком объёме не нужен. И на сегодняшний день путём рационализации и подхода именно с клиническими протоколами, основанными на доказательствах, получилось, что мало того, что удешевился процесс оказания медпомощи, но плюс ко всему, и результаты стали лучше. Поэтому вот эта агрессия, от которой мы уходим при состояниях, которые можно сравнивать с физиологическими, всё-таки это эффективно.

И поэтому аналогичная ситуация существует и по ряду других специальностей, в том числе, это касается и педиатрии, и хирургии.

Поэтому в конечном итоге, как бы мы ни вступали в какие-либо дискуссии, нужно понимать, что мнения всё-таки финальных специалистов, которые имеют это на тех мультицентровых исследованиях, основанных на доказательствах, именно проведённых по уже стандартизированным методикам, являются важным. На этом я хотел завершить своё выступление.

Председательствующий. Слово предоставляется Тумусову Федоту Семёновичу, члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья и руководителю подкомитета по вопросам обращения лекарственных средств в развитие фармацевтической и медицинской промышленности.

Тумусов Ф. С. Уважаемые участники парламентских слушаний, в Российской империи был такой лозунг «За веру, за Царя и Отечество». Я так понимаю, что этот лозунг и сегодня популярен у нас в России. Но мы сегодня с вами, конечно, собрались ради Отечества. Если у нас будет фармацевтическая промышленность, качество фармацевтической промышленности, качество лекарственных средств будет хорошо, то и Отечество наше будет, я так понимаю, процветать.

Но мы говорим о целостной системе государственного контроля качества лекарственных средств, в целом о системе. И в этом смысле Росздравнадзор это только часть этой системы. И особенно если посмотреть на урезанные её полномочия и то, что вот сейчас было руководителем сказано, об отсутствии рычагов привлечения к ответственности нарушителей, то это да, это малая часть той системы государственного контроля, которая должна была бы быть более эффективной, более действенной. В этом смысле, когда у нас был «правительственный час» с отчётом министра Вероники Игоревны Скворцовой, я там от имени фракции тоже выступал, и там может быть немножко в такой резкой форме было сказано, что у нас в стране, к сожалению, отсутствует система, целостная эффективная система госу-

дарственного контроля лекарственных средств. Я хотел бы на один-два момента заострить ваше внимание.

Первое. У нас отсутствует внутрипроизводственный контроль за качеством. Недавно я был на одном из заводов, фармацевтических заводов, в общем-то хороший завод, хорошее современное оборудование. И начальник отдела качества, когда ознакамливал меня с производством, с гордостью говорил о том, что мы работаем по правилам GMP. Я задал вопрос: «А у нас же в России не утверждены, нет же единых правил GMP, по каким правилам GMP вы работаете?» Ну понятно, в ответ было молчание. Я полагаю, что видимо они какой-то другой международный образец GMP, или какой-то другой внутри свой разработали. Но мы все ожидаем чудо, с 1 января будут внедрены, будут приняты правила, и с 1 января 2014 года у нас начнётся как бы рай в сфере обеспечения государственного контроля внутрипроизводственных процессов. Но это далеко не так. Мы все понимаем сложность этой проблемы.

Второе. Мы с вами вообще знаем, что отсутствует какой-либо контроль зарубежных площадок производства лекарственных средств. То есть у нас отсутствует так называемый институт инспектората. И при регистрации документы начнут, документы принимаются на веру. Вот мы все верим, что предоставляются достоверные, правильные документы. Но мы знаем с вами, что очень много случаев, когда позиционирующие себя производителями зарубежные поставщики, они оказывались не теми, или там вообще отсутствовали, или там они уже прекратили, ну разные случаи. Когда я был в Китайской Народной Республике и задавал эти вопросы, они говорили, что государство, российское государство само должно отвечать, следить за качеством лекарственных средств. И оно, российское правительство, отвечает перед своими гражданами именно за качество. Мы не отвечаем за это. К сожалению, вот был такой ответ.

Я вот хотел бы обратить ваше внимание на ветеринарные препараты. Недавно я провёл маленькое депутатское расследование, сделал запрос в таможенную службу о ввозимых ветеринарных препаратах. Получил весь перечень, то, что нам было за последние два года ввезено. Потом сделал запрос в Министерство сельского хозяйства: какие же лекарства были и закуплены? И когда я сличил вот эти два документа, то получил, мягко говоря, очень удивительные вещи.

Вот я получил письмо за подписью заместителя министра сельского хозяйства, в котором он, ну говорит о том, что вот такое лекарство как, такая субстанция как празиквантел закуплен у Русмедторга, другая – у Русфарма, третья – то же самое у Русмедторга, такие компании. Но на самом деле они не ввозились в Российскую Федерацию. И возникает вопрос: откуда же они взялись? И я думаю, что это возможно предмет расследований правоохранительных органов. Этот пример говорит о том, что у нас в нашем государстве в сфере контроля качества не только ветеринарных, но и всех лекарственных средств очень много проблем.

Вчера мы проводили «круглый стол» по Бадам. Мы понимаем, что они – это сфера Роспотребнадзора, ветеринарные средства – Россельхознадзор. Вот Росздравнадзор, значит, Минздрав имеет какие-то функции по государственному контролю. И мы видим, она создаёт опасные прецеденты и слабость всей системы государственного контроля. И нам кажется, что правительству необходимо рассмотреть вопрос о создании единой системы, единого, может быть, органа, то, что говорит антимонопольный комитет по надзору, по примеру других развитых стран, по контролю за качеством все-

го того, что потребляет человек, начиная от питания и заканчивая лекарственными средствами.

Председательствующий. Я хотел бы предоставить сейчас слово Максимкиной Елене Анатольевне, директору Департамента государственного регулирования обращения лекарственных средств Минздрава России.

Максимкина Е. А. Действительно с точки зрения регулирования проблема качества и доступности лекарственных средств, она для любого государства является самой главной. И здесь я ни для кого в этом зале профессионалов высокого уровня не открываю Америку.

Дело в том, что действительно если посмотреть на эту проблему системно, как сказал Федот Семёнович, то фактически везде можно увидеть ту программную формулу, которую озвучил несколько лет Дмитрий Анатольевич, что все как бы наши с вами решаемые проблемы связаны с четырьмя «и». Это надлежащие институты, это необходимые инвестиции, которые бы сопровождали реализацию институциональных норм, это те инновации, которые внедряются в том числе как в технологиях законодательных, так и в технологиях, непосредственно связанных с препаратами, так и инфраструктурные моменты. И действительно основная, наверное, дискуссия в настоящее время будет вестись вокруг ещё и трёх «к»: кто, когда и каким образом.

Вот на наш взгляд, всё-таки в настоящее время самой главной проблемой для российского сообщества является, это каким образом. То есть фактически в настоящее время самая огромная проблема – это институциональный вакуум в отношении руководств, того, как будет гарантироваться, как будет достигаться качество конкретных групп лекарственных препаратов. И в принципе те поправки, которые, я думаю, уже внимательно изучались всеми присутствующими в зале, которые вносятся в 61-й закон, это та канва, которая позволяет действительно остановиться на тех руководствах, которые бы гарантировали определённое качество в отношении отдельных групп лекарственных препаратов.

Дело в том, что это касается как фармакопейных требований, это касается как и тех документов, которые подаются на регистрацию, это касается и качества клинических испытаний. Потому что то сотрудничество, которое сейчас осуществляет Российская Федерация, в рамках ли Таможенного союза и построения единого экономического пространства, в рамках ли сотрудничества в ЕЭС, в «восьмёрке», в «двадцатке», позволяет как бы гармонизировать свои требования в рамках этого сотрудничества с тем, что в целом реализуется в мире.

И, наверное, конечно, для многих из присутствующих в зале будет тоже неоднозначная реакция на требование, которое будет введено, предложено к введению в ближайшее время Минэкономразвития, это через определённый промежуток времени предоставление документов на регистрацию, сертификатов, проведение подтверждающих, проведение даже доклинических испытаний лекарственных средств в соответствии с принципами надлежащей лабораторной практики.

Второй момент, о котором уже говорил Михаил Альбертович, это клинические исследования, и также необходимость их подтверждения, проведения, по принципам надлежащей уже клинической практики.

Здесь тоже есть такая возможность путем нашего сотрудничества с международными организациями в отсутствие инспектората, который действует в Российской Федерации, это обучение и присоединение к инспекторату,

который должен быть организован как в рамках Таможенного союза, так и в рамках интеграции с Европейским союзом.

Ну и другой институт инспекторов потребует определенных инвестиций. То есть чтобы реализовать возможности работы этого инспектората во всех направлениях. Это тоже такой момент непростой, потому что действительно нужно будет решать вопрос, где мы будем изыскивать ресурсы, каким образом.

А вот что касается проблематики кто, то, на мой взгляд, сейчас самое важное – это обеспечить очень правильную интеграцию тех структур, которые обозначены, и я, пожалуй, с Михаилом Альбертовичем соглашусь, что сейчас, наверное, не время вот перераспределения полномочий, вокруг этого копыя ломать, а так, чтобы построить работу выверенно, во взаимодействии между теми структурами, которые определены, и доработка тех правил, в рамках которых мы работаем, и в рамках координационного совета, и в рамках встречи с профессиональным сообществом, и в рамках работы в Государственной Думе, потому что любой вопрос, который касается лекарственных препаратов, он тем или иным образом касается качества.

Вчера помимо «круглого стола» по биологическим активным добавкам очень важный состоялся также «круглый стол» в отношении биологических лекарственных средств и биоаналогов. Это тоже вопросы качества. Это тоже вопросы качества лекарственных препаратов, доступности их для наших потребителей в Российской Федерации, поэтому все эти проблемы, они комплексные.

И я надеюсь, что, действительно, мы все-таки сосредоточимся на том, чтобы решить, каким образом этого качества достигать.

Председательствующий. Я хотел бы предоставить слово Нижегородцеву Тимофею Витальевичу, начальнику Управления контроля социальной сферы и торговли Федеральной антимонопольной службы.

Нижегородцев Т. В. Хочу еще раз напомнить, что такое качество лекарственных средств, потому что это имеет значение, когда мы сами diskutуем на тему, является ли Росздравнадзор продолжением Минздрава, или Минздрав является продолжением Росздравнадзора.

Качество соответствия ЛС требованиям фармакопейной статьи, либо в случае отсутствия нормативной документации или нормативного документа.

Это то, как устроено в мире, контроль за качеством лекарственных средств. Посмотрите, здесь есть и надлежащие лабораторные, и клинические, и производственная практика, и дистрибуционная практика, и в общем разные всякие практики, вот, у нас из этого набора действует пока очень хорошо, это клиникал практик, потому что мы являемся участниками многоцентровых международных клинических исследований, и в этом смысле наши клинические центры, которые проводят эти клинические исследования, подвергаются аудиту со стороны международных регуляторов, и у меня есть соответствующие данные, по которым, например, в рамках 89 проверок за 10 лет в стране обнаружила только 1,2 процента замечаний, сформировала, в отношении наших исследователей, и это в отсутствие, коллеги, практически требований, которые установил 61-й закон к этим самым исследователям.

То есть с этой точки зрения, поскольку мы являемся участниками международного процесса клинических исследований, у нас надлежащая клиническая практика действует хорошо, причем она действует даже лучше, чем в Соединенных Штатах Америки, потому что в Соединенных Штатах Америки было обнаружено 5,8 нарушений, значит, там, требований надле-

жащей клинической практики, и мы, несмотря на то, что она действует хорошо, собираемся, значит, ее каким-то образом реформировать, понимаете? У нас и в прошлый 61-й закон, и в этот сейчас, Елена Анатольевна, постоянно озабочена надлежащей клинической практикой, хотя все международные исследования показывают, что наши клинические исследования действуют в соответствии с требованиями самыми жесткими, действуют хорошо и это результаты независимых проверок.

Второй момент очень важный. Это качество производственной практики, GMP, так называемой. Дело в том, что я бы здесь не фетишизировал переход на GMP, я не согласен совершенно с Михаилом Альбертовичем, что когда мы с вами примем правила GMP, тут же немедленно необходимо перенести, сместить акцент с контроля качества при обращении лекарственных препаратов на контроль соблюдения требований GMP. Но у вас в презентации это было написано, вот это ошибка. Почему? Потому что качество лекарственных препаратов на рынке обеспечивает равномерный постоянный контроль соблюдения всех, без исключения этих практик без какого-то изъятия. Если вы что-то из этого изымаете, вы получаете дыру просто, пробоину в этом корабле и, значит, где-то у вас обращение так будет затруднено и доказательство о том, что качество лекарственных препаратов получают определенное сомнение.

Важно понимать следующее, что это либо всё работает, либо всё находится под подозрением, невозможно строить эту систему постепенно, её нужно вводить, соответственно, значит, по возможности одномоментно, для этого есть все возможности, для этого есть те самые требования, правила, которые там, сформированы, которые находятся в процессе обсуждения. Это просто необходимо сделать.

Вот здесь нам Михаил Альбертович изложил, собственно говоря, и наше тоже видение, того, каким образом у нас устроен контроль качества, когда у нас контроль качества осуществляется равными федеральными органами власти, понимаете. Нет такого у нас состояния у органа власти, как продолжение другого федерального органа власти. Это всё разные федеральные органы власти, Росздравнадзор, Минздрав, Минпромторг, а также субъекты Российской Федерации участвуют в контроле качества. При этом, коллеги, здесь приведена лишь малая часть стран, где абсолютно устроено всё по-другому. Вот прямо наоборот, понимаете. И понятно, что, вот коллеги там, из Казахстана, и с Украины тоже, наверное, могли, руководствуясь какими-то своими соображениями, разделить это всё между местными и Минпромторгами, там еще что-то, также мог сделать в США Евросоюз, тем более что у них совмещение и гармонизация деятельности между органами власти, она более или менее находится в удовлетворительном состоянии. Но мы почему-то с вами предполагаем, плыть совершенно против течения, даже наших ближайших соседей. Мы создаем с вами сложные игровые взаимодействия, называемые гармонизацией между органами власти. И при этом не учитываем вполне понятные общественные законы, которые действуют везде. В чем заключаются эти общественные законы? Конкуренция между органами власти, которая будет порождать сложности и обмен документов. Это же действует везде и это невозможно преодолеть, понимаете. Размывание ответственности. Когда что-то происходит, кто виноват? Начинаются поиски между всеми органами власти и все органы власти вместо того, чтобы нацелились на то, чтобы это исправить, будут заниматься тем, каким образом сформулировать свою невиновность вот в этих всех событиях там. И, нако-

нец, никто не отменял нашу вековую там, не знаю, многовековую поговорку под названием «у семи нянек дитя без глаза», понимаете, это же тоже не на пустом месте такая поговорка была людьми разработана. Но мы это ничего не берем в расчет и собираемся упрямо действовать совершенно по-другому. Я думаю, что нас в этом смысле ждет неудача. Вот мой такой прогноз.

Ну, это как раз то, о чем мы уже много раз говорили много лет. К чему это приведет? Как должно быть, коллеги? Должно быть вот так, понимаете, так, как это сделано везде. У нас с вами надлежащая производственная практика должна быть и инспектора соответствующие, в том числе и внешний инспекторат должен быть со стороны точно внутри органа власти одного. Регистрация, а при регистрации мы с вами определяем соответствие, собственно говоря, представленных образцов той нормативной документации, которая поступила, это должно быть в этом же органе власти. Потому что он потом при обращении на рынки, будет осуществлять фармаконадзор, и будет обнаруживать это не соответствие. И должен он это делать быстро, не получая в рамках межведомственного согласования доступ к досье, а, может быть, и не получая этого доступа к досье, мало ли, какие цели, понимаете, могут быть у рядовых чиновников, которые сидят на этих досье. Вот эти риски должны быть исключены совершенно. Только когда мы исключим эти риски и, безусловно, обеспечим там, соответствующую службу полномочиями и санкциями, мы сможем с вами всерьез рассчитывать на то, что через какое-то время контроль качества лекарственных препаратов у нас будет надлежащим. И в этом смысле, конечно же, это я понимаю как такие авансовые камни в процессе будущего обсуждения поправок в 61-й закон о том, что давайте не будем его сильно менять, давайте будем идти постепенно.

Коллеги, вот я считаю, что мы должны сделать один раз, то есть мы должны собраться и написать хороший 61-й закон, который бы в том числе учитывал вопросы GMP. Вернее, не вопросы GMP, а вопросы качества лекарственных препаратов. В тех поправках, которые есть сейчас, этому вообще не посвящено ничего. Нет ничего, понимаете, вообще. У нас Министерство здравоохранения, если прочитать эти поправки, собирается вопросы качества решать, гипертрофируя один участок работы, а именно регистрацию лекарственных препаратов. Нигде в мире не решается качество лекарственных препаратов через гипертрофирование функций регистрации лекарственных препаратов, понимаете? И это очень важные вопросы.

Спасибо за внимание. И мы надеемся на такое активное обсуждение и на откровенность в этом обсуждении безо всяких таких, знаете, удобных каких-то паллиативных, потому что это касается жизни и здоровья всех граждан.

*Председательствует член Комитета
Государственной Думы по охране здоровья
Ф. С. Тумусов*

Председательствующий. Слово предоставляется Александру Петровичу Петрову.

Петров А. П. Тот вопрос, который мы рассматриваем, я думаю, волнует не только узких специалистов, но и является одним из вопросов, которые будоражат всё наше население Российской Федерации. И люди задают не-

прерывно вопросы: чем нас лечат, почему мне выписывают это лекарство, а не это, почему мне дали российский препарат, а не иностранный.

И два аспекта есть: это вопрос профессиональный и вопросы, я называю их морально-этические. К этим вопросам я отношу то, что в обществе существует устойчивая установка, что всё, что российский – это плохое и этим лечиться нельзя. И эта тенденция, к сожалению, не уменьшается. И мониторинг настроения населения показывает, что общество предпочитает иностранные лекарственные препараты. Эта тенденция ошибочная, нам нужно над этим настойчиво и спокойно работать, а журналистам правильно освещать информацию и говорить о тех успехах, которые есть в российской фармацевтике. А они есть.

Если говорить о качестве лекарственных препаратов, действительно, мы должны обсуждать весь жизненный цикл. Я хочу остановиться только на одном вопросе. Я всё-таки считаю, что одним из важнейших элементов, которые нам предстоит решать в ближайшие годы, закон есть закон, это переход наших фармацевтических производителей на GMP-стандарт и соответствие их лабораторий GMP-стандарту. Если те российские производители, а в основном это частные производители, рассчитывают, что снова произойдёт в истории Российской Федерации то, что было раньше, снова перенесут сроки исполнения закона, я вас уверяю, Комитет по охране здоровья контролирует эту ситуацию и будет настойчиво требовать соблюдения именно в те сроки перехода на эти стандарты.

Определился ответственный за разработку стандартов – это Министерство промышленности и торговли, Минпромторг. Работает комиссия, которая ещё пока не дошла до публичных слушаний, но я знаю, что такие требования разработаются. Мы со стороны Комитета по охране здоровья договорились и я буду участвовать, назначен от Комитета по охране здоровья руководителем группы за внедрение GMP в Российской Федерации. Я буду в этом участвовать, я сам создавал такой завод когда-то, поэтому мне понятны все детали, как это нужно делать, почему это нужно делать и при каких условиях.

Мне задают вопросы – каким должен быть GMP в Российской Федерации. Я отвечаю очень просто. На самом деле это очень сложный, длинный и это процесс, в котором нельзя поставить точку, это стандарты, которые постоянно разрабатываются и совершенствуются, это непрерывный процесс.

Но если нам поставлена прямая и простая задача обеспечить экспорт лекарственных препаратов из Российской Федерации, это требование и установка Президента Российской Федерации, и она обозначена в указах, до 50 процентов.

У нас есть установка по жизненно важным лекарственным препаратам 90 процентов, это контрольные нормы, которые мы должны дойти, дойти до 90 процентов по жизненно важным.

Как это можно выполнить? Только при одном условии – обеспечить высочайшее качество и контроль на всех этапах от научной разработки до получения этих лекарств пациентом, многоступенчатая система.

И поэтому GMP в данном случае будет очевидно близким к европейским стандартам, потому что иначе, если мы не гармонизируем, мы никогда не сможем обеспечить в эти страны экспорт, это должно быть понятно и объективно.

Мы должны гармонизировать, нас ситуация заставляет. И если мы хотим, чтобы российские предприятия работали на мировых рынках, мы должны гармонизировать.

В какую сторону мы пойдем в FDA или в GMP, я прошу, приведу простой пример.

При простом производстве натрий-хлор-09, инфузионный раствор для внутривенного вливания, американский FDA требует четырех- или трехступенчатый пародистиллятор, GMP требует обратный осмос, абсолютно разные технологические цепочки и разные технологические процессы.

Те заводы, которые строятся в России, знаете, что делают, стоит и обратный осмос, и пародистиллятор. То есть даже избыточные условия.

Наши требования, которые были по нашим техническим условиям стандартом, они достаточно жесткие, но мы должны привести в соответствие с участием международных экспертов этот GMP.

За 2013 год мы обязаны с вами разработать эти требования.

Я считаю, что в решении нам нужно, про это ничего не сказано вот в поручении Правительства Российской Федерации, нужно в течение 2013 года, я считаю, вписать в наши парламентские слушания требование провести общественное слушание и предъявить публичке, общественности, тот проект GMP российского, который будет работать, потому что сегодня идет масса обращений, и в результате ничего, ноль пока на палочке.

Нам нужно, чтобы от закрытой системы работы Минпрома, Минпромторга, мы перешли к общественному обсуждению.

Желающих участвовать много.

Я считаю, что еще нужно привлечь сюда и опыт стран Восточной Европы, которые уже пережили это, Украина хорошо перешла, на наш взгляд, к этой стандартизации, это можно выполнить.

А в постановлении я предлагаю по единому федеральному надзорному органу, мне кажется, рано или поздно Россия придет к нему, но я считаю, что в первом пункте рассмотреть вопрос о создании, нужно добавить фразы все-таки о целесообразности и сроках. Вот все-таки это вопрос дискуссии, а мы как-то императивно говорим, да, создаем единый федеральный центр, мне кажется, от изменения административных и надзорных органов не очень много зависит, это вопрос третий или четвертый, есть гораздо более важные пункты.

Мы потратим огромные бюджетные деньги на реформирование системы контроля и надзора. Нам нужно подойти очень взвешенно, целенаправленно, и понять когда.

Оттого что мы с вами постоянно меняем требования или подзаконные, или законодательные, но уже сами производители, уже просто устали. Нам нужно создать хоть некую стабильность.

Поэтому я вопрос сроков, то, что необходимо, и придем, мне кажется, это без сомнения, мы придем к единому органу, потому что разрыв систем надзорных органов не приводит ни к чему хорошему.

Но и постоянно менять вопрос, каждые два года меняя систему, ну как в одном анекдоте.

Поэтому по первому вопросу у меня еще один вопрос по биологически активным добавкам к пище.

Мне кажется, это сложный дискуссионный вопрос, я за то, чтобы он был в надзорном органе в части фальсификации БАДов и добавления туда химически активных добавок. Вот в этой части должен быть контроль.

А то, что относится к пище, может быть и оставить за Роспотребнадзором, потому что это все-таки пищевая добавка, мы должны это понимать, и вообще, биологически активная добавка, это такой сленг наш национальный, если, посмотрите в других языках, они чуть-чуть по-другому называются, и биологически активные, это вот уже на нашем сленге звучит почти как лекарство, да еще плюс когда пакуют как лекарство, мы потом получаем красивую картинку. А потом ещё приходят к пенсионерам и продают за последние деньги им эти биологически активные лекарства под видом панацеи от всех бед. И поэтому вопрос здесь очень серьёзный.

В части экспертов и государственного инспектирования, безусловно, нам необходимо создавать такой орган. Но я ещё хотел бы, чтобы здесь было добавлено: о создании единого, открытого реестра экспертов и экспертных организаций. Это обязательно надо сделать, чтобы это была публичная информация: вот эксперт, вот его сертификаты, вот здесь отзывы об этом эксперте от людей. И они должны иметь право на этот отзыв общественный, публичный отзыв об этом эксперте, как бы это ни приятно иногда было. Депутаты же пишут всё, что хотят, и ничего, терпим. Поэтому, я думаю, и эксперты должны быть открыты, и экспертные организации должны быть открыты. И они должны утверждаться уполномоченным органом Российской Федерации. Это очень серьёзный вопрос государственной экспертизы и мониторинга, поэтому реестр, всё-таки в этом нуждаемся.

И в четвёртом вопросе, вопросе об изменениях в Кодекс об административных правонарушениях, в последней строчке «недоброкачественные лекарственные средства», я бы дописал фразу «и биологически активные добавки», потому что больше всего фальсификатов не в лекарственных препаратах. Там, где Росздравнадзор выстроил до 10 процентов, а к 2020 году будет до 20 процентов, я так понимаю, мы твёрдо договорились на коллегии Росздравнадзора, и это будет исполнено. 20 процентов лекарств будет мониториться и делаться выборочная или контрольная проверка с помощью разрушающих методов, новых методов – экспресс-лабораторий и создания передвижных лабораторий.

И ещё в заключение я хочу сказать, всем миром нам надо победить систему ООО под названием «Региональные центры сертификации», которые имеют в своём распоряжении печать и семь лет господствуют на рынке фармацевтических производителей. В эти ООО уходят, например, те, кто производит дешёвое лекарство, до 7 процентов себестоимости этих лекарств. Нам нужно это прекратить. В каждом федеральном округе существуют лаборатории контроля качества лекарственных препаратов со стороны Росздравнадзора. Я посмотрел на Урале такой центр. Это великолепный, современный центр с обученными людьми. Это достаточно для системы контроля выпускаемых серий российскими фармпроизводителями или теми, кто ввозит из-за рубежа. И нам нужно отойти от этих ООО с печатями. Этот финансовый поток нужно прекращать. Я думаю, что мы должны это тоже сделать. Вот такие дополнения. И если потом будут вопросы, я готов встретиться и там обсудить.

Из зала. Вы говорите о введении норм GMP. А скажите, а государство будет какое-то участие принимать? Ведь это большие деньги в переоборудование.

Петров А. П. Нормы GMP финансируются, собственно, собственниками. Если собственник фармпредприятия – государство, оно обязано прини-

мать в этом участие. Если собственник частный, то частный собственник должен перестроить своё предприятие за свой собственный счёт. Масса примеров, когда предприятие советского образца деньги оттуда, прибыль выкачивается. За 20 лет они нормально выкачали, надо часть прибыли вложить в реконструкцию.

Я знаю, сколько стоит переоборудование завода, одного цеха под GMP. Один квадратный метр чистых комнат стоит от 1500 долларов до 3,5 в зависимости от класса чистоты. Это дорогие, серьёзные деньги. Но GMP – это не только инвестиции в эти комнаты. Это изменение ментальности тех людей, которые работают на этом предприятии. Это гораздо важнее, гораздо значимее и гораздо сложнее, поверьте мне. Лет 5–10 уходит на изменение ментальности работающих. А деньги? Да, это важная инвестиция. Но самое главное – наше мышление, наш интеллект, который там работает. Это посложнее. Государство не обязано это делать. И я думаю, это вредно. Другое дело, что на уровне местных органов власти есть меры поддержки малого и среднего предпринимательства. И там законодательные органы, в том числе и Оренбургской области, вполне могут заложить в бюджет меры поддержки за счёт других источников. Целевых денег не должно быть, это моё мнение.

Председательствующий. Слово предоставляется Александру Сергеевичу Прокопьеву.

Прокопьев А. С. Нам сегодня действительно необходим диалог с профильными ведомствами на рынке, с профильными организациями, с участниками рынка для того, чтобы выработать консолидированную позицию, которая в итоге выльется в законодательную инициативу, и в изменение правовой базы.

Хотелось бы остановиться отдельно на такой, наверное, общемировой проблеме, как фальсификация лекарственных средств, и привести данные уже, в принципе, анонсируемые здесь, организации американской FDI, фальсифицированный ЛС занимает более 10 процентов мирового фармацевтического рынка. А в России доля фармацевтических ЛС, находящихся в обращении, составляет 10–20 процентов. Тем не менее, контрольные и надзорные органы выявляют не более одного процента из этих ЛС, находящихся в обращении.

Уважаемые коллеги, наверное, вы со мной согласитесь, что мы здесь имеем, с одной стороны, дело с неисполнением действующего законодательства, с другой, конечно же, со слабой законодательной базой как таковой, которая не способна в полной мере бороться с фальсификацией лекарственных средств.

Действующее уголовное законодательство не предусматривает обособленные в отдельных статьях ответственности за обращение фальсифицированных ЛС, что не позволяет вести целенаправленную работу с данными видами общественно-опасных деяний, осуществлять их эффективный учёт и планировать целевые и профилактические мероприятия.

Также ситуация усугубляется федеральным законом № 294, в котором установлены жёсткие ограничения о возможности проведения проверок, а именно только по согласованию с прокуратурой при информировании проверяемых о сроках.

Конечно же, коллеги, мы понимаем прекрасно, что за это время недобросовестные производители, либо участники рынка, успевают избавиться от фальсифицированных товаров.

Коллеги, я хотел бы внести предложение по завершению наших парламентских слушаний, по этой теме в течение 10 дней Комитет по охране здоровья будет ждать ваших предложений. Нам в этом плане действительно необходимые конкретные действия.

Также хочу сообщить, что мною совместно с председателем Комитета по безопасности и противодействию коррупции с Ириной Анатольевной Яровой готовится к внесению в Государственную Думу законопроект, который предусматривает ужесточение уголовной, административной ответственности за производство, реализацию и транспортировку, и хранение с целью сбыта фальсифицированных ЛС.

Знаю, что такие подобные инициативы уже вносились, тема эта обсуждалась. Предлагаемый нами законопроект учитывает все недостатки, ранее вносимых законопроектов. Я уверен, что мы доведём начатую работу до конца, ну и, в том числе, наедемся на ваше сотрудничество.

Председательствующий. Слово предоставляется Сергею Ивановичу Колесникову, академику РАМН, советнику Президента РАМН.

Колесников С. И. Проблема некачественных лекарств, особенно остро сейчас прозвучала в период подготовки нескольких документов, которые правительство предлагает до 1 мая обсудить. Первый документ, это так называемые преференции для отечественных производителей, когда при закупках, при тендерах должны быть обязательно представлены российские производители. Это не значит, что исключаются иностранные, как некоторые фальсифицируют это постановление.

Второе, это определение критериев производства России. Что такое российские производители? То есть это производители, которые производят субстанции и за исключением упаковки. Если только упаковка, то это не российский производитель, а вот изготовление готовых лекарственных форм, это считается уже российский производитель.

Для чего это сделано? Сделано для того, чтобы привлечь инвесторов зарубежных, чтобы они вкладывали деньги и понимали, что если они на российской территории производят лекарства, то оно имеет будет гарантированный сбыт. Это понятно и против этого спорить, в общем-то, смысла большого нет.

Но второй вопрос – это качество. И за рубежом эта проблема тоже существует, потому что прибыльность контрафактного производства и распространения лекарств составляет примерно трёхкратный, в три раза больше, чем прибыльность, допустим, распространения сигарет, распространения других товаров в 3-5 раз выше, то есть вот это контрафактное производство. И поэтому создан международный даже институт во Франции по борьбе с контрафактом против подделки лекарственных средств.

И я думаю, что одно из таких направлений, которое мы должны, всё-таки парламент, он представляет население, а не только государственные органы власти, мы должны всё-таки понимать, что нужно создавать такой же независимый национальный информационно-аналитический центр по борьбе с подделками. Это очень важно, потому что это позволило бы скоординировать усилия в том числе негосударственных организаций, гражданского общества в этой борьбе. И с государственной властью можно было бы взаимодействовать. Потому что иначе у нас дело, на мой взгляд, не подвинется. И тут как раз можно было бы и мониторинг проводить. И образовательные

программы через такого рода центры проводить. И в этом даже заинтересованы, между прочим, сами производители фармацевтически добросовестные производители, которые бы тоже могли бы помочь в работе такого рода компаний.

И соответственно те семь центров, они ничего не решают, вы должны понимать. Семь центров на территории России, даже с мобильными отрядами летучими, это, извините, можно проконтролировать, ну так, как сейчас контролируется два процента там серий, которые выпускаются, лекарственных препаратов. А если к этому подключить гражданское общество и независимые организации экспертные, в этом случае, конечно, мы получим серьёзный значительно выход.

Ещё одна проблема – это использование, какие вообще лекарства можно использовать, какие медицинские изделия в том числе можно использовать, и какие изделия должны включаться в клинические протоколы. В законе 323 записано, что основную роль в этом должны играть профессиональные организации. Написано, что должны они разрабатывать эти стандарты, протоколы лечения, но не написано, кто их должен вообще-то утверждать, кто должен их верифицировать, кто должен их оценивать. То есть повисает вопрос. Каждая профессиональная организация разрабатывает, но не отвечает ни за что. Потому что они, никак не прописано в законе, ни в административном, ни в уголовном, ни в каком, отвечает или не отвечает эта профессиональная организация за разработку.

Поэтому один из актуальных ещё моментов – это создание национального центра. Скорее всего в рамках Российской академии медицинских наук, которая является экспертным органом, вот создание национального центра оценки медицинских технологий. Такой центр, кстати, в Украине уже создан. Такой центр обязательно нужен. И тогда Минздрав может смело говорить, мы получили экспертную оценку, а не только чиновник или главный специалист Минздрава определил, каков должен быть стандарт или регламент лечения. Это бы подвинуло нас в сторону включения в эти стандарты как раз качественных фармакоэкономически обусловленных, и безопасных, и с надёжными биоэквивалентности препаратов. Вот это такие предложения, которые мне бы хотелось вам изложить сегодня.

Председательствующий. Слово предоставляется Виктору Александровичу Дмитриеву – генеральному директору ассоциации фармацевтических производителей.

Дмитриев В. А. Не хочу быть высокопарным, но вопрос, который сегодня обсуждается, вопрос качества лекарств, это по большому счёту вопрос здоровья и безопасности населения. И неслучайно, что этому уделяется столь пристальное внимание. Наверное, надо признать честно, что одной из главных ошибок 61-го закона – это был системный слом единой системы надзора и контроля. И то, что этот процесс продолжается сегодня, я согласен с Тимофеем Витальевичем, что к хорошему это не приведёт. Те проблемы, которые мы сегодня имеем, они только усугубляются, и вопрос надо решать. И здесь я поддержу Михаила Альбертовича в том смысле, что, наверное, резких движений делать не стоит, но не потому, что я против того, чтобы это было сделано быстро. Я за то, чтобы к этому правильно и всесторонне подготовиться и с точки зрения нормативного обеспечения, и с точки зрения материально-финансового.

Сегодня сотрудники Росздравнадзора получают в полтора раза меньше, чем их коллеги в местных департаментах здравоохранения и министерствах. Отсюда и текучесть кадров, отсюда энтузиазм, с которым они выходят на работу. И пока мы это не решим, говорить о едином органе, наверное, преждевременно.

С другой стороны, эти вопросы надо решать и затягивать с ними тоже не стоит. Сергей Иванович сказал по поводу Украины. Здесь как раз вернусь к вопросу о GMP. Потому что на самом деле фактически каждую неделю, я сегодня нахожусь в Киеве именно из-за того, что Украина жёстко приняла решение о GMP, и сегодня мы этот рынок фактически потеряли. У нас там осталось только пять российских компаний. Все остальные должны подтвердить качество своего производства. До тех пор, пока мы не имеем собственного документа, пока не имеем собственного инспектората, мы так и будем терять рынки. Традиционные, причём. На очереди у нас Казахстан, на очереди Узбекистан. Поэтому все вопросы, связанные с GMP мы должны решать срочно в рамках тех норм, которые прописаны в 61 Законе, я имею в виду GMP с 1 января 2014 года.

Что касается новелл в тех проектах поправок, которые сегодня вывешены на сайте Минздрава, которые мы обсуждаем, плотно работаем с коллегами. Два момента.

Первый момент, опять же касаемый вот этой разрозненности внутри контроля надзорных функций, закреплённых за разными органами. С Еленой Анатольевной в понедельник обсуждали тему возможности контроля зарубежных площадок. Та, тема, которую мы с удовольствием поддерживаем, считаем абсолютно правильной. Но получается, что эти проверки могут быть в рамках регистрации заходящего лекарственного средства. Формально функции по проверкам за Минздравом не закреплены. У нас функции лицензирования за Минпромторгом. Такие возможности есть у Росздравнадзора. Вот опять – кто будет проверять, на каком основании, по каким просьбам и так далее? Давайте внимательно подойдём опять же к системе, как мы будем реализовывать то, что мы принимаем.

Ещё одна новелла, которая для нас была несколько неожиданной, это появление нового термина «Федеральный государственный надзор». Это инициатива Росздравнадзора. Я разговаривал с разными коллегами из разных ведомств и пока какого-то единого понимания, что это такое, у нас не сложилось. Единственное, есть понимание, то, что появится некий реестр, куда будут включаться препараты. И, не попав в этот реестр, ты, соответственно, на рынке обращаться не можешь. Не знаю, стоит ли ради этого реестра создавать некую новую функцию. Мне кажется, этот вопрос надо обсуждать. Это первый момент. А второй момент чисто терминологический. Если появится федеральный государственный надзор, то у меня вопрос возникает, что появится ли региональный, муниципальный и так далее? Давайте мы поработаем над этой главой все дружно и вместе. И, я думаю, получим более эффективный и нужный документ в ходе этой работы.

А здесь я готов полностью поддержать инициативы по созданию единого органа. Но, ещё раз повторюсь, что к нему надо подойти взвешенно и чётко понять и нормативную базу этого органа, как он будет работать, и, соответственно, как он будет обеспечиваться с точки зрения бюджетирования.

Председательствующий. Слово предоставляется Юрию Тихоновичу Калинину.

Калинин Ю. Т. Прежде всего я хочу, пользуясь тем, что у нас пресса здесь, поддержать выступление Виктора Александровича Дмитриева о том, что у нас в стране существует действующая система контроля качества препаратов. И сегодня Росздравнадзор, он, во-первых, оснащён самым современным оборудованием, которое необходимо для того, чтобы проверять на соответствие всем необходимым требованиям, и второе – там работают очень высококвалифицированные специалисты. И хотелось бы тоже просить, чтобы мы поддержали здесь о том, чтобы укрепить существующий Росздравнадзор, в том числе поддержать, чтобы там не было текучести кадров.

Но в то же время хотелось бы отметить, что никакой контроль качества, он не сможет проконтролировать каждую таблетку, каждую упаковку, и что мы при любом контроле будем иметь обязательно вот те цифры, которые здесь приводились. И решить проблему можно только за счёт контроля, создания системы менеджмента качества на всех стадиях: от разработки, регистрации, производства, дистрибуции и так далее, те самые GLP, GSP, GMP, GTP и так далее. И вот здесь как раз сейчас перед нами всеми стоит серьёзная задача.

Ну начали мы с GMP и буквально мы ждём, что со дня на день всё-таки правила будут. В подготовке этих правил работали специалисты и Министерства здравоохранения, Министерства промышленности, общественные профессиональные организации, и в том числе и советовались с представителями ведущих зарубежных компаний. Поэтому на наш взгляд они сегодня отвечают на данном этапе предъявляемым к ним, к этим документам, требованиям.

Но дальше осталось время до 2014 года, до 1 января 2014 года, очень немного. И поэтому у нас в принципе ничего нет, у нас ни инспекторов нет, мы должны создать инспекторат. И это мы должны заострить и в решении сегодня, и подумать, как это построить эту работу. У нас на одном заседании рабочей группы, которая подводила итог уже к созданию правил, Тимофей Витальевич Нижегородцев (начальнику Управления контроля социальной сферы и торговли Федеральной антимонопольной службы) сказал, что обратился к Минпрому: выдавайте сейчас, начинайте с тех, кто, с предприятий, которые старые предприятия у вас. А это все, которые создаются здесь, и зарубежные, это потом. С этим нельзя согласиться. Должны быть все предприятия, которые находятся на территории нашей страны, должны одинаково и получать все требования, получать, проходить контроль соответствия независимо от того, кому он принадлежит. И заканчивается лицензия. У нас сейчас, если многие уже предприятия, лечение если заканчивается в следующем году, вот с них и начать, и дальше уже идти по тому, как у нас хватит возможности.

Но при всём этом у нас и тема сегодняшнего законодательного обеспечения качества. Вот здесь я хотел бы тоже просить отнестись сегодня к работе, которую мы все с вами вместе проводим, это подготовка к закону «О лекарственных средствах». Потому что вот я хорошо помню и принимаю активное участие, тогда было две ассоциации Росфарм и Росмедпром, и мы в 90-х годах здесь, в Думе проводили три месяца последние перед принятием закона «О лекарственных средствах», проводили здесь, на работу сюда ходили. И были созданы рабочие группы, где представители Минздрава, общественности, законодатели сидели, и каждую статью мы прорабатывали, находили консенсус.

И вот пример второй. Закон «Об обращении лекарственных средств». Мы были полностью отстранены. И когда мы попытались внести поправки те, которые потом все признали, что их нужно было сразу вносить, то они

не были приняты. И у нас, помните, даже руководитель Росмеднадзора был отстранён от работы, хотя он не выступал по этому вопросу, а только присутствовал на одном из здесь заседаний, в Думе.

Поэтому мне кажется, что вот сейчас, ну в последнее время эта наладилась работа. И есть Координационный совет теперь при Министерстве здравоохранения, куда тоже все входят заинтересованные лица, там работают. Но мне, ещё раз хочу попросить вот руководство комитета в том, чтобы когда сюда придут эти документы уже, поправки, чтобы мы снова поработали вместе над тем, чтобы учесть все возможные замечания. Сегодня, ну закон, который был принят, он большой ущерб нанёс и отечественным и зарубежным производителям. Ну и прежде всего в связи с обеспечением лекарственных средствами.

Что касается вот создания FDI, мне кажется, что давайте разберёмся сначала с лекарственными средствами. Потому что у нас всегда, когда создаётся такая организация солидная, то на её именно то, чтобы она заработала и получила соответствующие права нужно очень много времени. И мы опять потеряем, не решим те вопросы, которые требуют сегодняшнего решения.

Председательствующий. Слово предоставляется Александру Владимировичу Корякину.

Корякин А. В. Презентацию включите. Я представляю Гематологический научный центр. Я руковожу испытательной лабораторией, которая вот как раз занимается подтверждением соответствия, вот тут в одном из докладов и показывали тут такую организацию.

Значит, я хочу привлечь ваше внимание вот к государственной фармакопеи. Почему? Потому что в общем-то этот документ является центральным документом в поддержании качества нашей продукции. В нашем федеральном законе 61-м есть специальная глава, в которой подробно описано, как должно проходить вот утверждение этой фармакопеи. Но, к сожалению, в общем-то это уже неоднократно было записано, и в предыдущих законах, это не выполняется.

И поэтому, первое предложение, я всё-таки думаю, что кроме критики федерального закона надо принятый закон, всё-таки это государство приняло закон, его надо исполнять. Какая же у нас ситуация? Ну у нас ситуация такая, что вот в 2007 году издали первый том фармакопеи. И в общем сейчас мы даже не знаем, какие действия в этом плане происходят.

К чему это приводит? Я покажу три примера, которые показывают, к чему это может привести. И, по-видимому, даже вот те проблемы, которые сейчас, как сегодня председатель говорил, со свежестью дженериков, они связаны с отсутствием в России государственной фармакопеи. Вот первый пример.

Я был на одном из совещаний, которые были посвящены свободному перемещению лекарственных средств по территории Единого экономического пространства. Этот вопрос перенесён на следующие три года. Дело в том, что сейчас создать, гармонизировать требования по трём нашим республикам, по трём странам, которые вошли в состав общего экономического пространства, в общем, невозможно. Потому что, во-первых, у нас просто нет фармакопеи, и, в общем-то, непонятно, в какую сторону пойдёт. Потому что я знаю, что при регистрации лекарственных средств упоминание о европейской фармакопеи, оно в принципе как бы запрещено. С другой стороны, Республика Беларусь и Казахстан, они выбрали направление на европейские требования. Поэтому у нас уже начинается некий диссонанс.

Вопрос не в том, сколько томов кто чего утвердил. Вопрос в том, достаточно ли количество тех законодательных актов, а это в принципе вот эти вот так называемые фармстатьи, в которых описаны методы, в которых написаны все необходимые характеристики, которые нужно выдерживать, чтобы иметь качественные лекарства. И я сейчас покажу один из примеров, что даже если внедрить GMP, а если и не будет единых требований, мы не сможем получить качественный продукт. Дело в том, что мы не используем все возможности фармакопеи. Это вот пример из европейской фармакопеи. Вот первые две части у нас как бы записаны в законе. Это внесение изменений, обсуждение разделов фармакопеи, дальше публикации, а вот дальше то, чего у нас нет. И это, кстати, если мы внедрим и эту стадию работ фармакопеи, то, может быть, нам не нужны будут полки вот этих вот передвижных лабораторий с полным контролем качества. Потому что дальше должна вступать некая система обязательного введения новых требований.

Вот европейская фармакопея выпускает восемь сборников за три года, в которые вносят изменения. Даты их выпуска, они чётко затерминированы по месяцам, они все опубликованы, и через шесть месяцев после выпуска новых требований они должны быть внедрены. Уже регуляторный орган следит за тем, чтобы это предприятие их внедрило. Поэтому не получается, что в государстве или, скажем, в европейском пространстве все препараты разные. Они все одинаковые, потому что одинаковые требования, и ещё есть GMP и одинаковые условия производства.

Теперь я хочу сказать другую вещь, как у нас это всё работает. Вот смотрите самый правый столбик. Дело в том, что у нас требования для каждого конкретного препарата, они различаются. Вообще-то, перерегистрация идёт через пять лет, но тогда фиксируется состояние дел в то время. У нас есть, например, кедрониовский препарат, который вот сейчас только они продают, и девять лет не изменялся. Значит, этот препарат по своему качеству соответствует сегодняшнему дню или он соответствует тому, что было девять лет назад? Наверное, всё-таки есть вопросы. Поэтому даже те препараты, которые выпущены в развитых странах, в связи с тем, что здесь производится, регенерируется НД, они все разные, и они могут иметь разные требования.

Поэтому, когда мы контролируем препараты и Росздравнадзор, ведь мы же в принципе говорим о качестве, судим о качестве по соответствию результатов исследования нормативному документу. И вот я сейчас вам покажу, что происходит, если контролировать некоторые наши препараты по сегодняшним европейским качествам. Вот это вот содержание алюминия, такой показатель. Правая часть – это западные препараты, там есть такая красненькая полоска, это норма, предельное содержание, которое может быть, алюминия. Это наши препараты. У нас нет просто этого показателя, он не введён. Вот являются ли эти препараты дженериками? Это обычный альбумин, причём здесь было использовано десяток наших производителей. Являются ли они дженериками?

Их нельзя применять, например, для людей с почечной недостаточностью, их нельзя применять для маленьких детей. Другое дело, что если бы у нас работала фармакопия, всё это устранить достаточно сложно. Для этого даже не нужен GMP. Просто дело в том, что нужно ввести какие-то контрольные точки производства. Тем более, что вот эти огромные количества алюминия попадают туда не в процессе производства, даже если у вас GMP

будет, а в процессе хранения, потому что это выходит из пробки, из стекла нашего, которое не соответствует международным требованиям, и так далее, и тому подобное. Но это всё должно было быть в фармакопии.

Поэтому я тоже считаю, что необходим какой-то орган, который должен, в общем-то, провести инвентаризацию качества наших препаратов. Я не знаю, кто конкретно. Это уже должны решить законодатели.

Председательствующий. Слово предоставляется Надежде Константиновне Дараган.

Дараган Н. К. Уважаемые коллеги!

Здесь много говорилось, что одним из аспектов регулирования качества лекарственных средств является организация производства и контроля качества на предприятиях-производителях этой продукции. Все мы знаем, что до 31 декабря должен осуществиться переход, и с 1 января 2014 года в соответствии с 61-м законом лицензии будут действовать только при условии, если лицензиат соответствует правилам производства и контроля качества. Все вы знаете, что GMP был единственными правилами надлежащей производственной практики, в соответствии с 61-м законом удостоился чести, что ли, такой, быть, как было в первоначальной редакции закона, что утверждался только постановлением правительства. И сколько мы на этом времени потеряли, потому что ну невозможно эти правила было запихнуть в формат постановления правительства. Наконец, все всё поняли, появилась сейчас формулировка в законе, поручающая утвердить правила организации уполномоченному федеральному органу исполнительной власти. И Минпромторг был назван правительством этим уполномоченным органом.

Надо отдать должное Минпромторгу, это ведомство достаточно плотно занималось разработкой этих правил. Была создана рабочая группа, и мне хотелось бы сказать депутату А. П. Петрову, что с декабря 2012 года на сайте Минпромторга висит документ, размещён, правила GMP проект, и все заинтересованные организации, лица направляют замечания. Была создана рабочая группа, которая активно работала. Взятые были за основу стандарты, конечно, международные. Рабочая группа создала документ, максимально приближённый к правилам надлежащей практики GMP ЕС. Ведь Россия вступила в ВТО, и должен быть документ максимально гармонизирован с международными требованиями. Работа проводилась открыто, в ней участвовали все, сообщество активно участвовало. Но оказалось, что разработать правила – это самое простое, что было.

Большая рабочая группа приняла, сказала, что да, всё прекрасно, можно рассылать по министерствам и ведомствам. Но не тут-то было. Самое сложное оказалось согласовать их с юристами. Почему-то в Европейском сообществе не вызвали сомнения требования, описанные в правилах. На Украине они тоже приняты, и работают по ним уже давно. Наши же юристы в каждой строчке видят коррупционную составляющую и считают возможным редактировать документ, который был разработан специалистами в области фармацевтической промышленности. Оказывается, самые главные специалисты по фармацевтике – это юристы. Например, в правилах указывается, что количество персонала должно быть достаточным для выполнения производственных операций.

Юристы предлагают приложить методiku для определения этого количества персонала, объяснить, что объем серий может быть разным, что разные

препараты, что контроль качества контролируется, что контролируются все этапы производства, это невозможно.

Например, еще такой пример хотела бы, все вы знаете, специалисты, что такое перепутывание, всем понятно, что такое перепутывание. Предлагается заменить на слово «ошибка». Да, это ошибка, но когда говорится о перепутывании, это совсем другое, это всем понятно, что это такое. Сейчас разрабатывается очередной раз вариант коротких правил, собственно, он и разработан, практически сейчас идет его доработка, за основу взята европейская директива ЕС 94-я «Об установлении принципов и правил в надлежащей производственной практике в отношении лекарственных средств для человека», и не факт, что их тоже удастся принять. Всё равно необходимо, в любом случае необходимы детализированные подробные правила, согласующиеся с документом ЕС. Время идет, до конца года осталось совсем мало времени. Российские предприятия, конечно, не теряют времени, они проводят модернизацию.

Здесь мне тоже хочется сказать, что, ведь правила, которые сейчас разработаны и правила европейского, они ничего нового, такого супермодернизированного не привносят, предприятия давно их знают. ГОСТ, который существовал, он тоже гармонизирован был с европейскими правилами. Конечно, время идет и что-то новое привносится. И наши предприятия уже очень многие давно создали систему, которая работает у них. И хотела бы подчеркнуть, что GMP – это не только чистые помещения. Вот говорят, сколько стоит там, квадратный метр чистых помещений? Нет, у нас чистые помещения – это для стерильных производств. А масса есть производств, где помещения не категорированные и затраты, это идеология, это система документооборота, это система, и она на очень многих российских предприятиях уже внедрена. Поэтому я хочу сказать, что никакого обвала не будет, но, конечно, необходимо всё-таки принятие документа.

И мне хотелось бы, чтобы Государственная Дума помогла диалогу с заинтересованными ведомствами, в том числе и Минюстом в вопросе согласования и утверждения правил производства и контроля качества разработанных Минпромторгом.

Председательствующий. Слово предоставляется Татьяне Ивановне Колчановой.

Колчанова Т. И. Добрый день, я очень благодарна комитету и подкомитету Государственной Думы, что пригласили нас на парламентские слушания. Я представляю интересы производителей и импортеров лекарственных средств для ветеринарного применения. К сожалению, во всех сегодняшних выступлениях речь шла только о качестве, о поправках в закон 61-й федеральный «Об обращении лекарственных средств» с точки зрения производителей, контролеров лекарственных средств для медицинского применения.

Хочу обратить внимание, что закон «Об обращении лекарственных средств» регулирует оборот лекарственных средств, как для медицинского, так и для ветеринарного применения. Насколько я понимаю, я внимательно следила за обсуждением законопроекта, поправки в закон «Об обращении лекарственных средств» на сайте Минздрава. И поправки сами, и те предложения, которые вносились различными организациями, в том числе и Росздравнадзором, и объединениями предпринимателей, опять же касались, обсуждались только предпринимательским сообществом,

занимающимся обращением лекарственных средств для медицинского применения. Я не вижу сзади представителей Минсельхоза. То есть создается впечатление, что этот закон создают одни люди, а регулирует он различные отрасли. Согласитесь, что есть своя специфика в обращении лекарственных средств медицинского применения, которое идет для людей и для животных.

Поэтому у меня убедительная просьба, огромная просьба и к Минздраву, и к комитету и подкомитету Государственной Думы: учитывать всё-таки этот фактор. Потому что по-хорошему этот проект должен был быть размещён для общественного обсуждения и на официальном сайте Минсельхоза, чтобы наши организации приняли в нём участие. И надеемся, что при прохождении законопроекта, оценке регулирующего воздействия в Минэкономразвития мы всё-таки сможем высказать своё мнение.

И второе. Очень коротко. Здесь много говорилось о том, что должна быть качественная продукция. Мы поддерживаем полностью, естественно, это. Возражений это не может вызывать. Но вступление правил с 1 января 2014 года вызывает большие сомнения. Правила до сих пор ещё находятся в стадии разработки. Затем они будут проходить публичное обсуждение. Потом оценку регулирующего воздействия в Минэкономразвития. Затем они должны быть утверждены. То есть мы увидим правила в конечном виде уже в качестве нормативно-правового акта и наши предприниматели, скорее всего, в декабре (в лучшем случае) 2013 года. Должен быть какой-то период, для того чтобы могли переориентироваться производство, привести свои площади (свой персонал обучить и так далее) в соответствие с этими правилами.

Председательствующий. Слово предоставляется Владимиру Григорьевичу Щипкову.

Щипков В. Г. Я выступаю от имени Ассоциации международных фармацевтических производителей, которые не на словах, а на деле делают очень многое, для того чтобы нам с вами, российской части, российским пациентам, доступны были качественные, эффективные и безопасные лекарственные средства. И это не важно, где, на каких площадках это производится, за пределами Российской Федерации или на территории Российской Федерации.

Для справки хочу сказать, что в последние три – три с половиной года только членами нашей ассоциации, а это всего-навсего 55 компаний, на долю которых приходится примерно 80 процентов мирового производства лекарственных средств, мы инвестировали (наши компании) уже свыше 1,5 миллиарда долларов в локализацию производства на территории Российской Федерации.

Кроме того, мы не только строим заводы, но и развиваем партнёрство и научные разработки по производству лекарственных средств. Мы готовим кадры, прежде всего, для собственных подразделений. Это немаловажный вопрос.

Поэтому хочу сказать, что не на словах, а на деле международные производители решают вопросы обеспечения качества. И хочу надеяться, что в ближайшие годы суммы инвестиций, направленные в локальные производства, будут увеличиваться.

И тем не менее хочу обратить внимание на рекомендации парламентских слушаний, которые у каждого находятся на руках. Там очень, мне кажется, правильная констатация, смысл которой заключается в том, что существующие

щая система обеспечения качества или контроля качества не в полной мере гарантирует доступность высокоэффективных, безопасных и качественных лекарственных средств.

Почему? Модель, которая у нас эксплуатировалась в последнее время – с фокусом на контроль качества, изжила себя в мире. Безусловно, она присутствует, но акцент и приоритет должны отдаваться обеспечению качества лекарственных средств на всех этапах, начиная от разработки и кончая уничтожением.

Председательствующий. Слово предоставляется Роману Владимировичу Иванову генеральному директору «R&D Pharma».

Иванов Р. В. Я бы хотел несколько слов сказать о контроле качества проведения клинических исследований. Много об этом говорят, но какие-то элементарные вещи, например, мы говорим о GSP, вроде бы как оно у нас есть и работает. Но, например, в Европе любая фармацевтическая компания, любой организатор клинических исследований имеет возможность провести консультации с экспертным органом по, допустим, дизайну или по протоколу клинического исследования. Для нашей страны, особенно в свете федерального закона нового 61-го и возросшего количества клинических исследований, этот вопрос стал очень актуален, о нём говорят уже второй год, многие фармкомпании об этом говорят, в Минздрав отправляли соответствующие запросы, но ничего не делается. А в первую очередь относится это к каким группам препаратов? Те как раз препараты, наверное, которые наибольший прирост рынка дают. Это комбинации известных МНН. Что это оригинальный препарат? Что это дженерик? То есть какой объём исследований должен быть с точки зрения проведения клинических исследований? Отсюда фармкомпании получают отказы и находятся в определённой зоне неизвестности. Это первый момент.

Второй момент. То же самое можно сказать в отношении особых групп препаратов. Например, онкологические препараты. Например, особые лекарственные формы. К примеру, внутриматочные спирали. Терапевтические трансдермальные системы. Либо известные старые МНН, но по новым показаниям. Вот вам последний пример могу сказать – апоморфин, который все знают, ему сто лет в обед будет, в мире начали сейчас его применять очень активно для лечения паркинсонизма, определённого синдрома. Какой должен быть протокол, какой должен быть дизайн исследования, производитель этого лекарственного препарата, к сожалению, в России понять не может. На этом хотелось бы акцентировать внимание Минздрава нашего.

Далее два слова скажу о работе клинических центров. Позволю себе не согласиться с господином Нижегородцевым, который сказал, что по проверкам FDI у нас вроде как хорошо.

За 2012 год у нас было всего лишь шесть проверок FDI, да, они были с положительным результатом, но какая у нас страна огромная и эти проверки проводились в крупных клинических центрах, то есть Центральный федеральный округ, понятно, что они будут положительными, понятно, что эти клинические центры имеют большой многолетний опыт, соответствующий персонал и так далее, и так далее.

Что мы имеем? А, и как раз по поводу этих шести проверок. То есть я считаю, что нельзя на всю Россию экстраполировать этот результат и говорить, что у нас всё хорошо с GSP.

Что мы имеем сейчас? Давайте посмотрим на статистику. У нас за 2012 год прирост ММКИ составил 2 процента, то есть практически прироста нет, то есть в «Global» в формате GSP мы не развиваемся. Это первое.

Второе. Первая фаза, то есть то, что касается разработки новых лекарственных препаратов. Количество уменьшилось практически в два раза.

Следующая фаза. Пострегистрационные исследования в связи с большими инвестиционными затратами компаний на проведение регистрационных исследований, на 10 процентов в год после принятия нового ФЗ-61, количество пострегистрационных клинических исследований уменьшается. То есть это было и в 2011 году, и в 2012 году.

Растёт, то есть наш рынок исследований растёт, да, но в основном за счёт локальных исследований, количество которых выросло в два раза в 2012 году, по сравнению с 2011 годом и за счёт клинических исследований биоэквивалентности, они растут как грибы после дождя, в четыре раза за 2012 год количество этих исследований выросло.

Что мы имеем? Понятно, что клиники Центрального федерального округа, крупных городов, пусть даже региональных, безусловно, они в теме клинических исследований давно и работают профессионально, хорошо, но этих клиник единицы, вы сами прекрасно понимаете.

Что мы видим в регионах? В регионах мы видим печальнейшую картину. Вот я вам могу сказать, по нашему опыту у нас порядка 30–40 проектов в год клинических проходит, в регионах, так называемые, главные исследователи – врачи они не знают ни законодательство, ни юридические особенности, ни саму, скажем, организационную составляющую проведения исследований.

Поэтому возникает вопрос. О каком качестве клинических исследований в данный момент времени мы можем говорить? Поэтому это такие наиболее наболевшие что ли моменты, на которые хотелось обратить внимание. Не буду говорить о том, что аккредитация клинических центров в данный момент времени Минздравом проводится по формальному признаку. То есть подаёт клиника, клинический центр определенный пакет документов, получает аккредитацию. Причём это и ООО различные, и частные клинические центры, никто не задаётся вопросом: а есть ли там специалисты, которые вообще знают, что такое клинические исследования? Вот я вам скажу, что у нас куча аккредитованных центров, но по такой нашей экспертной оценки, только треть из них может реально работать и делать, обеспечивать проведение клинических исследований качественно.

Председательствующий. Слово предоставляется Павлу Андреевичу Воробьеву – заместителю руководителя Форумного комитета РАМН.

Воробьев П. А. Я постараюсь очень коротко и тезисно изложить свои вопросы. Проблема качества лекарств должна решаться системно и комплексно. Лишь соответствие фармакопеи на самом деле качеством не является. Качество – это удовлетворение потребительских свойств товара. Такими свойствами у лекарств является лечение или профилактика заболеваний. Соответственно, фармакопея тут является лишь составной частью. Для того чтобы оценивать качество на всём жизненном пути, необходимы соответствующие процедуры, которые сегодня в России просто отсутствуют. Для того чтобы это делать, абсолютно необходим единый орган, который должен быть. К его компетенции должны быть отнесены и вопросы, связанные с ре-

гистрацией и лекарств, и добавок в пищу, и изделий медицинского назначения. Нельзя это всё разделять по разным ведомствам. Это анархия.

Орган должен не только регистрировать, но и вести надзор за применением, оценивать развитие осложнений, оценивать эффективность тех или иных технологий лекарств и так далее. Вести регистры больных и вопросы регистрации орфанных лекарств, он во всём мире решён давно, только мы такие умные, да, во всём мире они регистрируются через регистры, это просто другой вид исследования. Но у нас свой велосипед с пятью колёсами и все квадратные.

Этот же орган должен заниматься клиническими исследованиями, клиническими сравнениями дженериков и терапевтических аналогов, это не обязательно клинические исследования. Это могут быть сравнительные исследования в виде наблюдений за применением терапевтической клинической практики. Но ясно, что всё это должно быть сосредоточено в одних руках и не рассыпано по многочисленным ведомствам.

А вот оценка медицинских технологий, это совершенно другой вопрос, поскольку он связан и с экономикой, и с этикой, и с психологией, и с организацией медицинской помощи. И здесь другой орган должен этим заниматься, поскольку речь при оценке медицинских технологий, идёт о закупках государственных или финансировании из консолидированного бюджета, это несколько иная тема.

Вот всё, что я хотел сказать, и я думаю, что это нужно рассматривать и в качестве поправок к новому закону. Ни к новому закону, а в поправках к действующему Закону «О лекарственных средствах».

Председательствующий. Слово предоставляется Валерию Васильевичу Береговых.

Береговых В. В. Уважаемый президиум, депутаты, коллеги, мне очень повезло, что я выступаю последним. Почему? Как зануда-чиновник, я хочу рекомендации прокомментировать.

Вот правительство рекомендует: рассмотреть вопрос создания единого федерального надзорного органа. А вы знаете, я вспомнил, в своё время шуточка была. Я помню, когда директором меня назначили, было сказано: вначале критикуй, потом реорганизуй, а про третий конверт я промолчу. Почему? Уже год Дума работает, ещё три года. Правительство год работает, ещё три года. А там кто, президент – орган федеральной власти реорганизует, то есть это адрес ни к правительству. Раз.

Второй принципиальный вопрос. В отношении «всё новое, забытое старое». Уже на протяжении последних (сколько у нас новая власть, я имею в виду с 1991 года) Росздравнадзору поручалось всё то, о чём мы сегодня говорим. Из-за неэффективности это всё изменили.

Сегодня есть положение о Минздраве, о Минпроме, о Росздравнадзоре, где функции чётко прописаны, они просто должны выполняться. А по новой всё городить, извините, наступим на те же грабли, которые только что были.

Затем. Рассмотреть вопрос об организации государственного инспектора по проверке соблюдения правил GXP. Я в этой же справке читаю о том, что 28 января 2013 года постановление номер 50 обязало Минпромторг это делать. То есть, ну, уже сделано, зачем же это делать?

Дальше. Проведение государственного инспектирования производственных площадок иностранных фармпроизводств. Уважаемые коллеги,

все производители, которые на нашем рынке работают. Ну почему к нам не присоединиться и работать с этим инспекторатом, и тогда все вопросы инспектората решаются автоматически. Опять начинаем изобретать велосипед.

Следующее. Обучение. Спасибо Минздраву, но я сейчас точно не помню, недели две тому назад, Минздрав по предложению Первого Московского государственного медицинского университета имени Сеченова утвердил целый блок программ, связанных с обучением: среднее, высшее и послевузовское профессиональное образование, связанное с промышленной фармацевцией. Мне кажется, в этих рамках, поскольку есть уже программы по обучению инспекторов, просто то, что Минздрав наметил, аккредитовать должен соответствующие вузы, потому что эти программы Минздрав утвердил, они теперь собственность всей России: аккредитовать вузы и поручить работать.

Ну, а дальше в отношении если принятия, я говорю: не успеем разобраться, пока к президенту будем ходить, год закончится.

Теперь по ряду существенных аспектов. Уважаемые коллеги, сегодня та процедура регистрации лекарственных средств и требования к ней принципиально отличаются от того, что делается в Европе. Есть такая организация всемирная организация здравоохранения и общий технический документ Европы принят, где, вот мы недавно книгу эту выпустили, что требования этого общетехнического документа нами по нашим требованиям по приказу Минздрава составляет только одну треть. Никакие мировые рынки нам не светят, потому что требования к регистрации совершенно чётко изложены. И уважаемые, опять игра в три буквы GXP, там разные.

Вы поймите, в этом общетехническом документе как раз расписано как делать. Не просто клиническая практика, а что на этой практике надо делать. Все протоколы как то же самое это клиническое везде. То же самое у нас по GMP. Уважаемые, GMP – это концепция, это политика. У нас по нормативным документам в России 600 документов, регулирующих производство лекарственных средств, помогающих, в Европе – 2,5, в Штатах – 10 тысяч.

Важнейший этап – фармакопея. Ну Павел Андреевич немножко другой вопрос затронул. А я говорю: поскольку у нас нет фармакопеи России, то Росздравнадзор, вы меня простите, на чём основывается? На чём? То есть нужен стандарт от чего, что проверять и как создавать. Мы должны определиться. Ну, Америка с Европой договорились в рамках ИСН гармонизировать фармакопею. Так давайте её гармонизировать. И так целый ряд вопросов.

Я полностью согласен с ИРМ по вопросу, связанному с тем. Нароботан огромный мировой опыт, ну нечего идти своим, очень оригинальным, путём. Поэтому моё предложение: как бы проект решения несколько подкорректировать.

Председательствующий. Нам действительно очень повезло, что Валерий Васильевич последним выступил. Дорогие, уважаемые коллеги, значит, мы время с вами исчерпали, поэтому, к сожалению, мы вынуждены закрыть наши парламентские слушания. Но это не значит, что мы закрыли всю эту работу. Все ваши предложения, замечания будут учтены при доработке этих рекомендаций и самое главное в нашей законотворческой работе. И всех, воспользуюсь случаем, тоже приглашаю к активному сотрудничеству с нашим комитетом. Мы очень открыты, мы все ваши предложения внимательно рассмотрим и учтём в нашей законотворческой работе.

Всем счастья, здоровья. Спасибо всем.

Рекомендации парламентских слушаний

В соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» государственный контроль (надзор) в сфере обращения лекарственных средств включает в себя:

- 1) лицензионный контроль в сфере производства лекарственных средств и в сфере фармацевтической деятельности;
- 2) федеральный государственный надзор в сфере обращения лекарственных средств.

Лицензионный контроль в сфере производства лекарственных средств осуществляется Министерством промышленности и торговли Российской Федерации, а в сфере фармацевтической деятельности – Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации согласно их компетенции.

Государственный надзор в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения осуществляется Минздравом России, Росздравнадзором и его территориальными органами. Задачами государственного надзора являются предупреждение, выявление, пресечение нарушений требований законодательства Российской Федерации в сфере обращения лекарственных средств при осуществлении деятельности субъектов обращения лекарственных средств.

Система государственного контроля качества лекарственных средств включает в себя:

Оценку эффективности, безопасности и качества лекарственных средств при их регистрации (на опытно-промышленных и промышленных образцах).

Экспертизу качества лекарственных средств, находящихся в гражданском обороте (выборочный контроль).

Мониторинг качества, эффективности и безопасности лекарственных средств, находящихся в обращении.

Инспекционный контроль.

Контроль качества находящихся в обращении лекарственных средств осуществляется в рамках многоступенчатой системы, которая подразумевает контроль на всех этапах жизненного цикла лекарственных средств. Это достигается путем оценки условий производства и надзор за ним, созданием сети государственных независимых лабораторных комплексов во всех федеральных округах, созданием единой информационной системы контроля качества лекарственных средств, последовательным увеличением объема выборочного контроля, развитием системы фармаконадзора и мониторинга безопасности лекарственных средств, внедрением в систему контроля качества передвижных экспресс-лабораторий.

В 2011–2012 гг. Росздравнадзором введены в эксплуатацию лабораторные комплексы в 7 федеральных округах. В апреле 2013 года будет введен в эксплуатацию лабораторный комплекс в Москве. Лабораторные комплексы функционируют на единой методологической основе, оснащены самым современным оборудованием, способны осуществлять контроль качества лекарственных средств любой степени сложности. В настоящее время Росздравнад-

зором ведутся работы по созданию лабораторного комплекса на территории Ярославского кластера инновационной фармацевтической промышленности.

По данным Росздравнадзора, благодаря совершенствованию системы контроля качества лекарственных средств доля проверенных серий поступивших в обращение лекарственных средств увеличилась с 1 % в 2004 году до 10% в 2012 году. При этом количество выявленных недоброкачественных средств в 2012 году по сравнению с 2010 годом (до начала реформирования системы контроля качества) выросло более чем в 4 раза, и составило 114 торговых наименований 222 серий лекарственных средств.

Росздравнадзор выявляет и изымает из обращения лекарственные средства как отечественного, так и зарубежного производства, качество которых не отвечает установленным требованиям по критическим показателям. К сожалению, доля недоброкачественных лекарственных средств отечественного производства (в общем количестве выявленных недоброкачественных лекарств) в 2012 году составила 83 %, при этом Росздравнадзором ежегодно изымается около 1% серий недоброкачественных, фальсифицированных и контрафактных лекарственных средств от общего количества серий, поступающих в обращение.

Фальсификация лекарственных средств признается в настоящее время общемировой проблемой. Постоянно изымаются из обращения как готовые фальсифицированные препараты, так и фальсифицированные фармацевтические субстанции, которые используются при производстве российскими предприятиями. Росздравнадзором по каждому факту выявления в обращении фальсифицированных и контрафактных лекарственных средств организуются внеплановые контрольные мероприятия в отношении организаций, участвующих в их обращении. Конечными звеньями товаропроводящей цепочки, как правило, оказываются оптовые организации, осуществляющие фармацевтическую деятельность без соответствующей лицензии. Необходимо отметить, что между Росздравнадзором и МВД России налажена система взаимного обмена информацией на постоянной основе. Правоохранительными органами используется потенциал лабораторных комплексов Росздравнадзора: только в 2012 году в рамках расследования дел было проведено 138 экспертиз фармпрепаратов.

МВД России на постоянной основе осуществляются меры, направленные на выявление и пресечение правонарушений, связанных с производством и распространением фальсифицированных и недоброкачественных лекарственных средств. Согласно данным ФКУ «ГИАЦ МВД России» в 2012 году подразделениями органов внутренних дел по экономической безопасности и противодействию коррупции в сфере производства и реализации фармацевтической продукции, материалов и медикаментов выявлено 470 преступлений, из них: 28 преступлений – в сфере производства, 442 преступления – в сфере оптовой и розничной торговли. Размер причиненного материального ущерба составил более 326 млн. рублей.

В рамках международной операции «Пангея» (борьба с распространением в сети Интернет фальсифицированных лекарственных препаратов), проведенной в 2012 году на территории Российской Федерации проверено более 3 тыс. аптек и аптечных пунктов, а также оптовых складов по реализации лекарств. Из продажи изъяты лекарственные препараты на сумму более 2 млн. рублей. В Генеральный секретариат Интерпола передана

информация о более, чем 100 сайтах, нелегально предлагавших к продаже лекарственные средства.

Большое количество недоброкачественных лекарственных средств отечественного производства также подтверждает необходимость модернизации отечественных фармацевтических предприятий, и их переход к производству лекарств в соответствии с Правилами организации производства и контроля качества лекарственных средств, которые будут обязательны для исполнения с 1 января 2014 года. Министерством промышленности и торговли Российской Федерации совместно с экспертным сообществом проводится работа по разработке Правил организации производства и контроля качества лекарственных средств на основе действующих международных правил (эксперты отмечают, что проект правил в значительной степени соответствует последней редакции правил GMP).

В настоящее время лицензии на производство лекарственных средств имеют более 400 отечественных предприятий, из них только приблизительно 10% из них соответствуют международным стандартам надлежащей производственной практики.

Переход предприятий на производство лекарственных средств в соответствии с установленными Правилами будет подтверждаться инспектированием производства и выдачей соответствующих заключений.

В феврале 2013 года вступило в силу постановление Правительства Российской Федерации от 28 января 2013 года №50, согласно которому полномочия по выдаче заключений о соответствии производителей лекарственных средств для медицинского применения требованиям правил организации производства и контроля качества лекарственных средств возложены на Минпромторг России.

Утверждение Правил должно стать только первым этапом большого комплекса мероприятий по развитию и внедрению в России современных стандартов качества и производства лекарственных средств. Данный комплекс должен включать в себя: организацию государственного инспектората по проверке соблюдения Правил организации производства и контроля качества лекарственных средств, первоначальное и последующее непрерывное обучение государственных инспекторов, разработку современной Государственной фармакопеи, гармонизированной с требованиями международных фармакопейных стандартов, недопущение регистрации лекарственных препаратов, производство которых не соответствует этим правилам, разработку и утверждение подробных правил оптовой торговли лекарственными средствами в соответствии с действующими международными стандартами.

В связи с изложенным Комитет по охране здоровья отмечает, что существующая система государственного контроля качества лекарственных средств нуждается в серьезном совершенствовании, так как она не в полной мере решает основную задачу – обеспечение гарантированного уровня качества, эффективности и безопасности всех лекарственных средств, находящихся в обращении.

Одной из проблем является раздробленность функций государственного контроля в данной сфере между различными федеральными органами исполнительной власти – Минздравом России, Минпромторгом России и Росздравнадзором.

Следующая проблема – неудовлетворительное функционирование систематического контроля (надзора) за производством лекарственных средств. Система аудита и инспектирования зарубежных производственных площадок практически отсутствует. При этом общемировой тенденцией, способствующей улучшению качества лекарственных средств, является смещение акцента с контроля качества лекарственных средств, находящихся в обращении, на обеспечение качества на этапах разработки и производства. То есть контролироваться должен не только конечный продукт, а, в первую очередь, условия его производства.

Росздравнадзор и его территориальные органы лишены самых действенных механизмов – внеплановых проверок (в настоящее время только по согласованию с прокуратурой и информировании проверяемых о сроках) и возможности применения основного инструмента лицензионного надзора – отзыва или приостановления действия лицензии.

В связи с изложенным, а также заслушав доклады и выступления депутатов Государственной Думы, представителей министерств и ведомств, органов законодательной и исполнительной власти субъектов Российской Федерации, профессиональных союзов и ассоциаций, общественности участники парламентских слушаний **рекомендуют:**

Правительству Российской Федерации:

1. Рассмотреть вопрос о создании единого федерального надзорного органа к полномочиям которого отнести весь надзор за обращением всей продукции, используемой для профилактики заболеваний, сохранения и укрепления здоровья человека, предоставления ему медицинской помощи (лекарственные средства, медицинские изделия, биологически активные добавки к пище).

2. Рассмотреть вопрос об организации государственного инспектората по проверке соблюдения Правил организации производства и контроля качества лекарственных средств, к полномочиям которого могут быть отнесены:

- проведение государственного инспектирования фармацевтических предприятий, имеющих лицензии на производство лекарственных средств в Российской Федерации с принятием соответствующих решений в отношении производителей, не соблюдающих Правила;

- проведение государственного инспектирования производственных площадок иностранных фармацевтических производителей, находящихся за пределами территории Российской Федерации;

- обучение экспертов государственного инспектората по проверке соблюдения Правил организации производства и контроля качества лекарственных средств с привлечением ведущих отечественных и зарубежных специалистов по производству и контролю качества лекарственных средств.

3. В случае принятия положительного решения о создании единого федерального надзорного органа и государственного инспектората, подготовить необходимые изменения в федеральные законы «Об обращении лекарственных средств», «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4. Рассмотреть вопрос о внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях, Уголовный кодекс Российской Федерации в части ужесточения мер ответственности за производство, хранение и реализацию фальсифицированных, контрафактных и недоброкачественных лекарственных средств.

**Материалы «круглого стола»
на тему «О состоянии и проблемах
спортивной медицины»**

**СТЕНОГРАММА
«круглого стола»**

*Здание Государственной Думы. Малый зал.
6 июня 2013 года.*

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

Председательствующий. Я считаю, что наш сегодняшний «круглый стол» очень сильно запоздал. Хорошо бы этот «круглый стол» было провести, в крайнем случае в конце 90-х, но никак ни чуть ли не в середине 20-х годов. Дело в том, что за прошедшие 20 лет, когда существенные изменения претерпела существовавшая в Советском Союзе система медико-биологического наблюдения за спортсменами, оздоровление спортсменов, оздоровительных, этих лечебно-физкультурных диспансеров. Мы сейчас уже находимся в такой ситуации, что стоит задача не просто углубить, улучшить и так далее, а по сути дела воссоздания той системы, без которой существенным образом страдает и спорт больших достижений, и физкультурное движение и в целом здоровье нации.

Хочу обратить ваше внимание на следующее. На сегодняшний день лечебно-физкультурных диспансеров стало в четыре раза меньше, чем их было ещё в середине 90-х годов. Периодическим медосмотром охвачено только 15 процентов от людей, занимающихся на постоянной основе спортом. Это необязательно профессиональный спорт, это и любительский. Но только 15 процентов охвачено регулярным медицинским наблюдением. Я уже не говорю о том, что порядка 250-ти спортивных врачей на Сборную всей Российской Федерации это просто смешная цифра. Я не говорю о том, что на сегодняшний день из 4-х миллионов профессионально занимающихся спортом до международного уровня доходит только 1 процент, а остальные отсеиваются по причине проблем, связанных со здоровьем.

Я даже не хочу упоминать о том, чтобы не пугать спортсменов, что для профессионалов хронические заболевания являются сопутствующим фактором. По некоторым видам спорта в среднем по 6-8 хронических заболеваний приходится на одного спортсмена. Это действующий спортсмен, на которого мы возлагаем надежды, тот, который сегодня должен показывать результаты и определённым образом активизировать свои возможности.

Не буду ссылаться, хотя здесь присутствует человек, который мне рассказал эту историю, что просто медицинское сопровождение в виде профессионального массажа просто необходимо действующему спортсмену.

И отсутствие этого массажа, с чем мы иногда сталкиваемся, приводит, к катастрофическим последствиям. Я даже не буду говорить о том, что на сегодняшний день проблема набора в спортивные секции, школы, кружки, то есть проблема детского врачебного осмотра и детской спортивной медицины являются определяющей.

Ну о чем уже говорить, что законодательно, нормативно существуют, правда, и ранее существовавшее противоречие, которое раздрает спортивного врача, сопровождающего команду. С одной стороны, он должен максимально способствовать защите здоровья пациента, восстановление его. А, с другой стороны, его главная задача – возбудить те резервы организма естественные, которые у него есть. И зачастую эта задача решается очень сложной фигурой.

Коллеги, вот это, о чём не говорить или говорить, можно продолжать до бесконечности. Какая задача нашего «круглого стола»? Я думаю, что плач Ярославны, а он, безусловно, здесь будет, ну не самый лучший мотив. Я специально попытался обозначить некоторые реперные точки с тем, чтобы, ну да, так оно и есть. Но давайте больше будем говорить не о том, как у нас сейчас плохо. А давайте будем говорить о том, что сейчас нужно сделать для того, чтобы стало хорошо.

И самое главное, какая необходима нормативная база, какое государственное регулирование необходимо?

Вы знаете, что сейчас спортивная медицина передана в медико-биологическое агентство. Владимир Викторович Уйба здесь присутствует, большое вам спасибо.

И, конечно, наша общая задача – максимально сейчас имея такую прекрасную базу, как медико-биологическое агентство, всё-таки помочь и в нормативном плане, и в законодательном, ну и в организационном, чтобы действительно здоровье нации...

А ведь что такое спорт? Спорт – это просто одно из проявлений показателя здоровья нации. Кстати, у меня личная просьба (сейчас это обсуждается в самом широком контексте), особое внимание в ваших выступлениях уделить вопросу, а что такое здоровье, и может ли существовать индекс здоровья или какой-то интегральный показатель этого индекса? Ну, естественно, тогда возникает вопрос о его отклонении.

Результатом нашего «круглого стола» будут рекомендации, которые будут самым широким образом направлены в субъекты Федерации, я это особо прошу акцентировать, в соответствующие ведомства, которые имеют отношение к спорту и к медицине, ну и, конечно же, руководству страны. Большое спасибо.

Итак, я хочу предоставить слово Борису Александровичу Поляеву – главному специалисту Минздрава России по спортивной медицине.

Поляев Б. А. Спортивная медицина состоит из двух основных направлений: спорт высших достижений, медицинское его сопровождение, олимпийские сборные команды и ближайший резерв. Этим занимается Федеральное медико-биологическое агентство. И массовый спорт, так называемый, спорт массовый, физическая культура и спорт, которым занимается Министерство здравоохранения и врачебно-физкультурная служба нашей страны.

Вот если мы посмотрим на эту пирамиду, то мы увидим, что наверху находится как раз наша элита, наши самые важные подразделения: это олим-

пийские сборные команды, 8 тысяч 300 человек сейчас состоят на учёте в Федеральном медико-биологическом агентстве. Это крайне сложная задача. Но вы, собственно, сами видите, что теперь уже спорт – это фактически конкуренция не столько каких-то спортивных качеств, сколько науки и новых методов. Этим занимается Федеральное медико-биологическое агентство, об этом будет отдельное выступление.

И всю нижнюю часть пирамиды занимает спорт массовых разрядов, детско-юношеский спорт, сборные команды регионов и так далее, и так далее, этот список можно продолжать, фитнес-движение, которое нарастает в нашей стране прямо не по дням, а по часам.

В 2004 году Владимир Владимирович Путин на встрече с олимпийцами в Кремле произнёс вот эту фразу. Тогда, правда, никаких резких телодвижений в развитии нашей службы врачебно-физкультурной не произошло, но тем не менее мы получили определенный лозунг, и могли на него опираться в разговорах с властными структурами.

А тем не менее, действительно, служба у нас существовала, она была мощной, она была непререкаемой, в 1951 году открыты были в России врачебно-физкультурные диспансеры, в 1974, в 1971 году их количество достигло 400, сейчас в настоящее время только 120 диспансеров у нас осталось.

Но самое важное, что эта система, наша советская система врачебно-физкультурного обеспечения, занятия физической культурой и спортом была тиражирована по миру, и до сих пор успешно функционирует во многих ведущих спортивных державах, таких как Германия, Китай, и это список можно продолжить.

И вот, наконец, долгожданное заседание Совета по развитию физической культуры и спорта, возвращаемся к теме восстановить систему врачебно-физкультурных диспансеров во всех субъектах Российской Федерации, поручение Президента Российской Федерации.

Чем вызвано, собственно, вот такое поручение? Страшная статистика, нарастающая диспропорция, посмотрите, если в 2011 году, сейчас, на сегодняшний день, 29 миллионов регулярно занимаются в нашей стране, это статистика Росстата, физической культурой и спортом, то медицинское обеспечение распространяется только на 4,2 миллиона людей.

К 2020 году задача поставлена перед Министерством спорта – 40 миллионов людей должно у нас регулярно заниматься физической культурой и спортом, а нарастающего в плане охвата врачебно-физкультурной службой медицинского сопровождения мы не видим.

В связи с этим было вот это поручение издано президента, оно адресовано главам субъектов Федерации, но понятно, что каждый глава субъекта Федерации может решить по-разному, кто-то может отремонтировать диспансер, кто-то может его оснастить, а кто-то может просто отделаться отпиской.

Поэтому Министерство здравоохранения взяло на себя координирующую функцию и по поручению министра сделало целый ряд мероприятий.

Прежде всего, была создана концепция развития в Российской Федерации системы организации медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и массовым спортом на период до 2020 года и дальнейшую перспективу.

Решением для концепции служит целевая программа ведомства, инновационное развитие системы медицинской помощи лицам, занимающихся физической культурой и спортом в Российской Федерации на 2014–2016 годы.

Сразу скажу, что это серьезные документы, которые осмысленно созданы, и собственно, заслуживают самого пристального внимания.

Более того, документы уже прошли определенное общественное обсуждение, на втором всероссийском конгрессе «Медицина для спорта» профильная комиссия Минздрава по спортивной медицине и профессиональное сообщество специалистов по спортивной медицине Российской ассоциации по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов, то, что мы назвали сокращенно «РАСМИРБИ», обсудили концепцию и целевую программу, и ее в целом одобрили.

Активное обсуждение этой программы прошло и на международной конференции «Медицина и спорт. Новые вызовы», это активная площадка для, дискуссионная площадка Правительства Российской Федерации, Российской академии народного хозяйства при президенте.

Также чем было интересно это обсуждение, то, что в нем принимали участие различные ведомства, Министерство спорта, Министерство здравоохранения, Государственная Дума, она также поддержала и концепцию программы.

В чем же состоит программа? Ну цель программы, в общем-то, вам понятна, она здесь написана, прежде всего, конечно, это восстановление системы медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом в Российской Федерации.

Понятно, что целая служба не может существовать без головного учреждения, поэтому возрождение головного учреждения – это одна из задач, и по всей видимости, она, собственно, одна из существенных.

Разработка и внедрение порядка оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой. Здесь дело не так плохо обстоит, мы уже имеем два порядка, утвержденных Министерством юстиции. Первый порядок о проведении медицинского обеспечения физкультурных и спортивных мероприятий, и второй порядок о медицинском, медико-медицинском и медико-биологическом сопровождении сборных команд. Третий порядок находится на регистрации в Минюсте о детско-юношеском спорте. То есть три эти порядка в целом в сумме, и они, безусловно, имеют согласовательный характер и с Министерством спорта, в сумме они проблемы спортивной медицины на первом этапе, ее потребности могут закрывать.

Соответственно стоит задача по приведению в соответствие с нормативно-правовой базой структуры, номенклатуры и оснащённости врачебно-физкультурных диспансеров. Недавно в Совете Федерации было обсуждение медицинского сопровождения физкультуры и занятий в школах и в образовательных учреждениях. Собственно ведь это функция, которая всегда существовала, и за неё отвечали врачебно-физкультурные диспансеры, всегда они ходили на занятия в школах и проводили так называемые врачебно-педагогические наблюдения. Эту задачу безусловно мы хотим вернуть диспансерам и наладить взаимодействие с соответствующими Министерством образования и Министерством спорта по решению этих вопросов.

Очень важный, большой раздел – организация обеспечения медицинской помощи при проведении спортивных мероприятий на региональном и муниципальном уровнях. Вопросы межведомственного взаимодействия меж-

ду Министерством спорта и здравоохранением здесь надо решать, вопросы оплаты, времени проведения, работы в выходные дни – всё это подлежит решению и всё это отражено в целевой программе ведомства.

Хотелось бы остановиться отдельно на вопросе кадрового обеспечения. Собственно по логике, по нашим расчётам по программе, которую мы выдвинули, предстоит утроить к 2020 году количество спортивных врачей, работающих во врачебно-физкультурной службе. Задача решаемая, мы тщательно её просчитали. Дело в том, что ещё целый ряд тех мероприятий крупнейших спортивных, которые проходят в нашей стране, они безусловно как бы являются пиаровским таким толчком для того, чтобы люди шли в нашу специальность. И мы в последнее время чувствуем возросший запрос на количество мест ординатуры, на желание пройти врачебную переподготовку, профессиональную переподготовку в области спортивной медицины. И это радует.

Безусловно, возобновление структур врачебно-физкультурных диспансеров позволит нам решить очень важную задачу – резкое возрастание количества детско-юношеских спортивных школ, резкое увеличение спортивных объектов. Но динамики за тем, когда у нас повышается спортивное мастерство наших юных спортсменов, никакой фактически нет. Врачебно-физкультурные диспансеры – это единственное учреждение, которое позволит накапливать эту динамику и соответственно давать рекомендации. Соответственно то, о чём говорил сейчас руководитель нашего совещания, отсев по состоянию здоровья на пути к вершинам мастерства будет значительно, значительно меньше.

Очень важна функция диспансеров, которая как бы подзабыта, но она действительно важна и всю жизнь была – это реабилитационные мероприятия, проводимые прежде всего со спортивным контингентом и профилактическое направление. Мы, например, сейчас активно совместно с диспансерами вступили в такое движение и начинаем его пропагандировать по стране как двигательная активность, естественное лекарственное средство.

Ожидаемые результаты от нашей программы. Прежде всего, конечно, это увеличение продолжительности и повышение качества жизни наших россиян, снижение заболеваемости и инвалидизации граждан, организация эффективной медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом именно в условиях увеличения их численности. Вот та таблица диспропорций, вот это самый ключевой, наверное, вопрос, который мы должны решить. И увеличение числа лиц, занимающихся физической культурой и спортом, находящихся под динамическим медицинским наблюдением во врачебно-физкультурных диспансерах.

Так будет выглядеть по нашему предложению служба врачебно-физкультурной службы Российской Федерации. Вы видите головные учреждения врачебно-физкультурной службы, которые работают в тесном сообществе с профильными кафедрами медицинских и физкультурных вузов. И с профессиональным сообществом, то есть Российская ассоциация по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов. В каждом федеральном округе предлагается создать федеральные окружные трансляционные центры, врачебно-физкультурные диспансеры, которые будут транслировать всю идеологию, разрабатываемую в головном учреждении, на свои федеральные округа. И субъектовые учреждения, врачебно-физкультурные

диспансеры субъектов Российской Федерации. Это достаточно стройная и общепринятая трёхуровневая система оказания медицинской помощи, которая теперь внедряется в Российской Федерации. Конечно, надо привнести в работу врачебно-физкультурной службы новые современные медицинские и информационные технологии.

Одна из них, которую мы предлагаем – это применение передвижных медицинских модулей. Каждый такой модуль позволит проводить углублённое медицинское обследование врачебно-физкультурным диспансерам в случаях достаточной отдалённости от объектов, куда надо приехать. Ну мы знаем массу регионов, где расстояния колоссальные, а отстроить дополнительно врачебно-физкультурный диспансер в каких-то местностях отдалённых смысла нет. Поэтому это фактически передвижной филиал врачебно-физкультурных диспансеров.

Восстановление систем врачебно-физкультурных диспансеров, плюс инновационные технологии, и мы в итоге получаем эффективную систему службы.

Крайне важно предложение в резолюцию, которое я предлагаю внести.

Первое – это поддержать инициативу министерства здравоохранения о создании концепции и целевой ведомственной программы по восстановлению системы врачебно-физкультурной службы и подчеркнуть необходимость восстановления головного учреждения в министерстве здравоохранения по врачебно-физкультурной службе. Без головы тело жить не будет.

Председательствующий. Коллеги, на правах ведущего я всё-таки прокомментирую. То, что восстанавливать нужно вертикаль всех физкультурно-лечебных учреждений – тут вопросов нет. Но я боюсь, что плоское представление, центр, периферия, филиалы, он не решит проблемы многогранности внутри спорта. Ведь здесь много составляющих содержательного характера, которые в чисто лечебно-физкультурные диспансеры не входят. Это полностью должна быть система взаимодействия как реальных врачей, работающих со спортсменами, так и всего, что связано с детским спортом, с тренерской составляющей. И это является уже новым витком того, чего не было.

Ну а сейчас я бы хотел предоставить слово Владимиру Викторовичу Уйбе – руководителю ФМБА России.

Уйба В. В. Начиная свой короткий доклад, скажу, что выступаю, действительно, как руководитель агентства, которое выполняет, вот было показано Борисом Александровичем с особым упорством, тщательностью и желанием свою работу, потому что на неё ориентируется, действительно, весь мир, а на нашу страну – как на страну, которая показывает свою мощь спортивную. Это очень важно.

Итак, 2009 год, 812-е постановление, коим нам определено правительством заниматься медико-санитарным и медико-биологическим обеспечением сборных команд России. 2009 – это был конец года, следующий ушёл на нормативные документы. На самом деле мы их в 2010 году в основном все создали, огромная работа, потому что все нормативные документы, даже те, которые были старые, они нуждались в пересмотре. Ну просто время диктовало и инновации. И здесь я хочу сказать, что мы очень хорошо отработали и с Минспорта, и с Минздравом, потому что документы все делались, по сути, с колёс и жизнь нельзя было остановить, то есть мы полномочия получили, они требуют исполнения. А как вы понимаете, у федеральных органов испол-

нительной власти без нормативной бумажки выполнить полномочия сложно. Тем не менее находили выход, принимали временные нормы, жили по ним до выхода основного, потому, чтобы выпустить порядок медицинского обеспечения спортсменов сборных команд России, нам потребовалось полтора года не потому, что мы такие глупые, просто потому, что документ очень сложный и потому, что он проходит большое количество согласований, в том числе и вневедомственных, этих трёх ведомств, о которых я сказал.

На сегодняшний день весь пакет нормативных документов, которые необходимы для работы по выполнению постановления 812-го, все созданы. И у нас в этом смысле никаких вопросов нет, ни у нас, ни у спортсменов, ни у Минспорта, ни у Минздрава, как у контролёров.

Что основное заложено сегодня в работу со сборными командами России? Мы начали, как и положено, с кадров, поскольку с ними была проблема реальная. Сегодня мы укомплектовали все сборные страны в полном объёме. И врачи, массажисты, и там, где необходимо – это вдублировано, потому что есть сборные большие, и они выезжают в разные точки мира для тренировок и для соревнований, поэтому, в общем, там дублируются составы врачей и среднего персонала.

И на сегодняшний день мы этот вопрос решили. Параллельно, понятно, что такое количество медицинского персонала, их сегодня у нас 777 человек, требуют обучения, причём постоянного, потому что, вы знаете, по закону специалист является таковым в течение пяти лет. Если он не подтвердил свою квалификацию через пять лет, он уже таковым не является. Поэтому процесс постоянный и тем не менее он сегодня выстроен на нескольких кафедрах, спортивной медицины в том числе и в агентстве, и в Минспорта, и даже на зарубежных кафедрах мы учим своих специалистов.

Но повторяю – это процесс постоянный. Здесь я не могу сказать, что мы сегодня всех вот обучили, у нас все под ружьём стоят обученные, да, кто-то использует свои старые сертификаты. Мы, по крайней мере, имеем план обучения и нам понятно, что мы в этом направлении движемся.

Причём, как правило, вы должны понимать: спортивный врач не сидит на месте, он движется за командой и провести обучение полгода для того, чтобы получить первичный сертификат, конечно, это можно только дистанционные методы обучения.

По тому, как мы отслеживаем состояние здоровья спортсмена и, как мы выполняем те нормативы, которые приняты и в России, и в мире. Любая цивилизованная страна проводит в обязательном порядке, как минимум, два УМО, по некоторым направлениям большее количество, в течение года у каждого спортсмена.

Этот норматив, мы вышли на него и с 2012 года мы всю сборную нашу дважды прокручиваем по УМО, а кому-то по необходимости ещё дополнительные идут обследования и мероприятия после них.

Для того чтобы такую махину, а это много отследить, вовремя довести всю информацию до врача, конечно, нужна электронная форма учёта и передача данных, она закрытая, зашита и специализированная эта форма, а тем не менее такой электронный учёт налажен, мы его запустили и у нас есть сегодня по каждому спортсмену электронный паспорт. Нас просят не называть это паспортом, потому что паспорт у нас, у человека, у всех один, но тем не менее это вот такой электронный документ.

И это очень здорово, потому что мы с этим сегодня реально начинаем работать – это очень оперативно, а самое главное, мы можем посмотреть, что было в динамике у спортсмена месяц назад, два месяца назад по тому или иному параметру и скорректировать спортивного врача, где бы он не находился и ответить, что делать, если у спортсмена меняются те или иные показатели.

По мотивации врачей в первую очередь, потому что, повторяю, работа сложная, работа, как правило, с большим количеством отрыва дней от дома. И мотивация врачей и среднего персонала была одной из самых основных проблем, когда мы начали эту работу, потому что заработная плата и у врачей, и у медсестёр, или у массажистов, была общепринятая по тем нормативам, которые, в общем, в обычном отечественном здравоохранении. Ушёл год на то, чтобы мы Минфину доказали, что спортивный врач и средний персонал в спорте, это люди, совершенно в других условиях работающие и требуют совершенно других заработных плат. Сегодня мы можем сказать, что мы имеем самые высокие заработные платы среди врачей у спортивных врачей и у среднего медицинского персонала. Врач может иметь самую высокую зарплату, если он квалифицированный и дипломированный – 75 тысяч рублей, а средний персонал может рассчитывать на 40 тысяч рублей.

Вы знаете о заработных платах, среднюю заработную плату по стране среди медицинских работников, и по тем указам, по которым Владимир Владимирович приказал установить к 2018 году 200-процентное повышение. Даже при этом повышении заработные платы наших специалистов выше. И это обоснованно.

Мы выполняем, конечно же, основное сопровождение на самых ответственных мероприятиях, на олимпиадах и на универсиадах. Крайние мероприятия, которые прошли, где мы можем сказать, что мы отработали очень достойно, это Лондон. Сегодня ближайшая перспектива, это Казань. Мы только что, два дня назад, вернулись из Казани, где провели последние не подготовительные, а уже практические мероприятия по медицинскому сопровождению. Это большая работа, она крайне необходима, потому что в процессе выступлений, тренировок на ответственных таких мероприятиях всегда происходят травмы, всегда происходят психологические сбои и так далее. И коррекция, реабилитация, причём, реабилитация у кромки поля, в полном объёме сегодня это успех очень многих медалей, и, вообще, быть или не быть медали, от того, есть или нет такое сопровождение.

В Лондоне нас под лупой рассматривали наши ближайшие конкуренты, потому что центр открыт, его нельзя закрыть, он является общественным местом. И они приходили и смотрели на наши технологии, и были очень удивлены, поскольку мы очень многие вещи, которые являются стационарными, мы вывели в разряд мобильных. И это для многих коллег была зависть.

Поэтому, действительно, мы ещё более становимся мобильными, у себя в стране мы это продемонстрируем: и в Казани, и в Сочи. Мы настолько уже подвигаемся к кромке поля, что Борис Александрович об этом сказал как о мечте, но мы её уже действительно сделали. Он говорил, что она действительно уже выполнена в агентстве, мы сделали такие мобильные передвижные лаборатории. По сути, это стационарные, хорошие, суперсовременные реабилитационные центры, которые выезжают непосредственно к месту

соревнований или к месту отдыха спортсменов, для того чтобы провести коррекцию состояния спортсмена.

Ну, всё-таки не соглашусь, Сергей Вячеславович, с одним предложением, которое вы сказали, о том, что раздрают спортивного врача сегодня какие-то противоречия. Они всегда должны раздраять умного человека, потому что умный человек всегда понимает, что он ничего не знает. Но не раздрают в части взаимоотношения в команде с тренером, уже не раздрают, могу вам это ответственно сказать. Работа трёхлетняя, в общем, даёт свои результаты, и сегодня чётко в команде определено кто, чем занимается, и сегодня тренер советуется с доктором в части того, как относиться к тому или иному состоянию, и как это связано именно с точки зрения здоровья спортсмена, и поэтому эти раздраения принимают уже характер дискуссии. Это очень правильно и очень важно.

Председательствующий. Спасибо, Владимир Викторович, хотя не могу не удержаться от реплики, меня пугает, если врач и тренер единое целое, по понятным причинам. Ладно, это шутка. Я сейчас хотел бы предоставить слово Светлане Сергеевне Журовой, олимпийской чемпионке, вице-спикеру Государственной Думы прошлого созыва, которая курировала спорт, сейчас депутат в Государственной Думе.

Журова С. С. Я не буду делать доклад, я просто, наверное, тезисно и, может быть, где-то эмоционально выскажу какие-то свои мнения на этот счёт. Тем более человек, который прожил как тренером, так и спортивным врачом-массажистом большую часть своей, наверное, жизни, которые являлись его семьёй по большому счёту. И в этом отношении, конечно, мне, наверное, больше каких-то эмоциональных окрасок, может быть. Тем более вы знаете, вот когда, у нас тема «спортивная медицина» и в любом случае для меня вот даже, если это понятие состоит из двух слов «спорт» и «медицина», всё-таки медицина там больше. И я бы оценивала спортивную медицину категориями медицины, а не спорта. И вот здесь вот, например, я всегда спорила здесь с Министерством спорта, говоря о целесообразности и правильности принятия в своё время решения и передачи, скажем, обеспечение отборных команд под ведомство всё-таки Министерства здравоохранения. И как раз вот здесь и легче будет выстроить эту вертикаль, когда всё-таки и спорт высших достижений, и детские юношеские спортивные школы, и диспансеры находятся в одной системе, а не разрознены. И квалификация врачей, конечно, должна повышаться в медицинских учреждениях на курсах, которые могут соответственно предложить именно систему здравоохранения, а всё равно они будут в отрыве находиться, если этого не произойдёт. Поэтому когда было принято это решение, я на самом деле тогда его восприняла достаточно позитивно. Мы начали с Владимиром Викторовичем вместе работать, это было в период как раз, когда, действительно, я была заместителем Председателя Государственной Думы, готова была всегда здесь помогать. Потому что мне казалось, решение это было достаточно взвешенное и правильное тогда принято.

Да, со мной могут многие поспорить, но на самом деле вот я убеждена в этом своём как бы понимании. Единственное, конечно, это будет такое разногласие, касающееся командирования, касающееся вот таких нюансов. Мне кажется, что это вопрос уже личных договорённостей, вопрос личных взаимоотношений между двумя этими министерствами, теми департаментами, которые за это отвечают. И, наверное, уж в сметах мы как-нибудь,

наверное, разберёмся. Ведь всё-таки главное это качество и профессионализм. Поэтому вот здесь это важнее, и, например, тем же медицинским вузам легче будет выполнять заказ по подготовке врачей, которые будут востребованы в отрасли, если понятно, эти взаимодействия будут хорошо отстроены и будет понятно, какие потребности есть у индустрии спорта. Также, например, нельзя отделять, что все-таки например тема допинга, это тоже всё-таки медицинская категория, а не спортивная. Несмотря на то, что все эти процессы проходят со спортсменами на спортивных площадках. То тоже получается, что здесь, когда мы говорим про какие-то терапевтические показания спортсменов и так далее, когда у нас не подготовлены справки, когда с детства спортсмен не ведётся, как человек, имеющий астму или какие-то особенности здоровья, когда его не ведут. Потому что начинают эти медицинские учреждения, а когда уже доходят до спорта высших достижений вроде это, что должно Министерство спорта этим заниматься? Нет. Поэтому в принципе это всё правильно, если это будет в одной системе. Конечно, отстроить это легче. И мы, я надеюсь, что вот это, может быть, в рекомендациях тоже надо иметь в виду по поводу вот как раз отслеживания детей с особенностями здоровья, которые позволяют ему заниматься спортом. Но в дальнейшем это, может быть, ограничением в том количестве, тех препаратах, которые этот спортсмен будет использовать и, чтобы его можно было вносить в специальный как бы, ну использовать эти препараты без того, что это будет допинг. Или, например, это повышенный гемоглобин и так далее, с чем мы сталкивались зачастую, и уже было поздно, когда мы что-то пытались объяснить. И вот этот террор, который начинался на Олимпийских играх. Потому что вы знаете, наши соперники, они могут это использовать и по-другому. И были случаи, когда мы уже вроде и доказали, что спортсмен имеет повышенный гемоглобин и гематокрид, потому что его родители такие же. И уже он всё и прошёл, но, правда, человека замучили на Олимпиаде. К нему приходили, брали кровь через день. Я не знаю почему, объяснить это невозможно, но это же тоже атака психологическая на спортсмена, который находится на Олимпиаде. Поэтому понятно, чем раньше вот все эти доказательства будут в руках у медиков и соответственно подтвержденной международными всякими организациями, тогда, значит, тем легче нам будет в дальнейшем работать.

Вот у нас в рекомендациях есть этот пункт, и я тоже поддерживаю его абсолютно, потому что понимаю, насколько это важно, это по поводу все-таки детского спорта, когда можно заниматься и какие нагрузки ребенок должен выполнять.

В этом отношении я здесь очень радикальна, и радикальна в сторону того, что я против ранней специализации. Пусть меня тоже кто-то осудит и скажет, что я не права, я не медик, я спортсмен, но все-таки мой вид спорта немножко поздний, да, и у меня этих вопросов не возникало, я понимаю, что здесь будут разногласия с гимнастами, с фигуристами, со многими другими, весь вопрос в объеме нагрузок, и то, что у нас происходит, и к какому возрасту эти дети начинают получать травмы, их мы теряем как спортсменов, по большому счету, мы не задумываемся, и родителей в этой не убеждаем, мы понимаем, что, конечно, родитель вправе сам решить, что ему делать, и самое удивительное, вы знаете, мне пришла тут одна очень интересная мысль по этому поводу, может быть, я выскажу такое странное предположение, вы знаете, что происходит на самом деле, когда у нас ранняя специализация?

Во-первых, по закону Российской Федерации дети до семи лет не могут заниматься бесплатно, они занимаются платно, то есть бесплатно начинаются занятия спортом только с семи лет. Поэтому получается, ребенок, попадая, например, к тренеру по фигурному катанию в три года, он должен платить этому тренеру. А теперь понимаем, да, когда ребенок в семь лет должен перейти к бесплатному тренеру, он к нему уже не перейдет, он так у платного и останется. Или он не может попасть уже в эту платную группу, бесплатную группу, понимаете, и получается, что, в принципе, вот этот процесс того, что мы платим, так и остается, и этот спорт становится платным в принципе и дальше, и это так и продолжается, потому что ребенок не перейдет к другому тренеру, действительно, или в другую группу, или куда-то в другую школу, да, где эта услуга дается бесплатно этому ребенку, и спорт становится платным.

То есть мы этим провоцируем это. То есть это такой нюанс, буквально вот мне, мне кажется, что в нем есть какая-то логика, и мы, может быть, не задумывались об этом, но это спровоцировали сами по себе.

Поэтому вот этот момент тоже хотелось в ваших мнениях услышать, наверное, скорее всего здесь больше медицинских работников, и больше людей, имеющих отношение к медицине, конечно, скажут, что это надо, вы знаете, тогда должна быть глобальная договоренность во всем мире, если честно, я понимаю тренеров, которые говорят о том, что, конечно, а наши соперники в это время уже давно тренируются, конечно, наверное, надо выйти на мировое сообщество и сказать, давайте вообще запретим там делать серьезные нагрузки детям до семи лет во всем мире, и тогда как бы, наверное, это будет понятно, а так, мы в России не будем, у нас не будет спортсменов, но вообще, наверное, везде должна быть какая-то вот логика и целесообразность.

По поводу диспансеров, я на Совете при президенте, по-моему, в 2009 году выступала как раз с докладом по поводу диспансеров, и тогда внесли какие-то, в общем, вроде как пожелания, что-то изменить эту ситуацию, но она стала как бы, наверное, еще и хуже. Почему? Потому что регионы не справляются с финансированием и расформируют диспансеры, к сожалению, потому что это вопросы регионального полномочия, и денег нет, раз денег нет, мы закрываем. Одно единственное, как бы, ну вот проблема, которая есть.

К чему это приводит, да, вывод, вот сейчас буквально мой тренер набирает детей в сборную команду юниорскую. Прошла диспансеризация. Он чуть не плачет, я вам клянусь, он в шоке от того уровня здоровья и функциональной подготовленности спортсменов, которые пришли к нему сейчас в команду. Он не знает, как он будет растить из них чемпионов. Не потому, что они там результаты показывают, а вот уровень здоровья, который у них есть, уже лимитирует во многом.

Или то же самое было с моим тренером, который является старшим тренером училища олимпийского резерва по конькам в Санкт-Петербурге, здесь есть руководитель диспансера физкультурного Санкт-Петербурга, какие дети приезжают, которых они тестируют, и они многих не допускают, и ребенок вроде хороший, один из чемпионов, уже вот он на подходе, вот вроде такой хороший по результатам, а когда начинают тестировать здоровье, и с пороками сердца, и с многими другими вещами, у наших вот специ-

алистов руки опускаются, они говорят, а тренер ходит и умоляет – дайте ему допуск, парень-то хороший.

А вы знаете, был случай уникальный, когда двойня была, и мальчик, который из двойни, один был с пороком сердца, а второй – нет, и их нельзя, их надо брать вместе или никак. То есть судьба была поломана у обоих, по большому счету, потому что не взяли обоих. Ну родители на этом настаивали и так далее.

Поэтому, вот знаете, вот, конечно, выявление ранних каких-то особенностей делать надо в детстве, и мне бы хотелось здесь, чтобы, ну, понятно, что здесь едины во всем, то, что здесь происходит, и на самом деле детским спортом и детской медициной, и детским, ранним выявлением и профилактикой заболеваний, в том числе которые становятся в дальнейшем хроническими, о которых говорил Борис Александрович, конечно, надо заниматься в детстве.

И знаете, наверное, я бы ещё просила что делать в наших диспансерах, если мы всё-таки будем эту систему восстанавливать и дополнительно выделять средства – это проводить курсы для тренеров по профилактике заболеваний. Потому что зачастую доктор не может это всё отслеживать, и он с детьми не бывает. А вот тренер и проводит лекции. У меня вот тренер этим занимался, я почему благодарна своему первому тренеру детскому, потому что он это делал. Нас собирал и нам рассказывал, как надо горло полоскать, как надо травмы, чтобы не получить, себя вести и многое другое. А нам это было очень интересно. Может быть, когда это делал бы какой-нибудь человек, может быть, было не интересно, но когда это делал тренер, и ему хорошо – это повышение квалификации, и нам было очень интересно.

И ещё знаете, один плюс, заключение просто по поводу ФМБА. Вы знаете, всегда примеры, да? У нас же всегда пока рак на горе не свистнет, мы не оцениваем значимость того или иного процесса. Поэтому случай был, буквально, не так давно, когда в аварию попали две девочки глубоко в глубинке. И мне звонят и говорят: а вот что теперь делать? Это было в Кировской области, она была сенатором от Кировской области. Мне говорят: вот они вот там где-то, чуть ли в непонятной поликлинике, они члены сборной России, и они там где-то лежат, непонятно.

Конечно, все звонки были совершены. И вот здесь никогда, я понимаю прекрасно, что министерство спорта никогда бы не справилось с этим, потому что тут же была выслана от ФМБА машина скорой помощи, этих девочек забрали, их перевезли туда, где им могут оказать квалифицированную помощь. И конечно, родители были безумно благодарны за то, что это было оперативно сделано.

Поэтому, наверное, в этом отношении я поддерживаю, потому что понимаю, что система такая разветвлённая достаточно серьёзной помощи в регионы вот такой оперативной, да в том числе для членов сборной команды, она может обеспечена быть, действительно, на высоком уровне.

Так вот, наверное, это в заключение то, что я скажу. Я говорю, убеждена в том, что сейчас эту систему нужно очень жёстко отстроить. Но у нас есть все возможности это сделать с Минздравом.

Председательствующий. Я хотел бы предоставить слово Колесову Александру Владимировичу – начальнику отдела Департамента науки и образования Минспорта России.

Колесов А. В. В начале своего выступления я бы хотел предоставить небольшой ряд статистических паре таблиц со статистическим материалом.

На сегодня это данные за 2012 год, то есть вы их, можно сказать, видите одними из первых. В ДЮСШ, у нас на сегодняшний день в Российской Федерации 3 820 детско-юношеских спортивных школ и 1016 спортивных детско-юношеских школ Олимпийского резерва. То есть всего у нас 4 836 школ и три миллиона 111 тысяч 304 обучающихся. То есть Борис Александрович в своём докладе сказал, что четыре миллиона и 200 тысяч обследуемых ежегодно диспансерами, то есть, соответственно, львиная доля – это вот этих обучающихся спортивных школ.

Кроме этого, в данных учреждениях на ставках находятся 934 врача, 2783 сотрудника среднего персонала, и то есть всего 3717 сотрудников.

Как мы видим, не во всех учреждениях есть вообще медицинский сотрудник. Но этому есть ряд объективных и субъективных причин. Наверное, многие, кто из регионов, они знают их. В том числе, что ряд спортивных школ достаточно плотно взаимодействует с врачебно-физкультурными диспансерами и полностью находятся под наблюдением специалистов диспансеров. Но ряд школ всё-таки имеет возможность содержать на собственном балансе медицинский персонал.

И конечно, министерство спорта было бы очень заинтересовано в том, чтобы медицинский персонал спортивных школ тесным образом взаимодействовал с врачебно-физкультурными диспансерами и чтобы методическое руководство и практическая помощь в школы поступала непосредственно из головных врачебно-физкультурных диспансеров, которые находятся в регионах.

И последняя цифра такая достаточно интересная. Это затраты на командирование медицинского персонала на учебно-тренировочные сборы и соревнования.

И как мы видим, вот детско-юношеские спортивные школы в процентном соотношении, они тратят меньше финансовых средств на командирование, чем спортивные и детско-юношеские школы олимпийского резерва, что, в общем-то, и соответственно, так как школы олимпийского резерва уже занимаются более направленной спортивной подготовкой и требуют большего внимания со стороны медицинского персонала.

Здесь такие вот цифры, то, что 0,14 врача у нас приходится на детско-юношескую спортивную школу, и 0,36 врача на детскую школу олимпийского резерва, ну и так дальше по остальным сотрудникам.

Но я хочу отметить, это данные именно по Министерству спорта, то есть спортивные школы и Министерство образования здесь не учитываются, то есть это отдельный пласт, отдельные министерства.

И соответственно, на 4 тысячи 158 учащихся у нас приходится один врач. Соответственно, в ДЮСШОРах это соотношение увеличивается на 2 тысячи 87 учащихся приходится один врач.

Вот такая ситуация в массовом спорте, то есть в массовом и в спорте, которые занимаются непосредственно подготовкой спортивного резерва.

Это данные в дополнении к докладу Бориса Александровича. И теперь я перейду, с вашего позволения, к основной теме «Медицинское обеспечение спортивных сборных команд Российской Федерации. Современные вызовы».

Как уже было сказано, почти четыре года функция по медицинскому обеспечению сборных команд возложена на Федеральное медико-биологическое агентство.

Для решения поставленных задач была утверждена ведомственная целевая программа, и выделены на 3 года 6,5 миллиарда рублей, что десятикратно превысило сумму, которая была, ранее затрачивалась в Министерстве спорта. В общем-то, в соответствии с этим, были поставлены и задачи по улучшению медицинского обеспечения в сборных командах.

Министерство спорта на протяжении всех этих лет тесно взаимодействует с Федеральным медико-биологическим агентством. И, конечно, за это время было сделано много, и достигнуто много положительного.

Я бы хотел остановиться всё-таки не на достижениях, а на тех вопросах, которые нам ещё предстоит вместе решить.

Но мы говорили про нормативно-правовую базу уже. В общем-то, здесь вы все видите, утверждён 613-й приказ, который регламентирует оказание медицинской помощи при проведении физкультурных и спортивных мероприятий. Утверждён приказ Минздрава России 916, где в Единый квалификационный справочник должностей «руководитель специалистов служащих» и в квалификационной характеристике должностей работников именно в сфере области физической культуры и спорта включены «врач по спортивной медицине» и «медицинская сестра по массажу». То есть всё-таки Минздравсоцразвития, в общем-то, поддержал позицию Минспорта, что эти работники относятся к сфере спорта и физической культуры.

И совсем недавно подписан долгожданный приказ «О медицинском и медико-биологическом обеспечении спортивных сборных команд номер 3-н.

Что нам необходимо сделать в данном по нормативно-правовой базе?

После принятия 613-го приказа остался не отменённым 337-й приказ, который в 2011 году, в общем-то, должен был дать, он дал направление развитию физической... Врачебно-физкультурной службы в стране. В том числе там дублируется программа углублённого медицинского обследования спортсменов сборных команд России и их ближайшего резерва, ну и достаточно много ещё других положений. Кто этим занимается вплотную, он, в общем-то, знает об этом.

Значит, до сих пор в общем-то есть заинтересованность прямая в разработке и утверждении перечня медицинских противопоказаний к занятиям физической культурой и спортом, в том числе для спортсменов спортивных сборных команд Российской Федерации.

Дальше я приведу ряд примеров определённых в необходимости этого момента. И, конечно же, необходимо разработать перечень профессиональных заболеваний у спортсменов, то есть в общем-то этот перечень Минздравсоцразвития как бы планировал разработать ещё в 2001 году и о нём говорится в 337 приказе. Но пока это наша ближайшая, я надеюсь, перспектива.

Второй вопрос – обучение и подготовка медицинского персонала. Нельзя не согласиться, по этому направлению сделано многое, и спортивные сборные команды практически на сто процентов обеспечены медицинским персоналом, то есть существует ряд других вопросов, которые всё-таки необходимо довести до ума. То есть они здесь представлены, это профессиональный цикл, лечебная физкультура и спортивная медицина – необходимо всё-таки внести в федеральный высший профессиональный стандарт выс-

шего профессионального образования. Мы считаем, именно Министерство спорта, что необходимо расширить базовую часть профессионального цикла лечебной физкультуры и спортивной медицины, особенно за счёт дисциплин спортивной направленности, чтобы спортивные врачи знакомились с теорией и методикой тренировочного процесса, биомеханикой движений, спортивной физиологией и биохимией.

Следующий вопрос – это создание возможности трудоустройства в спортивные сборные команды медицинского персонала, проживающего вне города Москвы и Московской области. На сегодня это достаточно пока вопрос острый. И тот персонал, который проживает на отдалении от города Москвы, он имеет трудности для практической возможности работать в сборных командах. В регионах достаточно квалифицированных специалистов, которые хотят работать в сборных.

Ну и один из частных вопросов – это ограничение ротации медицинского персонала между сборными командами. То есть врач должен работать в одном виде спорта. То есть иначе он теряет ощущение команды, теряет ощущение значимости результата и того, куда эта команда идёт. Так называемое взаимодействие между врачом и тренером, оно невозможно, если врач постоянно в команде меняется. Надеюсь, вы меня в этом тоже поддержите.

Третий вопрос – медицинское сопровождение спортивных мероприятий. На самом деле Федеральное медико-биологическое агентство за эти четыре года приобрело уже, я так думаю, неоценимый опыт в данном направлении. То есть проведение сопровождение и Олимпийских игр в Лондоне, и юношеских Олимпийских игр летних и зимних, зимней Универсиады в Турции. В общем-то, везде сопровождение оказывалось на должном уровне. На сегодня решён вопрос по присутствию специалистов Федерального медико-биологического агентства на федеральных базах спортивной подготовки Минспорта. То есть в спортивных базах в Новогорске, озере Круглом, в Алексине, там, где готовятся параолимпийцы, появятся специалисты Федерального медико-биологического агентства.

Министерство спорта, видит дальнейшую перспективу данного взаимодействия, чтобы на одной из спортивных баз можно было проводить в итоге и углублённое медицинское обследование.

Но тем не менее необходимо решить вот ряд таких вопросов – это командирование медицинского персонала на чемпионаты и первенства России, так как именно там проходит тот отбор жёсткий конкуренции внутри страны, иногда в некоторых видах он жёстче, чем непосредственно на самих соревнованиях мировых.

И, соответственно, необходимо решить вопрос с выездными бригадами дополнительных специалистов, которые бы могли обеспечивать заключительные этапы спортивной подготовки сборных команд, особенно востребованные – это физиотерапевты, мануальные терапевты, ну и в зависимости от особенностей спорта, видов спорта и ряд других.

Углублённое медицинское обследование. По данному направлению хочется сказать следующее, что, в общем-то, необходимо расширить количество медицинских учреждений, допущенных к проведению углублённого медицинского обследования, в том числе за счёт привлечения региональных врачебно-физкультурных диспансеров, конечно, сначала оценив имеющуюся у них материальную базу.

Председательствующий. А сейчас бы я хотел предоставить слово Бариеву Марату Мансуровичу. Он не только первый заместитель председателя комитета по спорту Государственной Думы, но и генеральный секретарь Олимпийского комитета России.

Бариев М. М. Сегодня мы с вами знаем и видим, что развитию спорта в нашей стране уделяется колоссальное внимание и не только внимание, но и соответствующие ресурсы.

Идёт колоссальный скачок в развитие спорта, который проявляется как в охвате занимающихся, так и в развитие инфраструктуры проведения крупнейших мировых соревнований и так далее. Я считаю, что две основные большие проблемы, которые сейчас в сфере спорта существуют – это вопросы подготовки и подбора кадров в спортивной сфере и параллельно вторая проблема – это вопросы медицинского обеспечения и спортивной подготовки, включающие медико-санитарное и медико-биологическое обеспечение.

С одной стороны, нельзя не отметить, что за последние годы, ну где-то три года, наверное, в этой сфере тоже сделан достаточно серьёзный рывок и дан достаточно серьёзный импульс, об это уже говорили выступающие и говорил Владимир Викторович. Потому что три-четыре года назад, вообще, мы в спортивной медицине чуть выше нуля, я считаю, были в сравнении с другими мировыми спортивными державами.

За три года сделано многое, об этом было сказано, но это ещё только, я считаю, первые шаги, поэтому и результаты, они пока ещё, к сожалению, тоже не впечатляющие, начальные результаты.

Совместно с ФМБА достаточно активизировали в этом направлении, надо отметить, в этой сфере работу Минспорта, которое кратно увеличило свои ассигнования на разработку и развитие в области спортивной медицины.

Олимпийский комитет России создал специальное управление по медицинским технологиям, инновациям для того, чтобы тоже дать свой импульс в той работе, тоже подкреплённой соответствующими средствами. Однако эти меры, с другой стороны, касаются только в основном элитной группы спортсменов, членов сборных команд страны, о которых вы уже говорили, и в справке написано, что это, наверное, наиболее объективный показатель, что УМО в 2012 году в ФМБА прошли 8 тысяч 463 спортсмена. И даже сборные команды регионов субъектов Федерации, которые в сумме насчитывают 285 тысяч человек, а это уже спортсмены достаточно высокого уровня, уровня кандидатов в мастера спорта и выше, с соответствующим уровнем подготовки, нагрузки, ну и всех сопутствующих, к сожалению, проблем. Даже их мы пока не можем обеспечить прохождением полноценного УМО.

Я знаю, что в регионах часто отчитываются и говорят, что УМО не проводят, но когда начинаешь на месте спрашивать и разбираться, что включает в себя это УМО, конечно, оно очень сильно отличается по объёму от того полноценного УМО, который проводится для членов сборных команд страны в Москве. И, конечно, вопрос стоит о том, чтобы ФМБА, Министерство здравоохранения, вот стандарты проведения УМО распространило, утвердило, распространило требование как стандарт на все региональные учреждения с соответствующим ресурсным обеспечением, потому что там не могут провести эти обследования, эту работу в первую очередь из-за нехватки оборудования необходимого и из-за отсутствия необходимого количества специалистов и их квалификации.

И вот мы сегодня говорим о развитии, но из 25 миллионов занимающихся, если мы возьмём эти 9 тысяч членов сборных команд страны и 285 членов сборных команд субъектов, ну которые кто хуже, кто лучше, медицинское сопровождение имеет, конечно, остальные почти 4 миллиона занимающихся, они практически лишены этого медицинского сопровождения. О чём сегодня уже гофрили, говорила Светлана Сергеевна. И первый и необходимый шаг в этом направлении, конечно, воссоздание и развитие сети физкультурно-диспансерных учреждений.

Однако, вот здесь и в рекомендациях есть ссылка на приказ Министерства здравоохранения в этом направлении, и в выступлениях об этом говорилось. Я считаю, что вот моё изучение этих документов и беседы, встречи с практиками на местах в общем-то говорят о том, что в сегодняшних условиях при этой нормативной базе и при этом ресурсном эти задачи, они нерешаемы. И в общем-то я сейчас в этом убедился, когда вот были сейчас примеры. Если почти на 3 тысячи занимающихся спортом в ДЮСШ, я уж не говорю про других, другие ещё меньше, на 3 тысячи занимающихся один врач. А для сборных команд на 30 человек один врач, 300 врачей на 9 тысяч. То, чтобы коренным образом изменить эту ситуацию, нужно там не в разы, а в десятки раз увеличить количество медицинского персонала. Соответственно увеличить количество ресурсного обеспечения и так далее, и так далее.

И поэтому я считаю, что вот к этим нормативам, и к этим показателям, которые стоят в данных, разработанных программах нужно вернуться ещё раз и внимательно проработать, чтобы эти все показатели и задачи были, ну не обманывать себя самим, чтобы они были достижимы. А если мы, не мы, а правительством поставлена задача к 2020 году ещё в два раза увеличить количество занимающихся спортом. Мы с вами видели уже в диаграмме Бориса Александровича, что увеличение количества охваченных и не предполагается вот при этой системе. И, конечно, здесь даже вопрос возникает: а нужно ли нам тогда увеличивать количество занимающихся. То есть мы благо делаем для нашей молодёжи, для наших детей, втягивая их в занятия физической культурой и спортом, или где-то делаем даже, может быть, им во вред, не обеспечивая их соответствующим медицинским сопровождением. О том, к чему это приводит, здесь уже было сказано, я не буду повторяться.

Совсем сложное положение, конечно, тяжёлое положение с вопросами обеспечения спортивной медициной в регионах, поэтому при принятии решений и программ, в первую очередь, разумеется, нам нужно обратить внимание на постановку дела в субъектах Федерации. Говорили, что сейчас поднялся уровень в Казани обеспечения спортивной медициной, в Сочи, но это благодаря тем крупным мероприятиям, которые там готовятся и будут проводиться. А если бы их не было? А так как у нас в других регионах, в основном, пока не предполагаются такого уровня мероприятия, то и решение вопросов там тоже ещё далеко.

Проблема нерешённости ранней специализации детей, спортивной специализации, это тоже подтверждение отсутствия единого научного и методического подхода к организации спортивной работы. Это то, о чём говорила Светлана Сергеевна. И это уже вопрос, наверное, к отраслевым учебным заведениям наших ведомств и к их научным институтам. Чтобы эти вопросы снять сейчас мировая практика зарубежная, активно в этом направлении работающая, имеет очень много примеров. И, наверное, мы в нашей

стране действительно этот вопрос тоже несколько упустили, и в ближайшее время должны над этим поработать, и единую методологию какую-то составить и рекомендации для специалистов-практиков тоже на местах дать.

Я не буду останавливаться на вопросах восстановления и реабилитации, организации питания, работы со спортсменами-инвалидами и других. Вопросы и направлений очень много, что подтверждает тезис о том, что мы ещё только в начале решения вопросов медицинского сопровождения и развития спортивной медицины. Поэтому я поддерживаю рекомендацию и предложение о создании рабочей группы в рамках Государственной Думы, в рамках комитета, для того чтобы привлечь заинтересованные ведомства и специалистов для проработки, системной проработки этих вопросов. И, наверное, организация этой работы под крылом Государственной Думы, может быть, не может быть, а наверняка снимет те межведомственные вопросы, о которых здесь говорилось, или, во всяком случае, они не будут так проявляться. И это позволит более рационально и продуктивно работать.

И последнее. Мы говорим о развитии технологий, медицинских технологий и так далее. Удивляемся результатам спортсменов Китая, удивляемся их методикам нетрадиционной медицины. «За счёт чего они достигают таких результатов?», – спрашиваем мы себя и других, и не можем пока ответить. Но в это же время не используем свои ресурсы, свои возможности.

Я только что вернулся с Горного Алтая, там есть удивительное место – Семиинский перевал, это учебно-тренировочный центр ещё Госкомспорта СССР, который расположен над уровнем моря где-то в районе 2 тысяч метров. Вы знаете природные богатства Алтайского края, Алтайской Республики, и те технологии восстановления и реабилитация, которые сейчас там достаточно серьёзно и далеко продвинулись за последние 20 лет, я считаю, что наша медицина, и наша спортивная сфера, вот в частности, Министерство спорта совместно с ФМБА, могли бы там создать лабораторию для сопровождения спортсменов для отработки новых технологий и с участием наших ведущих спортсменов. И с учётом того, что в следующие зимние Олимпийские игры через 5 лет состоятся в Корею, которая очень близка по климатическим и по временным условиям с Алтаем, то это было бы, наверное, и с этой точки зрения рационально и целесообразно.

Председательствующий. Очкасов Евгений Евгеньевич, заведующий кафедрой лечебной физкультуры и спортивной медицины Первого московского государственного медицинского университета.

Очкасов Е. Е. Мы не в начале пути. Если мы вспомним, то спортивная медицина в Советском Союзе, в общем-то, занимала сильные позиции. И тема моего сообщения будет посвящена в основном вопросам подготовки специалистов в области спортивной медицине в вузе. Именно с таким обращением вот ко мне, ну мы согласовали такую тему с главными специалистами Минздрава по спортивной медицине.

И знаете, история развития медицинского образования в советский период, конечно, прослеживается. То, что постепенно от предмета физкультуры, лечебной физкультуры мы перешли к включению в преподавание студентам вопросов врачебного контроля, то, что является, в общем-то, фрагментом, одним из фрагментов спортивной медицины.

Но сегодня сложилась, в общем-то, к сожалению, очень трагическая, я бы сказал, ситуация с образовательными программами. А что получилось?

Остался буквально год, когда мы учимся по действующим, уже несколько лет существующим образовательным программам. И на сегодняшний день представитель Министерства спорта говорил, там не совсем точно там высказано было. На сегодняшний день преподаются дисциплины для студентов: «лечебная физкультура» и «врачебный контроль».

Но с началом преподавания в рамках Федерального государственного образовательного стандарта третьего поколения, которое планируется через год уже, полностью исключено из преподавания студентам, вопросов спортивной медицины в каком-то виде не было. Дисциплина заменяется на медицинскую реабилитацию. Там, вообще, вопрос спортивный ни кем не рассматривается.

То есть мы получаем ситуацию, мы сейчас говорим с вами, там улучшить, совершенствовать некому, потому что студент об этом, вообще, ничего не узнает.

Мы обращались по данному вопросу в Министерство образования, с Борисом Александровичем вместе подготовили бумаги соответствующие, на что нам пришёл ответ, что, пожалуйста, это вводится на усмотрение вуза, можете вводить это в вариативную часть, в раздел «Спортивная медицина». А мы обращались, с какой просьбой? Чтобы изменить название «медицинская реабилитация» – на «медицинская реабилитация и спортивная медицина». Нам это не дали, и предложено ввести вариативную часть.

На сегодняшний день единственный вуз в стране, который осуществляет преподавание студентам, то есть на додипломном этапе, это Первый московский государственный медицинский университет имени Сеченова кафедра лечебной физкультуры и спортивной медицины, который я возглавляю. Больше в вузах этого нет.

И в рекомендациях, которые сегодня нам раздали, здесь сформулировано в части образования, я считаю, не совсем верно.

На сегодняшний день вузы все, если мы вводим эту отдельную специальность «Спортивная медицина» – это значит, все вузы поголовно должны найти специалистов по спортивной медицине, которые должны соответствовать определённым требованиям, предъявляемым к образовательным учреждениям, насытить эти кафедры преподавателями – это профессорами, доцентами, ассистентами с учёными степенями по спортивной медицине. Многие ли это вузы, кафедры смогут? Москва сможет, первый мед сможет, второй мед сможет. А смогут ли какие-нибудь другие вузы? Конечно, нет.

Поэтому на сегодняшний день я точно так же, как сейчас говорят, а надо ли разделять отдельно лечебную физкультуру и спортивную медицину? Можно говорить, есть и туда, и сюда плюс и минус. Но с моей точки зрения, пока мы не организовали нормальный процесс обучения, должно существовать, вот как существует специальность «Лечебная физкультура и спортивная медицина», а уже дальше из этой специальности человек может работать на должности врача по лечебной физкультуре и по спортивной медицине. Но в вузе должна существовать дисциплина «Медицинская реабилитация и спортивная медицина».

Председательствующий. Выступает Выходец Игорь Трифионович, центр спортивных инновационных технологий подготовки сборных команд, департамент физической культуры Москвы.

Выходец И. Т. Ну вот тут пирамидочка такая, похожа на ту, которая была у Бориса Александровича, сверху сборные команды России, основание – это

те школы и клубы, в которые ходят наши дети, все мы понимаем, что медицинское обеспечение важно, оно обязано быть, потому что дети у нас с вами, к сожалению, умирают, или во время соревнований, или в раздевалках, или на тренировках, такое бывает, но всё у нас, как говорил наш великий сатирик Задорнов, в стране всё из-за денег, да? И вопрос финансирования – это главный. Будут финансы – будет у нас всё хорошо. Не будет финансирования, сколько мы с вами бы не принимали даже на таком высоком уровне рекомендаций, они так, к сожалению, рекомендациями и останутся, а финансирование, оно, конечно, вытекает из нормативной правовой базы.

Вот 2012 год, город Москва, в первом ряду сидят мои коллеги из департамента здравоохранения, я представляю департамент физкультуры и спорта, мы как бы с ними, получается, сидим в разных окопах, но на одной линии фронта, на одной стороне, к счастью.

Программа госгарантий, которая определяет и финансирование, и те виды программы медпомощи, которая оказывается у нас гражданам.

Три пункта, всю спортивную медицину выкинули на законодательном уровне. Ни справок вам, ни вам, ни детям, ни взрослым, ни медобеспечение соревнований, ни проведение УМО.

Значит, целый год мы бились на высоком уровне в Москве, 2013 год, и в перспективе 2014–2015-й, всё, супер, значит, обеспечиваются, и оказание медпомощи при проведении соревнований, и медосмотра детей, вот это те самые справочки для занятий физкультурой и спортом, но заметьте, детей, взрослые тоже за денежку должны, и соответственно, медобследование спортсменов, УМО и всё остальное. Всё законодательно, всё здорово, замечательно, но если вернуться в наши с вами реалии и переход в здравоохранении на одноканальное финансирование, как правило, уже к 2015 или 2016 году у нас все на ОМС перейдут. Смотрим тарифы ОМС, себя мы там не видим. Значит, смотрим работу выездную бригад спортивных медиков по обеспечению соревнований. Что мы там видим? Ничего не видим. Нет, ноль курьезный. Да?

В Москве проводится больше 6 тысяч соревнований в год. Это муниципальные, школ, межрегиональные, кубки префектов, не говоря уже о больших соревнованиях. Бывают дни, как правило, выходные или праздничные, когда в городе Москве одновременно проходит больше трёхсот соревнований. Больше трёхсот. По действующей нормативной базе как бы на каждом соревновании должна быть скорая помощь, бригада спортивных врачей. У нас с вами праздничный день, 300 соревнований. Снимаем все бригады скорой помощи города Москвы, хотя их дежурит в день меньше трёхсот в нашем мегаполисе.

Может, до регионов не дошла пока эта ещё волна, до нас, до Москвы дошла. Скорая помощь нам говорит, что ребята, дорогие, мы теперь в ОМС, у нас вызов один стоит достаточно хорошо, несколько тысяч рублей мы получаем, но наша бригада, которая стоит у вас 8 часов на соревнованиях, это трутни, нахлебники. В то время как 20 бригад с их подстанции ездят, зарабатывают деньги, они сидят, «курят бамбук» на соревнованиях, извиняюсь, и не получают за это ни копейки. Ну, вот так у нас сейчас финансирование устроено.

Что касается обеспечения бригадами спортивных медиков, то же самое. В выходные дни что людям надо дать? Или двойную оплату, или потом от-

гул. 300 соревнований. У нас, если санитаров всех выставят из всех своих филиалов, все соревнования не закроют. Поэтому к чему я это всё веду? УМО я уже касаться не буду.

Вот, обязанность организаторов физкультурных мероприятий: если ты организовываешь соревнование, будь добр, обеспечь их, в том числе и медицинской. Если копнуть чуть дальше по законодательству, то на самом деле здесь ситуация двойственная: нигде не написано, что на соревнованиях должна дежурить бригада скорой помощи, это в минздравовских актах 613-й приказ, там идёт речь только о безопасности и об оказании помощи. Скорая помощь нам говорит: ребята, вот нет у вас дежурства, есть оказание помощи скорой. Звоните 03, через 12 минут мы у вас.

Председательствующий. Выступает Воробьёв Павел Андреевич – заместитель председателя Форумного комитета Российской академии медицинских наук.

Воробьёв П. А. Я – человек, несколько далёкий от спортивной медицины, прямо скажу, занимаюсь пожилыми больше, но вот что хотел бы сказать.

Во-первых, что мне кажется, должно быть больше аутсорсинга в системе, должны быть парамедики, которых у нас вообще нет. И оказание помощи, скажем, на соревнованиях, это первый вопрос к парамедикам, а не к медицинской службе скорой помощи. Никуда не годится, когда человек погибает от нарушения ритма, и никто не знает, что делать, все ждут скорую помощь, которая приедет через 40 минут. Во всём мире есть такая служба, у нас её нет в принципе, и нужно её развивать.

Второе, что я хотел бы сказать, это тема самопомощи, взаимопомощи, скорее даже самопомощи. Сейчас очень много различных приспособлений, девайсов, для смартфонов, телефонов и так далее, включая различные весы. У нас это вообще никак не развивается. Люди ведь сами могут оценивать своё состояние здоровья и пользоваться теми же тонометрами, не просто электронными, а связанными с системой передачи информации. Должны быть соответствующие специалисты, которые эту информацию могут обрабатывать, но и человек сам может обрабатывать с помощью программных продуктов. Мне кажется, что это тоже тема недостаточно у нас хорошо сегодня развита. Это не имеет, наверное, отношения прямого к спорту, но это точно имеет отношение к физкультуре и к оздоровительным различным мероприятиям, так или иначе с физкультурой связанными.

И третье, мне кажется, что развитие различных структур, диспансеров, центров и так далее, это тупиковый путь развития. Ну мы, конечно, изобретаем свои велосипеды. Но мне кажется, если бы у спорта были бы деньги на медицину, то они покупали бы услуги вот так, как покупают услуги института питания, вот вам институт питания всё разложил по полочкам. А давайте создадим центр вне института питания, а в ... центре физкультуры. Там ничего не будет, я вас уверяю, закончится ничем.

Проблемы кардиологии надо решать кардиологам, а не в Центре по спортивной медицине. Проблемы ортопедии нужно решать в институте ортопедии, а не в Центре по спортивной медицине. Но для этого должен быть, ещё раз повторю, система другого финансирования принципиально иного. Не за счёт системы ОМС, к ОМС это не имеет отношения, а за счёт физкультурных каких-то денег, спортивных денег, покупка услуг у медицины. Тогда это будет нормально функционировать.

Председательствующий. Смоленский Андрей Вадимович – директор НИИ спортивной медицины физической культуры, спорта и молодёжи.

Смоленский А. В. Мы сегодня много говорили о врачебно-физкультурной службе, о диспансерах, обо всех проблемах, которые есть, абы не о каком-то низком охвате, о проблемах финансовых. На мой взгляд, есть самая главная проблема, что, несмотря на то, что мы сегодня готовим специалиста, мы готовим его после 6-летнего образования, мы всё идём по старинке, у нас совершенно старый подход, мы совершенно ничего не меняем. Лечебное дело наше остаётся лечебным делом. Дальше у нас начинается там семейная неврология, скоро и медицинская травматология РСБИ, и оттуда, пожалуйста, идите в спортивные врачи и врачи лечебной физкультуры.

Мы прекрасно понимаем, в ФМБА, слава Богу, существует такая организация, хорошее финансирование спортивных врачей, во всём остальном – довольно грустная ситуация.

На мой взгляд, сегодня нужен совершенно новый формат подхода, совершенно новый и спортивный врач, об этом сегодня говорили многие. Но понятно, что он должен знать теорию и методику спорта, клиническую там фармакологию спорта, там травматологию и так далее. И мы предлагаем такую форму, которую мы обкатали (в данном случае «обкатали» слово такое грубое), но мы проводили УМО физической культуры в Ульяновске, потом поддержали все ректоры, речь идёт о многоуровневом образовании – бакалавр спортивной медицины. Остаётся поддержка Минздрава.

Это квалификационные требования бакалавра – 4-летнее образование, там есть к нему определённые требования, это разработанные программы и стандарты, то есть пойти совершенно по новому пути, подготовить совершенно иного специалиста, да, бакалавра, который будет работать, где? В школах, в детских садах, на спортивных площадках, есть у нее квалификационные требования. Контроль есть, всё это прописано, прописаны даже все программы. Мы это делали совместно с Ульяновским государственным университетом, которому исполнилось только что 25 лет. Дальше у нас идёт магистр.

Дальше у нас идёт магистр двухлетний, да, которого можно учить из других специальностей, да, как это делается сегодня во всех цивилизованных странах. Кстати, включая сегодня Китай, который является приоритетным, уж не говоря о Соединённых Штатах Америки. А дальше мы говорим о трёхлетнем новом образовании спортивного врача. Везде интегрирована деятельность с учреждениями медицины. То есть, значит, вузами физической культуры. Но, безусловно, это ... деятельность вузов физической культуры и медицинских вузов. И нужно пересмотреть эту позицию.

Поэтому более того, в своё время, а это был патронаж поддержан «ЕДИНОЙ РОССИЕЙ», эта идея. Губернатором Морозовым, в частности, Ульяновской области. И было инициировано даже на эту тему обсуждение. Вот теперь по поводу бакалавров. Потребность, я понимаю, что врачи в зале понимают ... мы все начинаем про себя вспоминать, что с нами было. И оказывается, что эта ситуация сложная. Нам нужно 70 тысяч бакалавров, магистров и спортивных врачей.

Председательствующий. Анатолий Владимирович Царик, вице-президента Паралимпийского комитета России.

Царик А. В. Я понимаю, как знак особого уважения к спорту инвалидов, предоставление слова в заключение.

Я уверен в том, что все присутствующие понимают особое значение медицинского обеспечения для инвалидов. У нас сегодня 12,5 миллионов инвалидов, из них вот по последней статистике спортом занимается около 500 уже тысяч, и где-то более 800 человек числится в списках сборных команд Российской Федерации, которые, я думаю, многие знают, успешно выступают на международной арене, и сейчас мы стали по существу лидерами по зимним и летним Паралимпийским играм в мире, это где-то с далеких-далеких 17-х позиций мы вышли вот за последние годы вот сюда.

Значит, проблем очень много, и конечно, за три минуты трудно что-то сказать, но я бы попросил вот руководство и организаторов этого форума включить обязательно представителя Паралимпийского комитета в рабочую группу с тем, чтобы вот некоторые проблемы, ну я вот в двух словах буквально скажу, что заключение по УМО у нас для сборных команд приходит с хроническим опозданием, где-то до 53 дней, значит, я вам точную цифру скажу, 65 процентов, от 15 до 30 дней, 21 процент, более 30 дней, до 53-х. Ну понятно, что такое заключение, там же ведь, даже в приказе Минздрава записано, что основная задача вот этих всех УМО – это определить патологию и дать рекомендации, корректировку индивидуальных планов.

Ну о какой патологии, так сказать, может идти речь, когда человек продолжает заниматься, не зная о том, что ему нельзя уже заниматься, понимаете, а он еще 30 дней, слава Богу, никаких трагических случаев здесь не произошло.

Нет некоторых нормативов очень серьезных, ну я уж не говорю о нормативе штатной численности на одного спортсмена-инвалида, для олимпийцев она существует, 20 дней, 20 человек – 1 врач, или 1 врач на 20 человек, у нас такого норматива нет.

Но самое печальное, что нет и других нормативов.

Так что, об этом, наверное, надо будет говорить уже на рабочей группе, но то, что, скажем, мы не знаем очень многих вещей, и скажем, недопуск, критерии недопуска, принципы недопуска спортсменов-инвалидов к занятиям, к дальнейшим занятиям, даже на уровне сборных команд, таких нормативов нет, их надо, видимо, вводить.

Ну и целый ряд других проблем, я так думаю, за такое короткое время трудно сказать, поэтому я повторяю, мы просили бы включить нашего представителя, который непосредственно работает со спортсменами-инвалидами, и это будет, на мой взгляд, правильно.

Председательствующий. Спасибо большое за участие. Теперь мы обязаны ваши все рекомендации учесть, чтобы наш, очень солидный «круглый стол» принёс конкретный результат для спортивной медицины и для населения нашей страны.

Спасибо всем.

Содержание

Материалы парламентских слушаний на тему «Законодательное регулирование исчисления времени на территории Российской Федерации» (27 сентября 2012 года)	3
Стенограмма парламентских слушаний	
Вступительное слово председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Калашникова С. В.	3
Выступления участников парламентских слушаний	
Герасименко Н. Ф.	4
Апрелев В. П.	5
Панин А. В.	6
Серета З. С.	8
Элькин Г. И.	9
Беспалов В. Н.	11
Ковальзон В. М.	12
Драпеко Е. Г.	13
Романов В. С.	14
Мурзабаева С. Ш.	15
Дмитриева О. А.	16
Рекомендации парламентских слушаний	19
Материалы парламентских слушаний на тему «Совершенствование законодательства о рекламе лекарственных средств, медицинской техники, изделий медицинского назначения и медицинских услуг» (18 октября 2012 года)	22
Стенограмма парламентских слушаний	
Вступительное слово председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Калашникова С. В.	22
Выступления участников парламентских слушаний	
Тельнова Е. А.	23
Максимкина Е. А.	26
Прокопьев А. С.	26
Пономарева М. Н.	27
Карташов Н. Н.	28
Герасименко Н. Ф.	32
Колесников С. И.	35
Воробьев П. А.	37
Дмитриев В. А.	39
Шипков В. Г.	40
Калинин Ю. Т.	44
Дараган Н. К.	45
Третьякова А. М.	46
Рекомендации парламентских слушаний	49
Материалы «круглого стола» на тему «Пропаганда здорового образа жизни как фактор духовного и нравственного развития подрастающего поколения» (6 ноября 2012 года)	53
Стенограмма «круглого стола»	
Вступительное слово первого заместителя председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Н. Ф. Герасименко	53
Выступления участников «круглого стола»	
Иванов Г. Е.	54
Гильмутдинов И. И.	58
Омельченко В. И.	61
Собченко В. Г.	64

Дорофеев С. Б.	66
Гвоздев В. А.	68
Водяницкая О. И.	70
Коростин М. И.	72
Иванова Л. Н.	74
Артемова Т. А.	75
Рекомендации «круглого стола»	78
Материалы парламентских слушаний на тему «Законодательное обеспечение сокращения потребления табака на территории Российской Федерации» (8 ноября 2012 года)	
	82
Стенограмма парламентских слушаний	
Вступительное слово председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Калашникова С. В.	82
Выступления участников парламентских слушаний	
Миронов С. М.	82
Вельмайкин С. Ф.	85
Герасименко Н. Ф.	89
Носов Д. Ю.	93
Заридзе Д. Г.	95
Стебенкова Л. В.	97
Торопова Н. В.	98
Максимов В. Г.	100
Мищенко М. Н.	102
Пепеляев С. Г.	103
Сахарова Г. М.	105
Желнин В. А.	107
Янин Д. Д.	109
Варварин А. В.	110
Дорофеев С. Б.	113
Дёмин А. К.	114
Рекомендации парламентских слушаний	120
Материалы парламентских слушаний на тему «Законодательное обеспечение государственной политики в области детского, лечебного и профилактического питания» (15 ноября 2012 года)	
	123
Стенограмма парламентских слушаний	
Вступительное слово председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Калашникова С. В.	123
Выступления участников парламентских слушаний	
Прокопьев А. С.	124
Тутельян В. А.	125
Данилова С. Д.	129
Мельниченко Г. А.	130
Шелищ П. Б.	133
Гроздова Т. Ю.	135
Круглик В. И.	137
Семёнова В. П.	139
Серета З. С.	139
Пила Т. Л.	141
Малова Т. И.	142
Браун С. Н.	142
Рекомендации парламентских слушаний	145
Материалы «круглого стола» на тему «Законодательное регулирование вопросов организации оказания медицинской помощи мигрантам» (22 октября 2012 года) ...	
	150
Стенограмма «круглого стола»	
Вступительное слово председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Калашникова С. В.	150

Выступления участников «круглого стола»	
Мурзабаева С. Ш.	151
Гулин А. Н.	157
Нечаева С. М.	159
Дементьева Л. А.	160
Нилов О. А.	163
Натхо Р. Х.	164
Валентей Д. А.	166
Кириллин А. А.	167
Куликов О. А.	169
Московский Ю. В.	170
Кожевников А. А.	173
Кравчук С. Г.	173
Герасименко Н. Ф.	174
Гулин А. Н.	175
Махакова Г. Ч.	176
Ковалёва Т. Н.	179
Храмцов В. Г.	179
Рекомендации «круглого стола»	182
Материалы парламентских слушаний на тему «Законодательное регулирование обеспечения порядков, стандартов и контроля качества оказания медицинской помощи» (6 декабря 2013 года)	
187	
Стенограмма парламентских слушаний	
Вступительное слово председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Калашникова С. В.	
187	
Выступления участников парламентских слушаний	
Вельямкин С. Ф.	188
Тельнова Е. А.	192
Лозовой В. И.	194
Колесников С. И.	195
Попович Л. Д.	196
Рошаль Л. М.	197
Воробьев П. А.	198
Стародубов В. И.	200
Герасименко Н. Ф.	201
Дорофеев С. Б.	202
Байбарина Е. Н.	204
Рекомендации парламентских слушаний	211
Материалы парламентских слушаний на тему «Совершенствование законодательного регулирования в сфере обращения биологически активных добавок к пище на территории Российской Федерации» (21 февраля 2013 года)	
217	
Стенограмма парламентских слушаний	
Вступительное слово председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Калашникова С. В.	
217	
Выступления участников парламентских слушаний	
Железняк С. В.	219
Герасименко Н. Ф.	220
Прокопьев А. С.	221
Брагина И. В.	222
Максимкина Е. А.	225
Штогрин С. И.	226
Нижегородцев Т. В.	228
Беляков А. В.	230
Колесников С. И.	232
Исаев В. А.	236
Рекомендации парламентских слушаний	239

Материалы «круглого стола» на тему «О ходе реализации Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в части оказания паллиативной помощи» (14 марта 2013 года)	246
Стенограмма «круглого стола»	
Вступительное слово члена Комитета Государственной Думы по охране здоровья С. Ш. Мурзабаевой	246
Выступления участников «круглого стола»	
Новиков Г. А.	253
Вылегжанин С. В.	255
Агузарова Г. Р.	256
Браун С. Н.	258
Невзорова Д. В.	261
Городецкий В. М.	263
Зубкова И. И.	264
Хасанов Р. Ш.	264
Максимов В. Ю.	265
Дорофеев С. Б.	266
Рекомендации «круглого стола»	267
Материалы парламентских слушаний на тему «Законодательные аспекты государственного регулирования качества лекарственных средств» (21 марта 2013 года)	271
Стенограмма парламентских слушаний	
Вступительное слово председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Калашникова С. В.	271
Выступления участников парламентских слушаний	
Мурашко М. А.	272
Тумусов Ф. С.	276
Максимкина Е. А.	278
Нижегородцев Т. В.	279
Петров А. П.	281
Прокопьев А. С.	285
Колесников С. И.	286
Дмитриев В. А.	287
Калинин Ю. Т.	289
Корякин А. В.	290
Дараган Н. К.	292
Колчанова Т. И.	293
Щипков В. Г.	294
Иванов Р. В.	295
Воробьев П. А.	296
Береговых В. В.	297
Рекомендации парламентских слушаний	299
Материалы «круглого стола» на тему «О состоянии и проблемах спортивной медицины» (6 июня 2013 года)	303
Стенограмма «круглого стола»	
Вступительное слово председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья С. В. Калашникова	303
Выступления участников «круглого стола»	
Поляев Б. А.	304
Уйба В. В.	308
Журова С. С.	311
Колесов А. В.	315
Бариев М. М.	318
Очкасов Е. Е.	320
Выходец И. Т.	321
Воробьев П. А.	323
Смоленский А. В.	324
Царик А. В.	324

**Материалы парламентских слушаний
и «круглых столов», проведенных
Комитетом Государственной Думы
по охране здоровья**

*Осенняя сессия 2012 года,
весенняя сессия 2013 года*

Электронное издание

ЗАО «Гриф и К», г. Тула, ул. Октябрьская, д. 81-а

Редактор Кириленко Ю. П.
Корректор Скоробогатова О. М.
Компьютерная вёрстка Плеханова В. В.

Подписано к выпуску 20.12.2013 г.
Формат А5.