



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

## **ОБЗОР ПРЕССЫ**

**ПО МАТЕРИАЛАМ ПЕЧАТНЫХ,  
ЭЛЕКТРОННЫХ СМИ, РАДИО И ТВ-  
ЭФИРА**

### **СОДЕРЖАНИЕ:**

Выступление министра – 2    2

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ  
7**

**СРЕДСТВАМИ 7**

Надзор на фармрынке 7

**ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА  
ЖИЗНИ            10**

Борьба с курением    10

**МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
11**

Информатизация здравоохранения – 1  
11

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМИ  
УСЛУГАМИ    12**

Медицинской помощи    12

Медицинская помощь детям и служба  
родовспоможения    16

Медицина катастроф    18

**МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА И ИННОВАЦИИ  
18**

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ 23**

Анонс 23

**30 мая 2016 года**



## Выступление министра – 2

Россия 1 # Воскресный вечер с В. Соловьевым, Москва, 30 мая 2016 0:05

(ЧАСТЬ 8) БЕСЕДА С В. СКВОРЦОВОЙ

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** И это ниже инфляции. Вот благодаря тому, что у нас есть эти механизмы. Что касается закупочных процессов. Сама Российская Федерация, Министерство здравоохранения закупает только очень дорогостоящий сегмент. Препараты по 7 назологиям. По закону, мы должны были отдать эти полномочия тоже регионам. Но мы оставили за собой, и правильно сделали, потому что абсолютно бесперебойно работает этот механизм, у нас нет на территории страны ни одного просроченного рецепта, ни одного. Ни на Северном Кавказе, ни на Дальнем Востоке.

(аплодисменты)

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Значит, то же самое мы делаем по некоторым другим направлениям.

В: А наши лекарства не хуже западных аналогов?

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** У нас, в нашем перечне 67% лекарств, производимых на территории страны, остальные не производятся на территории страны, а завозятся. Это... я не говорю о том, что это все отечественные препараты, я хочу как раз подчеркнуть, что тех технологий, которых мы сейчас не имеем, мы их будем завозить, потому что для нас самое главное - это состояние здоровья населения.

В: Молодцы.

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Если нужны препараты, мы их будем завозить.

В: Да, что... что они нужны.

(аплодисменты)

В: При этом из-за границы-то можно самим привозить препараты?

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Можно. У нас ничего не изменилось. Тот закон, который сейчас рассматривался в Думе и поддержан в Думе, это закон на очень короткий перечень там, ну, два десятка препаратов, сильнодействующих препаратов, включающих анаболические гормоны, стероидные, там определенные вот сильные обезоливающие и так далее. Это очень короткий перечень, который, ну, имеет очень отдаленное вообще отношение к перечню жизненно важных...

В: (неразборчивая речь)

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ**

**ФЕДЕРАЦИИ):** Да, все остальное ничего не изменилось.

В: А кто нас лечит... вот те люди, которые нас лечат, они получают достойную зарплату. Как изменилась их зарплата за последнее время, на сколько хорошо они подготовлены, насколько они овладели методами дистанционного... дистанционной работы с населением. Потому что ну если какой-нибудь оленевод, как раньше в советское время, а ему надо помочь. Значит, он открывает свой компьютер.

(аплодисменты)

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Вы знаете, вот этот вопрос самый главный. Вот главный вектор развития здравоохранения отечественного - это решение кадровой задачи, которая стоит перед отечественным здравоохранением. Она на две части раскладывается. Первая часть - это чтобы у нас были те специалисты, которые нам нужны. Устранение не столько даже дефицита сейчас уже кадров, сколько дисбаланса, который накопился десятилетиями. Мы здесь очень преуспели. Вот я хочу отметить, что за 15-й год у нас общее число врачей. В государственных медицинских организациях увеличилось более чем на тысячу. Но у нас впервые за последние десятилетия увеличилось число врачей по всегда дефицитным специальностям. Ну, скажем, анестезиологи-реаниматологи пришло более 900 человек молодых специалистов в отрасль, онкологов 400, рентгенологов 400, психиатры, патологоанатомы. Вот долго это была просто яма, потому что система производила стоматологов, гинекологов, урологов. Те специальности, которые в 90-е годы считались хлебными.

В: То есть на всех стоматологов уже не хватало зубов.

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Примерно.

(аплодисменты)

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Это один из дисбалансов - необходимость сделать так, чтобы как бы все соответствовало реальной потребности. Второй момент, это городская медицина и сельская. За последние вот 3 года мы нарастили число сельских медиков на 5,5 тысяч. Это более 11%.

В: То есть люди поехали.

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Люди поехали. Вот только благодаря программе "Земский доктор" в систему пришло более 19-ти тысяч молодых специалистов в село.

В: А денег сколько платим?

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Теперь про деньги. Деньги, зарплаты врачей выросли с конца 12-го года более

чем на 40%. То же самое, примерно, чуть больше, зарплаты среднего медицинского персонала. Зарплата младшего персонала увеличилась на 62%. Но...

В: Они рабы главврача? Или это где-то регулируется?

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Вот это важнейший вопрос. Когда в конце 13-го года к огромному изумлению Минздрава мы стали получать сигналы из регионов, что ничего не происходит, нам отчитываются регионы, что зарплата растет, а врачи нам квитки присылают, что как у них было 4 тысячи всего, как бы базовый оклад, так он и остался. Мы срочно собрали группу рабочую и проели мониторинг ситуации по регионам, это была первая половина 14 года. И оказалось, с учетом как бы новых требований трудового законодательства и как бы вольницы действительно главных врачей, у нас оклад внутри зарплаты врачей составлял до 20% в большинстве регионов. И это действительно менее 4000 рублей, 4000. А все остальное это компенсационные выплаты, это стимулирующие выплаты, масса всяких там отдельных там премий, и так далее. И это субъективный фактор, потому что, несмотря на то, что есть типовые критерии, за что как бы премировать, но злоупотребления на каждом шагу встречались. И фактически ну как бы вот такое свояченичество развивалось.

В: Задача понравиться главному врачу, а не быть хорошим врачом.

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Однозначно. Поэтому...

(аплодисменты)

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Вы правы. Мы в конце 14 года разработали методику, провели 2 пилотных проекта, которые позволили нам сказать, что базовый оклад должен быть не менее 55-60%, а остальное - это компенсационные и стимулирующие выплаты.

В: В среднем сколько сейчас люди получают?

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Значит зарплата врачей сейчас составляет в разных регионах по-разному. Значит, если говорить средний по экономике региона, то план у нас был 137%, мы его перевыполнили, мы вышли на 158%.

В: То есть больше чем в среднем по... Но при этом...

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** По результатам 15 года, но как бы средние разные. Москва и, скажем, там Владимирская область - это разные величины.

В: Но при этом есть проблемы, от которых волосы дыбом. Первое, что бесит людей, это когда тебе надо ждать неизвестно сколько, чтобы достучаться до специалиста. Вот это ожидание людей сводит с ума. У меня там болит, а тебе говорят: через 3 недели, возьмите телефон.

(аплодисменты)

В: С этим что будем делать?

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Есть понятие экстренной помощи. Боль терпеть нельзя. На любую боль человек имеет право даже без очереди проходить или вызывать на дом врача и так далее. А есть плановая помощь. Вот впервые, опять-таки, в 14-м году мы в программу государственных гарантий ввели предельное время ожидания врача терапевта участкового, специалиста в амбулаторном звене, лабораторных исследований, исследований в амбулаторном звене через тяжелые методы, компьютерная томография, МРТ, ангиография, плановые госпитализации, время доезда скорой помощи, время ожидания неотложной помощи, все сейчас регламентировано. И если в 14-м году это было рекомендательно спущено, то в 15-м году это уже включено в тело программы госгарантий, это утверждено постановлением Правительства...

В: То есть обязательно.

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Это обязательно. И на самом деле подвижки здесь однозначно есть, хотя много и недоработок пока.

В: Вы знаете, что меня огорчает. Ну, вот смотрите, приду я на прием к врачу Веронике Игоревне Скворцовой, у меня все будет хорошо, потому что замечательный врач, профессионал. А с людьми сталкиваешься.

(аплодисменты)

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Спасибо.

В: С разными. И когда читаешь, что вот погибла трехлетняя девочка, погибла двухлетняя девочка, погиб еще один ребенок, врачебные ошибки. Не только у нас, это во всем мире, когда провели в Англии статистику, выяснилось, что на очень высоком месте как раз не только онкология и кардиозаболевания, но врачебные ошибки. А есть ответственность? Вот в нашей стране ощущение, что врачи относятся к такой касте, которые, ну, все равно уйдут от ответственности, если уж только там не драка и он не врезал кулаком и человек от этого умер. А что за врачебную ошибку все равно с него не спросят.

(аплодисменты)

В: Вот Вероника Игоревна, как с одной стороны не нарушить корпоративность, не начать новое дело врачей, а с другой стороны, чтобы у людей все-таки была уверенность, что врач отвечает за качество своего образования, за тот

диагноз, который он поставил, и за ту судьбу, на которую он обрек больного.

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Однозначно это надо делать. Сейчас Минздравом разработан закон, он прошел уже через законопроектную комиссию правительства. И как раз на начинающейся неделе я его буду докладывать на заседании правительства. Внесение изменения в КОАП - Кодекс административных правонарушений. Нарушения порядков оказания медицинской помощи является теперь наказуемым и накладывается административные, очень существенные штрафы. И на юридические лица, и на должностные лица. В том случае, если они виновны. В том случае, если это грубая ошибка медицинская, из-за которой здоровье человека каким-то образом подвергается негативному воздействию, но это вообще по закону уже уголовно наказуемо, но фактически это вред, нанесенный здоровью другого человека. Поэтому эти все статьи закона работают. Конечно, вы правы, медицинская ошибка и врачебная ошибка это несколько разные вещи. Врач может быть замечательный, но он работает в медицинской организации, где сломанный кардиограф, где невозможно посмотреть те показатели крови, которые нужно. И при всех его знаниях он не может их реализовать. Бывают системные ошибки, связанные с безобразиями в учреждении и плохой работе главного врача и администрации этого учреждения, но бывает халатность, конкретных медицинских работников.

В: Сажать?

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Ну, наверное, в каких-то случаях это необходимо. Я абсолютно не людоед, я действительно врач и очень привыкла по-доброму и с пониманием относится к людям, но когда я вижу вопиющие нарушения, которые приводят действительно к смерти другого человека, на мой взгляд, это очень должно сурово караться.

(аплодисменты)

В: Вероника, ну, у нас, к сожалению, время заканчивается. Вот если вас вызвал бы Президент Российской Федерации, Владимир Владимирович Путин, с которым вы и так общаетесь и сказал бы: "Вероника Игоревна, вот, что надо сделать, чтобы вы были абсолютно счастливы в вашей профессиональной работе", вот...

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Сложный такой вы вопрос задаете. Сложный такой вопрос задаете. На самом деле у нас есть несколько очень важных направлений, по которым мы развиваемся. И одно из важнейших направлений - это создание системы управления качества медицинской помощи, которая должна быть не зависимой от субъективного фактора. Это сложная система, включающая в себя и безоговорочное исполнение порядков оказания

медицинской помощи, и исполнение клинических рекомендаций, и протоколов лечения, критериев качества, которые должны быть едины на территории всей страны. Это, безусловно, уровень компетенции медицинских работников. То есть то, что уже сейчас запущено, нам надо как бы завершить все эти преобразования. Система непрерывного медицинского образования, с этого года мы начинаем процедуру аккредитации, как допуск врачей к медицинской специалистов по каждому направлению.

В: Хорошая идея.

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Важнейшее дело. И, конечно, я не могу не сказать о таком важнейшем направлении, как инновационное развитие. Вот из всех направлений медицины, у нас есть, пожалуй, два, в которых мы сохраняем мировые приоритеты. Это инфекционное направление - вирусология, микробиология, вакцинология. Здесь мы, ну, реально впереди планеты всей.

(аплодисменты)

В: И второе?

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Важнейшее направление офтальмология. Офтальмология, благодаря нашим предшественникам - Святославу Федорову, его ученикам...

В: Я вам не верю.

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Я вам хочу сказать...

В: Я вам могу сказать почему? Когда министр здравоохранения говорит, что в офтальмологии бешеные успехи, а носит очки?

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Ну, это привычка скорее, ха-ха-ха, да. Дело в том, что мы сейчас занимаемся тем, что отработываем качественную рутину. И нам нужно сделать следующий шаг, качественно шаг. Весь мир стоит на пороге так называемой 4П медицины, персонифицированной, которая уже не по стандартам услуги оказывает, а на основе индивидуального генетического кода. По восприятию тех или иных лекарственных препаратов. И мы тоже к этому близки, но не хватает каких-то вот капелек, отдельных технологий. И вот то, что в медицине в ближайшее время предстоит осовременивание и переход на принципиально иной уровень оказания онкологической помощи, молекулярной таргетной терапии зависящей от особенностей организма конкретного человека. С иммуно-онкологическими определенными особенностями. Определенными особенностями и так далее. Вот, пожалуй, самый большой челлендж, который стоит перед нашей медициной, это развитие вот этих инновационных направлений.

В: Прорыв.

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** И мы это сделаем обязательно.

**В:** Спасибо большое, Вероника Игоревна. Великий и могучий русский язык тоже нуждается в заботе и лечении. Это естественный процесс старения или ошибка диагностики? Кто чему и как учит наших детей? Узнаем через несколько минут. А пока - реклама на канале "Россия".

**Россия 1 # Воскресный вечер с В. Соловьевым, Москва, 29 мая 2016 23:52**

(ЧАСТЬ 7) БЕСЕДА С В. СКВОРЦОВОЙ

**В:** Здравствуйте, Вероника Игоревна. Можно я начну с комплиментов?

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Было бы приятно.

**В:** Ну, я не говорю о том, что вы умный, добрый, замечательный человек, это известно. Вы потрясающий профессионал. Редкий случай, когда в нашей стране профессионал занимается своим делом и управляет отраслью, которой отдал всю свою жизнь.

(аплодисменты)

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Спасибо.

**В:** Поэтому с одной стороны вас очень сложно критиковать. Вы лучше любого критика знаете, реально что происходит и что надо делать. И видите эту колоссальную дорогу, которую необходимо осилить. Вот вы мне скажите, в начале года нам говорили, что тревожно растет смертность. Сейчас нам сказали, что вдруг впервые за долгое время продолжительность жизни выросла до 71-го года. На самом деле что происходит?

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** На самом деле и то, и другое правда. 15-й год начался очень трудно. Во-первых, из-за того, что из под контроля вышла фактически эпидемия свиного гриппа, и это был микс из нескольких штаммов гриппа и Всемирная организация здравоохранения в вакцинальный штамм не заложила определенных мутаций, которые были выявлены в тот период и из-за этого вакцина была не столь, так скажем, эффективна и эпидемия шла не 3 месяца, как обычно, а имела достаточно длинный хвост, фактически с конца ноября 14 года и до апреля 15 года и привела к всплеску хронических заболеваний, как это бывает обычно на хвосте гриппа: сосудистых, дыхательных и других. И благодаря тому, что ситуация была очень сложной, мы разработали для каждого региона отдельно из 85, карту снижения смертности от всех основных причин. Мы вели беспрецедентные меры мониторинга всех основных, ключевых показателей, и качества медицинской помощи. И числа смертей на каждом терапевтическом участке. Фактически с апреля эта система заработала, и мы переломили ситуацию,

где-то в начале лета 15-го года. И к концу года мы вышли на снижение смертности, несмотря на вот тот пик, который был в начале года.

**В:** То есть, удалось побороть?

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Да, минус 3800 с лишним смертей, и вот благодаря тому, что мы это сделали, у нас действительно на полгода увеличилась продолжительность жизни, у мужчин на 0,6 года. Мы достигли показателей 71,39, то есть, ну фактически 71,4. Это было сделано. Но кроме того, мы продолжили все положительные тенденции по снижению материнской, детской, младенческой смертности, вышли на самые низкие за всю историю нашей страны показатели. То есть мы совершенно жестко движемся очень хорошим шагом в правильном направлении.

(аплодисменты)

**В:** При этом людей, как правило... есть ряд диагнозов, которые воспринимаются как приговор. Самое страшное, наверно, онкология. У нас есть какие-то успехи на этом направлении?

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Безусловно, есть. Во-первых, у нас достаточно существенно выросла выявляемость ранних стадий заболевания. Когда люди приходят на диспансеризацию, в рамках диспансеризации выявляемость онкологии на ранних стадиях превысила 70%. То есть только 30% запущенность. К чему это уже сейчас привело? За 3 года у нас летальность, то есть число смертей среди заболевших онкологическими заболеваниями, снизилась на 14%. У нас 5-летняя выживаемость увеличилась на 3,5%. При этом показатель смертности, а он отличается от летальности тем, что летальность - это частота смертей среди заболевших, а смертность - это популяционный показатель. Это частота смертей от онкологии на 100 тысяч населения. Так вот, из-за двух трендов. С одной стороны, мы лучше выявляем, и у нас количество новых случаев не росло. А с другой стороны мы снижаем летальность, у нас смертность пока все время плавает около нуля. То минус 0,5%, то плюс 0,5%. Вот опыт международный свидетельствует о том, что нужно еще 2-3 года накопительного эффекта...

**В:** И тогда будет падение, да?

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Однозначно. И оно будет быстро достаточно.

**В:** Но при этом очень важно то, что беспокоит многих онкобольных и членов их семей - это боль. Эти страшные случаи самоубийства от дикой боли, они, конечно, взорвали общественное мнение.

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Вы знаете, это была одна из важнейших задач 15 года. Мы полностью изменили законодательство и всю нормативную базу,

которую не меняли с 98 года. Тогда перед нами стояла другая, очень острая как бы проблема, это наркомания, которая одолела на тот момент времени страну. Из-за этого те меры, которые в то время были прописаны, это были, ну, так скажем, предохраняющие от вольного обращения наркотических препаратов и тогда казалось, что любой препарат, содержащий наркотик, он в аптеке должен быть там за семью печатями. И специальные меры, гипермеры принимались. Сейчас иная ситуация. И тот анализ, который мы провели, конечно, свидетельствует о том, что лишние есть совершенно барьеры, которые мешают людям страдающим получать вовремя обезболивающую терапию. Поэтому упрощено все. Во-первых, никаких больше комиссий и необязательно консультаций онколога, если диагноз уже поставлен. Лечащий врач, обычный терапевт, может выписывать на обычном бланке соответственно без советов с другими специалистами - рецепты на сильные обезболивающие, включающие наркотики. Во-вторых, упрощены все требования к хранению, транспортировке, к тому количеству лекарств, которые разово можно получать в руки. Мы разрешили даже ФАПам на тех территориях, которые далеки от медицинской организации, с тем... а там тоже живут люди и тоже болеют. Мы их специально лицензируем на возможность выдачи наркотических препаратов, поэтому нормативная база полностью изменена. К чему это привело? За 15-й год у нас число наркотических обезболивающих, их выборка населением увеличилась на 90%. То есть, ну, считайте, 50% - это, получается, что в 2 раза, да. Значит, это очень много. Более того, мы открыли несколько тысяч новых пунктов фармацевтических, которые могут тоже, соответственно, выдавать эти препараты.

В: Тема вашей гордости - это, как я понимаю, борьба с кардиозаболеваниями и то, что у нас принципиально изменилась картина, которая была еще недавно, то есть сейчас смертность от болезней сердца, динамику показывает такую, какой нигде в мире нет, то есть нам удается побороть, так это или нет.

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Это так. За 6 лет с момента запуска сосудистой программы смертность от инсультов снизилась на 42%, а соответственно если взять более такой длительный период, но все равно менее 10 лет, то в 2 раза, ну 50%. Смертность от ишемической болезни сердца на 28%. Это действительно беспрецедентное снижение. Почему это стало возможным? Во-первых, потому что мы изменили подходы к профилактике. Нам нужно, чтобы каждый человек, достигший возраста 40-летнего, значит, регулярно измерял артериальное давление, знак какой у него липидный спектр крови, какой у него холестерин, значит, представлял себе особенности питания, которые он должен иметь. И, ну, ряд других

моментов. И, конечно, если появляются факторы риска развития сосудистых заболеваний, надо их обязательно держать под контролем. Скажем, ну, фактически у каждой женщины в возрасте 50 лет и старше имеются атеросклеротические бляшки. Все начинается с разветвления общей сонной артерии на внутреннюю и наружную. Вот место это здесь, сюда возникают инсульты, отсюда стреляют эмболы, перекрываются сосуды.

В: Предлагаете чаще массировать это место известным российским жестом?

(аплодисменты)

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Необходимо, с этого возраста начиная, регулярные проходить ультразвуковые доплерографические исследования. Вот неслучайно мы с 13-го года возобновили широкомасштабную диспансеризацию. Для каждого возраста там свои... свой перечень методов необходимых.

В: Народ пошел?

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** 22 с половиной миллиона взрослых за год 15-й. И все дети.... 980 с лишним процентов детей. Поэтому это хорошие показатели, но единственное что, и здесь нам приходится бороться, бороться с приписками, с формализмом, с ну, такими совершенно примитивными подходами, от которых ничего хорошего не происходит. В этом плане нам помогает само население, потому что, во-первых, 15-й год стал первым годом, когда мы запустили открытое анкетирование. Каждый может, даже просто в Интернете рассказать о том, как он прошел диспансеризацию и тем более может оставить информацию по... в том регионе, в котором соответственно он находится. Вот, а кроме того, мы каждому выдаем на руки лист, где обозначено, что якобы ему сделано.

В: Чтобы он мог посмотреть и сказать - был или нет.

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Он должен посмотреть и сказать - это делали или нет. Вот, к сожалению, есть регионы, которые этим очень грешат, просто вот очевидной ложью.

В: Худший кто?

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Ну, я бы не стала называть.

В: Ну не надо стесняться, у нас...

**ВЕРНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** У нас есть округа, где проблем больше чем других это Дальневосточный федеральный округ. 4 региона входят в десятку самых неблагополучных с точки зрения здравоохранения регионов. Есть до сих пор регионы в центральном федеральном округе и

северо-западном. Пожалуй, это вот самое напряженное...

В: Это ответственность губернаторов или кого?

**ВЕРОНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** По закону действующему это ответственность губернаторов и их команд включающих того человека которого губернатор назначает на должность министра здравоохранения региона и уже как бы департамент этого министра. Вот. Но...

В: То есть, будучи министром, вы, к сожалению, не можете отвечать за всю страну, то есть за каждую отдельно взятую поликлинику...

**ВЕРОНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Вы знаете...

В: За каждую отдельно взятую клинику.

**ВЕРОНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Год назад мы утратили возможность даже согласовывать тех людей, которых назначают на должность региональных министров. Но...

В: Ну это безобразие.

**ВЕРОНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Тем не менее, я хотела бы отметить, что у министерства здравоохранения прекрасный контакт со всеми и полномочными представителями, Президента, и со всеми губернаторами. И мы находим общий язык, и мы обсуждаем проблемы и с губернатором, и с командой губернатора, поэтому здесь многое удается сделать.

В: Но при этом, Вероника Игоревна, людей волнуют же вопросы такие, знаете, базовые, что происходит с ценами на лекарства, потому что ну народ не богатеет, а лекарства не поймешь. Импортозамещение. Законы страны в Госдуме якобы готовятся, что из-за границы лекарства не привезешь. Вот как сделать так, чтобы у людей не было страха, что они придут, а цены на лекарства вырастут?

**ВЕРОНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Вы знаете, значит, мы в этом направлении развиваемся. Вот если в 14-м году и до середины 15-го года у нас было 608 международных непатентованных наименований, защищено в виде попаданий в перечень жизненно важных препаратов. То в конце 15-го года мы этот список расширили до 646-ти. Это очень существенно. Это примерно 23,5 тысячи разных торговых наименований. Это очень большой спектр лекарств, которые шифруются вот этими 646-тью химическими формулами фактически. На все случаи жизни лекарства есть в этом перечне. Причем мы впервые пошли на беспрецедентный шаг, мы в открытом эфире собирали этот перечень. Комиссия на всю страну обсуждала это. Каждый мог в любом регионе принять участие,

услышать, задать вопросы. Это честный перечень. Вот это я могу твердо сказать.

В: Бесперебойно поступают?

**ВЕРОНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Он раз в год обновляется.

В: Нет, нет. Вот просто наполнение этого списка. То есть человек приходит в аптеку, там это всегда есть?

**ВЕРОНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ):** Вот вопрос заключается в том, что на лекарства, которые входят в этот перечень, мы регистрируем цены и их регулируем. Благодаря этому мы в 15-й год, несмотря на то, что у нас изменился курс валюты, все остальное, удержали цены на эти лекарства. Если на рынке в среднем цены увеличились на 19,5%, а на дешевые лекарства на 30%, то здесь мы удержали на уровне 8%.

## ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ

### Надзор на фармрынке

Московский Комсомолец, Москва, 30 мая 2016 6:00

#### ОСТОРОЖНО, ФАЛЬСИФИКАТ

Автор: Кирилл Печерский.

*Если верить рекламе, проблема нарушений потенции решается довольно просто. Всего-то и надо, что купить какую-нибудь "растительную" добавку на случай "А что? А вдруг?".*

Многие наивные мужчины (а по статистике, проблема эректильной дисфункции знакома каждому второму представителю сильной половины человечества старше 40 лет), вдохновленные образами "железных самцов" из рекламных роликов, расхватывают БАДы для улучшения потенции, как горячие пирожки. И не подозревают, что в составе многих из них - незадекларированные фармацевтические субстанции, прием которых должен осуществляться под строгим контролем врача.

Прошлогодня проверка выявила такие субстанции (ингибиторы ФДЭ-5) в 25 из 29 исследуемых образцов. Однако почти год потребовался, чтобы фальсификат начали отзывать из продажи.

Роспотребнадзор защитил рынок БАДов от опасной продукции

Напомним, что в апреле 2015 года по инициативе Союза профессиональных фармацевтических организаций, НП "Аптечная гильдия" и саморегулируемой организации НПОПБАД была организована контрольная закупка 29 образцов БАДов для повышения потенции, которые широко рекламируются и продаются в наших аптеках. Исследование, проведенное в аккредитованных

**Росздравнадзор** лабораториях, выявило, что лишь в одном образце не было запрещенных к применению в БАД фармсредств. В 80% образцов нашли ингибиторы фосфодиэстеразы-5 (ФДЭ-5) - тадалафил и силденафил. Эти фармацевтические вещества зарегистрированы в Российской Федерации как лекарственные средства рецептурного отпуска. И их бесконтрольный прием опасен для здоровья и даже для жизни.

"В России зарегистрировано 7 лекарственных препаратов, в составе которых есть ингибиторы ФДЭ-5, - рассказывает главный уролог МЗ РФ, главный уролог Москвы Дмитрий Пушкарь. - Все они - строго рецептурные. Назначая их, врач должен быть уверен, что пациент не принимает нитраты для сердца - ведь совместный прием таких средств может привести к сердечному приступу, инфаркту или инсульту. Серьезную опасность представляет то, что ингибиторы ФДЭ-5 находятся в составе этих добавок вместе с другими активными веществами (травмами, витаминами), взаимодействие с ними которых никто не изучал. Поэтому включение лекарственных веществ в БАДы, которые повсюду продаются без рецепта и позиционируются как растительные добавки, - преступление".

Самое ужасное, что доверчивые пациенты понятия не имеют, что они на самом деле принимают под видом безобидных травок. Мало того что такие фальсификаты представляют серьезную опасность для жизни и здоровья, они еще могут спровоцировать бесплодие у мужчин в возрасте 25 - 45 лет. К тому же эти лекарственные вещества обладают нейро-, нефро- и гепатотоксичностью - назначать их должен только врач, который учтет все особенности пациента. Кроме того, их нельзя принимать даже с некоторыми продуктами, например, грейпфрутами, это может привести к смертельному исходу. Такие случаи, увы, зафиксированы.

С проблемой тадалафиловых фальсификатов сегодня хорошо знакомы во всем мире. Российская ситуация не стала исключением в мировой практике. Эксперты говорят, что сегодня доходы этого теневого бизнеса сравнимы с доходами от торговли контрафактным алкоголем или оружием. При этом бизнес этот высокотехнологичный, и фармпираты прибегают к различным инновациям, ухищрениям, постоянно внедряя новые технологии фальсификации. Как рассказывает завкафедрой диетологии и клинической нутрициологии РУДН, профессор Светлана Орлова, американский аналог Роспотребнадзора FDA изъял из оборота после расследований более 150 наименований различных БАДов для мужчин, в которых были обнаружены силденафил, тадалафил, аминотадалафил и другие производные ингибиторов ФДЭ-5. В США даже создали информационную базу фальсифицированных

БАДов. Одних только "лжесредств" для потенции с тадалафилом там более 60 наименований.

Например, прошлогодняя проверка показала, что в добавках "Сеалекс Форте" и "Аликапс" субстанции тадалафила содержались в желатиновой оболочке капсулы! Светлана Орлова говорит, что с подобными пиратскими технологиями ранее сталкивались в Сингапуре, где в оболочке капсул БАД "XP Tongkat Ali Supreme" (в России они продавались как "Тонгат Али Платинум") нашли тадалафил. Кстати, названную добавку отозвали с рынка в июле 2015 года, Роспотребнадзор аннулировал свидетельства о ее государственной регистрации.

А на днях стало известно, что с рынка Белоруссии, Армении и Казахстана были отозваны и добавки "Сеалекс Форте" и "Аликапс". "В них не просто есть фармакоактивные субстанции, которые при бесконтрольном приеме могут представлять реальную угрозу здоровью и жизни, - говорит директор Департамента конкурентной политики в области государственных закупок Евразийской экономической комиссии Сергей Максимов. - Сейчас Главное следственное управление СКРФ ведет расследование по уголовному делу, возбужденному по этому поводу. В том числе по факту оборота фальсифицированной продукции".

Конечно, производители пытаются доказать обратное всеми возможными способами. Например, говорили, что в России нет официальной методики, которая позволяла бы достоверно определить нахождение фармсредств ингибиторов ФДЭ-5 в БАДах. Однако 11 февраля 2016 года такую методику официально утвердил Роспотребнадзор. И повторные проверки подтвердили наличие в средствах "Сеалекс" и "Аликапс" запрещенного к применению в БАД тадалафила. Как говорится, крыть больше нечем? "На основании полученных данных мы обратились в Роспотребнадзор с целью немедленного отзыва продукции "Сеалекс" и "Аликапс" из оборота в аптечной сети по всей территории России, о чем направили соответствующее письмо на имя главы Роспотребнадзора Анны Поповой. В итоге Роспотребнадзор на основании информации, полученной от уполномоченных ведомств стран-членов Таможенного союза, дал указания территориальным органам о принятии мер по прекращению реализации и изъятию из оборота указанной фальсифицированной продукции", - говорит исполнительный директор Союза производителей БАД Леонид Марьяновский.

На очереди - проверки БАДов для похудения, спортивного питания, добавки, рекламирующиеся "для сосудов", "для суставов". Как говорит Светлана Орлова, в последнее время эти номинации держат пальму первенства в сфере фальсификатов: "В средствах для похудения порой добавляют даже пурген; в БАДах для суставов и сосудов все чаще обнаруживают нестероидные



противовоспалительные средства, например, аспирин. Ну а в добавках для спортсменов нередко содержатся анаболики".

Эксперты уверены, что совместными усилиями смогут очистить рынок пищевых добавок от контрафакта. "Присутствие фальсифицированной продукции на рынке бросает тень на честных производителей и дискредитирует БАДы как класс. Между тем есть немало очень хороших, необходимых людям добавок - в наш век нехватки витаминов и дефицита микронутриентов, к сожалению, очень сложно обойтись без дополнительного приема БАД к пище. Я верю, что мы сможем очистить рынок от подделок, и нашими БАДами будут гордиться", - говорит Леонид Марьяновский.

Кроме того, г-н Марьяновский отмечает, что нельзя забывать и о репутации фармкомпаний, фармакологические субстанции которых попросту воруют: "Например, компания, имеющая авторский патент на тадалафил, срок действия которого еще не истек, заявила о том, что понесла серьезный репутационный ущерб, а финансовые потери могут исчисляться сотнями миллионов рублей. Компания намерена отстаивать свои права в следственном комитете. Уверен, у нее есть все шансы на признание потерпевшей по делу об обороте фальсифицированных БАДов".

## **Business FM (bfm.ru), Москва, 30 мая 2016 7:00 СКАНДАЛ НА РЫНКЕ ПРОТИВОРАКОВЫХ ЛЕКАРСТВ: США ПРОТИВ МИНЗДРАВА РФ**

Автор: Сергей Ткачук

***Американский производитель лекарств пожаловался на российский Минздрав. Как пишет РБК, фармхолдинг Celgene обратился в ФАС с требованием предупредить Минздрав о недопущении появления в России контрафакта. Компания обеспокоена появлением на рынке дженерика, в то время как ее патент еще действует.***

Глава американской компании Celgene Виктор Феркович направил на имя руководителя ФАС Игоря Артемьева письмо, в котором указывает на то, что **Минздрав** нарушает права патентообладателя. В 2009 году в России был зарегистрирован препарат "Ревлимид". Молекула препарата охраняется патентом до 25 июля 2022 года, а правообладателем является Celgene. А в апреле этого года **Минздрав** зарегистрировал лекарственный препарат "Метибластан", который как и "Ревлимид" действует на основе одного и того же вещества. Правообладатель - компания "Генфа Медика", зарегистрированная в Швейцарии, но ведущая деятельность в России.

В письме американцев указывается, что введение в оборот копий лекарственных препаратов без согласия патентообладателя является прямым нарушением законодательства. В соответствии с

ним такие товары признаются контрафактными и подлежат изъятию из оборота и уничтожению.

"Генфа Медика", в свою очередь, тоже написала письмо в ФАС. В нем, в частности, указывается, что участие в госзакупках "Метибластана" позволит получить экономию бюджетных средств в размере как минимум 20%.

Источник РБК, близкий к компании "Генфа", считает, что Celgene злоупотребляет своим доминирующим положением на рынке и за последние годы ни разу не снизил цену на "Ревлимид". Сейчас в Роспатент поданы заявления с просьбой рассмотреть вопрос о недействительности патентов на этот препарат. Лекарство, действительно, очень дорогое, и с 2009 года цена на него не снижалась, говорит директор Института экономики здравоохранения Лариса Попович.

Лариса Попович директор Института экономики здравоохранения "Celgene не шел все эти годы на снижение цены, категорически отказывался и во всех аукционах, которые разыгрывал Минздрав, являлся монопольным поставщиком и тем самым злоупотреблял своим монопольным правом. Этот препарат входит в перечень жизненно необходимых и важнейших препаратов, это противоопухолевый иммуномодулятор. Миелома, злокачественное плазмоклеточное новообразование - это серьезные онкологические заболевания, входящие в "Семь нозологий". И после трансплантации костного мозга еще. Это серьезный препарат, очень дорогой и необходимый нашим больным".

Вообще-то производитель и не обязан снижать цену. Это его эксклюзивное право. Новые лекарства всегда запредельно дорогие. Особенно если они достаточно эффективны от таких болезней, как рак. Но цена на них определяется не только желанием заработать, но и огромными затратами на разработку. Отечественные же производители ссылаются на практику таких стран, как Индия и Бразилия, где якобы жизненно необходимые препараты производят без оглядки на наличие патента зарубежной компании. Однако это не совсем так, говорит председатель коллегии адвокатов "Ваш юридический поверенный" Константин Трапаидзе.

Константин Трапаидзе председатель коллегии адвокатов "Ваш юридический поверенный" "Ведь цена этого препарата формируется не только из того, во сколько он обходится чисто в производстве, а цена формируется и от того, какие усилия приложили - научные и наукоемкие вещи, которые были вложены в этот препарат, привлечение огромного количества ученых, испытаний и так далее. И желание компаний на этом нажиться, ну если это с точки зрения человеческой морали, может быть, не очень приемлемо, но это закон рынка. Раз уж мы декларируем, что мы хотим жить в стране с рыночной экономикой, мы должны играть по таким

правилам. Когда придет свое время, вы можете без согласия правообладателя этот препарат производить. Кстати, страны БРИКС по такому пути и идут. А у нас хотят сделать так, что патент еще не истек, и начнут его производить".

Тендер на закупку лекарственных препаратов от рака должен состояться 9 июня. В феврале отечественные производители обращались к президенту с просьбой о введении механизма принудительного лицензирования, позволяющего производить препараты, которые все еще находятся под патентной защитой. Эту инициативу поддерживали в Федеральной антимонопольной службе. Но правительство идею не одобрило. Теперь, скорее всего, Selgene и "Генфа Медика С.А." предстоит выяснять свои отношения в суде. И если "Генфа", действительно, скопировала молекулу препарата, то шансов на производство и продажу отечественного "Метибластана" у нее нет. Ну, по крайней мере, не должно быть, с точки зрения права.

## ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

### Борьба с курением

Московский Комсомолец (mk.ru), Москва, 29 мая 2016 16:31

### ЗАПРЕТИТЬ НЕЛЬЗЯ КУРИТЬ: ЗАКОННОЕ ВЕТО СКОРО МОЖЕТ КОСНУТЬСЯ И ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ

Автор: Александра Зиновьева

**На какие только ухищрения не идут производители электронных сигарет, лишь бы не отвадить курильщиков от "модной", но не менее вредной привычки. Их - в дверь, а они - в окно! Видимо, они кожей чувствуют, что вот-вот и в России прозреют, что электронные сигареты не менее, а может быть, даже и более опасные, чем обычные.** Во всяком случае, собравшиеся вчера на пресс-конференцию знатоки прямо утверждали: "Курение электронных сигарет как с никотинсодержащей, так и с безникотиновой жидкостью столь же вредно, как и традиционных". А некоторые уверяли даже, что "электронные сигареты представляют еще большую опасность, т.к. заманивают молодежь, показывают, что курить модно и стильно. И это может косвенно повлиять на формирование вредной привычки".

И они правы. Не случайно же в ряде государств ЕС уже запретили или ввели серьезные ограничения на продажу электронных сигарет и на их курение в общественных местах. Так поступили, к примеру, в Италии, Канаде, Дании и многих других странах. Хочется надеяться, что и в нашей стране электронные сигареты скоро подпадут под жесткий контроль государства. Пока наши законодатели непонятно почему медлят. Хотя еще в 2008 году Россия присоединилась к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против

табака, законодатели только еще собираются обсуждать вопрос об ограничении продажи и запрете курения в общественных местах электронных сигарет. Позже был принят Федеральный закон "Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака". В последние годы в него был внесен ряд существенных изменений.

Кстати, 1 июня 2014 года вступили в силу все поправки к этому "антитабачному закону". Согласно документу теперь "курить табак (а также жевать, сосать и нюхать его) запрещено тем, кто находится в общественных местах. К таковым относятся: самолеты, электрички, поезда, пляжи, больницы, детские площадки, школы, вузы, гостиницы, кафе, бары, рестораны, торговые помещения и др. объекты". Но...

Запреты не коснулись электронных сигарет. Они не входят в категорию табачной продукции, так как якобы при их изготовлении не использовался табачный лист в качестве сырья. Хотя на самом деле никто доподлинно не знает, что содержится в составе жидкости для заправки электронных сигарет. Производители до конца так и не раскрыли ее состав. Тайна за семью печатями. У нас запрещено лишь продавать и производить электронные сигареты, внешний вид которых имитирует обычные. А курить их можно где угодно и кому угодно. Не случайно подростков с электронными сигаретами в руках можно увидеть даже на детских площадках. Увы, эти поступки пока не подпадают под действие "антитабачного закона". И курить э/с в общественных местах не запрещено.

На пресс-конференции как раз речь шла об ужесточении правил продажи и курения электронных сигарет в нашей стране (предлагалось запретить их продажу несовершеннолетним и курение во всех общественных местах), как это сделано с обычным куревом. Но когда это случится? И какими окажутся поправки на выходе? Участники пресс-конференции также предложили ограничить рекламу электронных сигарет. На упаковке не должно быть утверждения о том, что их использование позволяет отказаться от курения табака и что они безвредные. Теперь уже всем понятно, что это не так.

- Сегодня вред от курения электронных сигарет уже очевиден многим странам, хотя производители и скрывают о них правду, - в очередной раз заявила представитель доказательной медицины, врач-пульмонолог, д.м.н., профессор НИИ пульмонологии **ФМБА России** Галина Михайловна САХАРОВА. - Не случайно эти курительные изделия уже запрещены не только в Италии, Канаде, Дании и Израиле, но и в некоторых штатах Америки, а также в Турции, Бразилии, Австралии, Норвегии и других странах. Доказано: электронные сигареты даже опаснее обычных как средство для

введения в организм курильщика еще больших доз никотина. Ведь никотин сразу попадает в легкие - и в этом главная опасность таких сигарет. И никотина в них содержится практически столько же, сколько и в традиционных, - 18 мг; в легких сигаретах - 14 мг; в суперлегких - 11 мг (но может быть и больше).

...31 мая - Всемирный день отказа от курения. В этом году в России предлагается провести его под необычным девизом: "Курение всех "запарило". "Антитабачный закон" развернут против электронных сигарет". Тема выбрана не случайно, всем очевидно: производители сигарет вместо курительного табака всеми силами впаривают россиянам электронные сигареты. Альтернативу, прямо скажем, не менее вредную. Курильщикам вместо едкого табачного дыма предлагают вдыхать едкий водяной пар, который прямоком попадает в легкие и ведет в них свое разрушительное действие, ничуть не меньшее, чем сигареты обычные.

Такого не должно быть. Чем мы хуже итальянцев, канадцев, жителей Дании, которые законом оградили своих граждан от смертоносных электронных сигарет. Кстати, в Израиле и Дании, например, запретили не только продажу, но даже ввоз на свои территории электронных сигарет.

## МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### Информатизация здравоохранения – 1

Наша версия, Москва, 30 мая 2016 6:00

#### ИЗЛЕЧЕНИЕ ОНЛАЙН

Автор: Татьяна Нижегородская

**Врачам хотят разрешить консультировать через Интернет**

Уже в будущем году врачам, возможно, будет официально разрешено консультировать пациентов дистанционно - такую форму оказания медпомощи предусматривает закон о телемедицине, вступление которого в силу планируется 1 января 2017 года. На днях документ уже одобрил профильный комитет Госдумы.

С тем, что врачам надо разрешить дистанционные консультации, сегодня согласны все - и чиновники, и экспертное сообщество, и сами врачи. Поправки к законам об охране здоровья и о персональных данных легализуют телемедицинские технологии и вводят рамочное определение телемедицины. Вопросы же практического применения нововведения будут прописаны подзаконными актами **Минздрава**.

Сама по себе идея того, чтобы врач некоторые услуги оказывал пациенту дистанционно, не так плоха. По факту некое подобие телемедицины сегодня и так уже широко применяется в частных клиниках: результаты анализов с комментариями пациенты могут получить по электронной почте, врачу можно позвонить или пообщаться в мессенджере и т.п. "Телемедицина - это не что-то

новое, - констатирует гендиректор Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова Олег Карпов. - Это те же медицинские услуги, только оказываются они с помощью новых технологий. Можно ли консультировать пациента, которого врач предварительно не осматривал? Да. Мы все живем в этом мире, мы все это делаем". Впрочем, пример того, как "все это делают", совсем недавно можно было наблюдать в Якутии. Врач Намской центральной районной больницы поставил диагноз 10-летнему ребенку по WhatsApp. Мальчик поступил с подозрением на перелом, однако врачу, по всей видимости, было неохота возвращаться на работу, и он попросил прислать ему снимок на мобильный. Случай этот стал достоянием общественности, поскольку по нему проходила прокурорская проверка. Врачу теперь грозит наказание, хотя поставленный диагноз оказался верным.

Не исключено, что для частного сектора легализация телемедицины и правда окажется неплохим подспорьем. Однако представить, что врачи обычных районных поликлиник будут еще и консультировать пациентов дистанционно, довольно сложно. Те, кто хоть раз был в поликлинике, прекрасно знают, что даже ваше личное присутствие далеко не всегда может заставить загруженного бумажной работой врача обратить на вас должное внимание, чего уж тут говорить об общении через Интернет. А ведь лоббируя телемедицину, **Минздрав** печется прежде всего именно о государственных лечебных учреждениях: очевидно, что только ради частного сектора это и затевать бы не стали. Помощник министра здравоохранения Никита Одинцов на днях уже заявил, что телемедицина "здорово уменьшит непрофильную работу врачей" и "улучшит жизнь россиян". "Очень важно оказывать медицинскую помощь, используя современные технологии, необходимо запустить эти возможности как можно быстрее", - вторит руководитель думского комитета по информполитике Леонид Левин. Оно и понятно: последние годы бесконечных реформ системы здравоохранения уже привели к тому, что по стране прошла волна сокращений врачей, многие лечебные учреждения были закрыты. Так что теперь, перевод пациентов на консультации в Интернете, похоже, является для Минздрава попыткой сохранить хорошую мину - дескать, не переживайте, на прием к врачу попадут все, только через Интернет. В связи с чем уже появилась шутка: мол, если лечить врачи станут теперь по телефону, то лекарства будут выдавать по телевизору?

#### МНЕНИЕ

Александр САВЕРСКИЙ, президент Лиги защитников пациентов - Я не очень хорошо представляю задачи телемедицины в поликлиниках в городских условиях, а в деревне еще хуже, потому что непонятно, откуда там возьмутся коммуникации, чтобы это все

происходило. Телемедицина должна иметь консультативный характер плюс ее надо стандартизировать. Мы не должны заменять телемедициной осмотр врача там, где он необходим. Ведь врачу очень часто необходимо лично видеть пациента, произвести его физический осмотр, пальпацию.

Потому необходимо выделять случаи, когда возможно оказание помощи дистанционно. Например, это может быть корректировка лечения или выработка консилиумного мнения

## ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ

Медицинской помощи

Православие и мир (pravmir.ru), Москва, 29 мая 2016 20:34

**"ГЛАВНАЯ ЦЕЛЬ НАШИХ УСИЛИЙ - ПОМЕНИТЬ КУЛЬТУРУ ОТНОШЕНИЯ К ЧЕЛОВЕЧЕСКОМУ СТРАДАНИЮ"**

Автор: Ольга Алленова

**Член правления фонда помощи хосписам "Вера", директор Центра паллиативной медицины в Москве Нюта Федермессер рассказала Ольге Алленовой, почему благотворительные фонды не могут быть иностранными агентами, как организовать помощь детям, нуждающимся в длительной респираторной поддержке, и для чего необходима "дорожная карта" по обезболиванию.**

"Восемь раз мы подавали на гранты, нам писали, что мы не соответствуем. "Ночные волки" соответствуют, а мы - нет"

В апреле Госдума единогласно одобрила в первом чтении законопроект, уточняющий термин "политическая деятельность" для НКО. Вы и ваши коллеги из третьего сектора (некоммерческие организации) подписали обращение к президенту, сообщив, что такое определение политической деятельности делает невозможным работу ваших фондов. На прошлой неделе законопроект был принят во втором чтении с поправкой, исключающей риски для благотворительных НКО. Значит, вас услышали?

На нулевых слушаниях в Общественной палате нам прямо говорили, что все НКО работают по заказу Госдепа. Со мной рядом сидел человек, который сказал: если вы как общественная организация получаете деньги от иностранных государств, то даже если они вас не используют сейчас, то используют потом, перед выборами. Но позвольте, какое отношение мы имеем к выборам? На выборы у нас влияют в первую очередь депутаты, так давайте проверять, где у них счета и недвижимость и где учатся их дети. Я надеюсь, что третий сектор в России - это уже сила, и поэтому нас услышали.

Вы как фонд можете отказаться от иностранных пожертвований, чтобы защитить себя от обвинений?

Это абсолютно невозможно. В законе иностранное финансирование определено неконкретно - это не только крупные переводы, но и любые частные пожертвования от иностранных граждан и даже от россиян, временно находящихся за рубежом и делающих СМС-пожертвования. Находящийся в России гражданин Узбекистана посмотрел сюжет по "Первому каналу" и отправил СМС на наш номер 9333 - все, это означает, что Узбекистан влияет на внутреннюю политику России. Теоретически вернуть эти деньги, наверное, возможно, но это потребует огромных усилий с нашей стороны. И даже российские компании, имеющие иностранные деньги в капитале, не смогут нам помогать. Если ЛУКОЙЛ, который получает доход за рубежом, или "Роснано" переведут нам пожертвование, мы по этому законопроекту становимся иностранным агентом.

Про финансирование понятно, но ведь для того, чтобы стать агентом, нужно вести еще и политическую деятельность. Разве работу в сфере паллиативной медицины можно расценить как политическую деятельность?

Минюст в своем законопроекте настолько широко трактует понятие политической деятельности, что любая общественная деятельность может стать политической. Открытое письмо президенту, заседание в Общественной палате, на которое мы приглашены в качестве экспертов, работа в общественном совете при Минтруде по разработке "дорожной карты" по обезболиванию, любой комментарий, данный СМИ, - все это законопроект предлагает считать политической деятельностью. Этот законопроект может перечеркнуть и закон об общественном контроле. А ведь в России есть закон о судьях, и в нем есть четкое определение политической деятельности - это, по сути, участие в выборах и агитация.

Я, конечно, понимаю, почему государству так важно не допустить иностранного влияния в предвыборный период, но это не имеет никакого отношения к тем НКО, которые занимаются общественной деятельностью в интересах своего государства и по заказу и в результате потребности граждан своего государства.

Чем грозит законопроект в его первоначальном виде конкретно вашему фонду?

Вот смотрите: мы выпустили книжку в помощь людям, у которых умер родственник. Это такая уникальная инструкция о том, что делать и куда обращаться, как не попасть на хитрости и уловки ритуальных агентов, как пережить горе. Так вот на этой книжке, как и на любой нашей печатной продукции от визиток до рекламных щитов на улицах, будет стоять штамп "иностранный агент". Нам придется увеличить бухгалтерию, потому что отчетность у иностранных агентов совсем другая.

И наши расходы на административно-хозяйственную деятельность вырастут. Мы будем подвергнуты многочисленным проверкам. Если у нас повсюду будет написано, что мы иностранный агент, люди напрягутся и перестанут помогать. Никакая государственная компания не захочет работать с благотворительным фондом-иностранцем. Мы не сможем уже входить в общественные советы при правительстве и министерствах. Зачем же иностранного агента звать в совет по попечительству в социальной сфере при правительстве Российской Федерации! Соответственно, мы не сможем влиять на разработку каких-то важных документов в области обезболевания, например.

Этот законопроект задумывали для того, чтобы держать НКО на коротком поводке. И я буду рада, если у них это не получится. Хотя нужно еще дождаться третьего чтения и публикации итогового текста закона.

На какие деньги живут сейчас фонд и хосписы, которые он опекает? У вас есть российские гранты?

Мы никогда не берем деньги с родственников пациентов, даже если они жертвуют их в фонд. Потому что просто нельзя за это брать деньги. Все наши деньги - благотворительные, нам помогают простые люди. Несколько лет назад мы получили российский грант в 700 тыс. руб. на исследования по обезболиванию, а больше не удалось. Восемь раз мы подавали на гранты, нам писали, что мы не соответствуем. "Ночные волки" соответствуют, а мы - нет.

"Многие специалисты, уважаемые профессора, которые обучают родителей ухаживать за ребенком на аппарате ИВЛ, действуют на свой страх и риск, вне системы законодательства"

Ваш фонд часто размещает в соцсетях просьбы о помощи в покупке аппаратов искусственной вентиляции легких (ИВЛ) для детей. Сколько куплено уже таких аппаратов на благотворительные средства?

Более 110, и все на благотворительные средства, собранные с помощью детского хосписа и фонда "Вера".

На прямой линии с президентом России Константин Хабенский говорил о том, что необходимо обеспечить всех нуждающихся аппаратами ИВЛ на дому. Почему так важно, чтобы у людей была возможность иметь этот аппарат дома?

Оказаться длительно на аппарате искусственной вентиляции легких может каждый из нас. Дети, которые страдают генетическими заболеваниями нервно-мышечной системы, такими как дистрофия Дюшенна или спинальная мышечная атрофия. Взрослые, которые страдают тяжелыми заболеваниями и попадают в реанимацию. Люди, которые попали в ДТП и находятся в коме. У нас в

стране нельзя отключать пациента от аппарата жизнеобеспечения. Человек может на годы зависнуть на аппарате искусственной вентиляции легких в реанимации, пока в результате разных причин просто не умрет от пневмонии. Что сегодня людям в такой ситуации предоставляет государство? Для тех, у кого неизлечимое генетическое заболевание, фактически нет возможности выбрать паллиативный путь законодательно. Ребенок со СМА рано или поздно перестает дышать, у него не бьется больше сердце, и, по сути, наступает состояние клинической смерти. Родители вызывают реанимацию, и ребенка успевают откачать, увезти в реанимацию, подключить к аппарату ИВЛ. У ребенка уже наступили серьезные повреждения мозга, он живет в реанимации без шансов на улучшение, и родители мечутся между домом, работой и реанимацией, мучаясь от того, что ребенок лежит один в чужой палате и страдает. И все это потому, что у него нет возможности находиться дома на этом аппарате.

Почему невозможно обеспечить хотя бы детей такими портативными аппаратами? Дорого?

Здесь причин несколько. Во-первых, дорого - не для государства, а для семьи. Нужно купить аппарат ИВЛ, дополнительный блок, электрогенератор на случай отключения электричества, сопутствующий отсос, откашливатель. Это первичные траты порядка 1-1,2 млн руб. Цена зависит от разных факторов, потому что потребности бывают разные. Во-вторых, этот аппарат должен быть мобильным, чтобы ребенок мог передвигаться по квартире, мог ходить в школу, жить качественно. В России не производят портативные аппараты ИВЛ. Они у нас не зарегистрированы. Для того чтобы они попали на наш рынок, они должны пройти сертификацию, лицензирование. А у нас сейчас курс на импортозамещение.

Да и денег у государства нет.

Для государства обеспечить пациентов аппаратами ИВЛ на дому гораздо дешевле, чем держать их годами на аппарате в реанимации. Но чтобы человек мог жить дома с аппаратом ИВЛ, недостаточно только выделить деньги, нужны еще системные изменения. Необходимо обеспечить качественную медицинскую помощь на дому. Недостаточно только обучить родственников уходу за больным, нужно еще обеспечить систему медицинского сопровождения: врач должен осматривать пациента на дому хотя бы раз в две недели. Да, это в разы дешевле, чем нахождение в отделении реанимации. Но сегодня в России пока нет медицинской выездной паллиативной службы помощи людям, нуждающимся в длительной респираторной поддержке, кроме детской службы хосписа "Дом с маяком" и выездной службы медцентра при Марфо-Мариинской обители, которые являются негосударственными и которых предлагали сделать иностранными агентами.

То есть, чтобы забрать такого пациента домой, нужно дать ему аппарат ИВЛ.

Не всегда достаточно даже аппарата, тут есть законодательная проблема. Чтобы забрать больного человека из лечебного учреждения, родственники или сам пациент пишут так называемый информированный отказ. Мол, под свою ответственность забираю. Закон трактует это как отказ от помощи. А значит, когда паллиативный больной умрет дома, к его родным домой придут работники следственных органов. И дальше эти люди в зависимости от своих душевных качеств будут решать, есть ли состав преступления в том, что человек умер от неизлечимого прогрессирующего заболевания на дому, или нет. И почему он жил дома на медицинском оборудовании, а не в больнице.

Но люди все равно забирают домой своих родных?

Забирают на свой страх и риск. Потому что мама хочет жить со своим ребенком круглосуточно, а не видеть его два часа в сутки в реанимации. И ей все равно, привлекут ее потом или не привлекут. И многие специалисты, уважаемые профессора, которые обучают родителей ухаживать за ребенком на аппарате ИВЛ и отправляют их домой, действуют на свой страх и риск, вне системы законодательства.

Какой закон нужно менять, чтобы забрать домой паллиативного больного стало легче?

Федеральный закон N323 об охране здоровья граждан. В нем написано, что медицинскую помощь оказывают медицинские работники. Если человек на аппарате ИВЛ, значит, он нуждается в медицинской помощи, в круглосуточной. Значит, дома он должен находиться в присутствии медицинского работника. Но на это никто не пойдет. Где мы возьмем столько медработников? Если ему оказывают помощь не медработники, а родители, то по закону они не имеют на это права. В этот закон нужно вносить поправки.

Вы сказали, что обеспечение пациентов аппаратами ИВЛ на дому существенно дешевле, чем лечение в больнице. Можете обосновать?

Это действительно значительно дешевле. В реанимации другие аппараты, очень дорогие. В стоимость койко-дня в реанимации включены питание, амортизация, оплата труда персонала. Если дома за человеком ухаживает мама или жена, то в отделении реанимации это квалифицированный подготовленный персонал: врач, медсестра, санитарка, перевязочная сестра, процедурная сестра. Если мы переводим такого пациента домой, то эта койка освобождается для пациента "перспективного", улучшает так называемый оборот койки. В отделении реанимации интенсивной терапии, куда люди попадают после хирургических вмешательств, человек не лежит долго - три-четыре дня после операции. А теперь смотрим на детскую больницу

в Люберцах: из шести коек в реанимации четыре заняты паллиативными детьми. Они все на ИВЛ. Поступающие с ожогами дети вынуждены лежать в коридоре, потому что койки в реанимации заняты. А ожоговому пациенту нужны стерильные условия, ему нельзя в коридоре. От такой организации процесса страдают и пациенты, и врачи. Я рада, что Московская область взялась за строительство хосписов - как детских, так и взрослых.

Сколько стоит койко-день в реанимации?

От 19 до 60 тыс. руб. в сутки. Зависит от клиники и объема услуг.

И сколько может лежать паллиативный пациент на ИВЛ в реанимации?

Годы, годы. Это огромные государственные деньги. И это одна и та же статья бюджета. В реанимации помощь оказывается по ОМС. И дома человек может получать помощь по ОМС. Это просто вопрос желания и готовности хорошо подумать и в тяжелое кризисное время сэкономить стране кучу денег.

А эти аппараты ИВЛ тоже должны покупаться по ОМС?

Они не должны покупаться по ОМС, и это никогда не будет входить в ОМС. Они могут приобретаться на средства медицинских организаций, быть на их балансе и передаваться во временное пользование пациентам. А медицинская организация может получить субсидию из бюджета на покупку оборудования.

Вы обсуждали эту проблему с Минздравом? Они как настроены ее решать?

В Минздраве во время одного обсуждения нам сказали: "Мы внесли аппараты ИВЛ в список обязательного оборудования детских хосписов. Они могут выдаваться по требованию. Все, мы поручение президента выполнили". Но у меня масса вопросов. У хосписов нет средств на покупку аппаратов. Что такое "выдаваться по требованию"? Хоспису не требуется этот аппарат, пока на дому не появляются пациенты, которых он сопровождает. А чтобы пациенты из реанимации перевелись домой, у них уже должны быть аппараты. Иначе они останутся в реанимации. Хоспис должен, что ли, свой аппарат в реанимацию передавать? И ведь это поручение **Минздрава** касается только детских хосписов. А взрослым не нужен аппарат ИВЛ? А почему включили в порядок оказания паллиативной помощи детям только аппараты ИВЛ, но не включили дополнительное оборудование? Где его брать? Нельзя же все перекладывать на фонды, есть вопросы, которые решить может только государство.

Есть и другая проблема - обеспечение морфином паллиативных больных, которым нужна дыхательная поддержка. Морфин влияет на ЦНС. Когда у человека с генетическим заболеванием начинается тяжелая одышка при терминальной

стадии заболевания, то именно морфин помогает ему справиться с ней, облегчает дыхание. Морфин используется и для адаптации к аппаратам инвазивной и неинвазивной вентиляции легких (ИВЛ и НИВЛ). Для любого пациента с БАС или ребенка со СМА в ситуации одышки морфин - это спасение. Перевод на ИВЛ - это крайняя мера ради продления жизни, если легкие совсем не справляются и человек не может сам дышать. Но человека можно перевести и на НИВЛ - человек на таком аппарате не лишен возможности говорить, общаться, жить более качественно. Но в такой ситуации нужен морфин. Морфин будет уменьшать одышку, когда человек дышит самостоятельно. И вот такая схема сегодня практически невозможна. И каждый раз, когда московские доктора ведут такого пациента на дому, они борются за этот морфин. Потому что в России в показаниях к морфину не написано, что его можно использовать для лечения одышки. И сегодня только благотворительные организации ведут переговоры с Московским эндокринным заводом и с главными специалистами Минздрава, чтобы вписать эти показания в инструкцию по применению морфина. Это записано в "дорожной карте" по обезболиванию, которую Минздрав разрабатывает с помощью нашего фонда и фонда "Подари жизнь".

"У нас в стране не производится морфин короткого действия, а это золотой стандарт обезбоживания в мире"

"Дорожная карта" уже написана?

Написана и согласована, и внесена в правительство, но мы еще не получили визу к ее исполнению. Последний год работы над этой "дорожной картой" был очень трудным, потому что каждый федеральный орган исполнительной власти бился за то, чтобы среди ответственных органов в этой "дорожной карте" его ведомства не было. Никто не хочет дополнительной нагрузки. Работая над этой картой, мы встречали сильное сопротивление. И очень помогла Ольга Юрьевна Голодец с ее свежим взглядом на проблему.

Два года назад, когда мы впервые заговорили о необходимости системных реформ в этой сфере, я думала, проблема только в том, что врачи не назначают пациентам обезбоживание. А директор фонда "Подари жизнь" Катя Чистякова сказала: "Врачи не назначают, потому что не обучены и потому что нет препаратов. А препаратов нет, потому что их не производят. А не производят, потому что нет сырья". И когда я все это поняла, подумала: какой кошмар, мы никогда это не сдвинем. А Катя уже была на полпути к этой "дорожной карте". И сейчас в "дорожной карте" есть все эти аспекты: и производство, и появление новых лекарственных форм, и требование к транспортировке и хранению, и обучение врачей, и информирование сообщества, и появление детских форм морфина, и развитие паллиативной помощи. Теперь бы выпустить ее в жизнь.

Что изменилось за эти два года в обезболивании онкобольных пациентов?

Сделано-то много, но по факту мы сможем говорить об этом, только когда все люди в стране будут обезболены. Мы сегодня видим тенденцию к увеличению потребления опиоидных анальгетиков в субъектах федерации, и это во многом результат давления общественных организаций и фондов. В целом сегодня про обезбоживание больше говорят, больше назначают, больше выписывают. И медики, и пациенты стали более информированными. Сильно помог и закон об упрощении доступа к обезболиванию, внесенный депутатом Герасименко и принятый Госдумой. Очень помогает горячая линия Росздравнадзора. В прошлом году Росздравнадзор провел внеплановые проверки в лечебных учреждениях в регионах: сколько назначают обезболивающихся и каких именно, сроки выписки препарата, наличие разных форм препаратов, в том числе неинвазивных. В регионах теперь знают, что проверки могут повториться, так что это тоже влияет на изменение ситуации.

Одна женщина недавно написала в фейсбуке, что два года назад умирала от онкологии ее мама, и это был кошмар, потому что невозможно было добиться опиоидных анальгетиков от районного врача-онколога. А недавно у нее умер папа, и тот же врач мгновенно выписал лекарства, и не было никаких мучений. Я отправила этот текст Кате Локшиной, дочери контр-адмирала Апанасенко. И она мне ответила: "Не могу читать, плачу". На самом-то деле все это сделали не мы, не **Минздрав**, не депутат Герасименко - это сделал адмирал Апанасенко.

Если правительство подпишет "дорожную карту", когда она начнет работать?

Начнет сразу, но рассчитана она до конца 2018 года, потому что не все можно сделать быстро. Казалось бы, произвести опиоидные анальгетики для детей несложно, они же есть в мире. Но федеральный закон №61 о лекарственных средствах обязывает нас проводить клинические испытания, мы не можем просто воспроизвести формулу, принятую в мире. У нас в стране не производится морфин короткого действия, а это золотой стандарт обезбоживания в мире. У нас есть морфин в ампулах, но пациент, исколотый шприцами и покрытый гематомами, очень болезненно воспринимает эти уколы. Есть таблетки МСТ, морфин продленного действия, который медленно высвобождается у человека в крови, долго действует, и эффект от него длится 8-12 часов. Есть просидол, отличная отечественная таблетка, которая рассасывается под языком, но о ней мало знают, к сожалению, и мало ею пользуются. Есть еще очень токсичный препарат промедол, от которого надо уходить, но которым по старинке везде пользуются. И есть пластыри - дюроезик и фендивия, защищенные от неправильного использования в криминальных

целях. Такой пластырь хорош тем, что человек его наклеил и забыл. Но его нельзя использовать при повышенной температуре, он не подходит для людей, истощенных болезнью, потому что у них нет подкожного жирового слоя. Всех перечисленных мною средств недостаточно для того, чтобы человек получил быстрое обезболивание. Нам нужен морфин короткого действия, его используют, когда основной препарат не начал еще действовать и случился прорыв боли. И должно быть больше разных форм таких анальгетиков, под разные нужды пациентов. В Англии есть детские сиропы с морфином, имеющие вкусы клубники или банана. Есть назальные спреи. Есть фентаниловые леденцы. Я надеюсь, все это у нас появится, но нужно время, поэтому в части появления новых препаратов "дорожная карта" очень растянута во времени.

Изменилось отношение самих врачей к назначению опиоидных препаратов?

И медики, и пациенты стали более информированными. Но по-прежнему над ними висит дамоклов меч в виде возможности уголовного преследования за ошибку в оформлении рецепта. В решении проблемы обезболивания на федеральном уровне, по нашим подсчетам, задействовано 11 ведомств. До недавнего времени среди них была ФСКН, а теперь - МВД, и медицинский, легальный оборот наркотиков по-прежнему регулируется тем же ведомством, что и нелегальный. Важно добиться декриминализации ответственности медиков при выписке наркотических анальгетиков. Кроме того, медиков нужно обучать, как правильно работать с опиатами и как подбирать схему обезболивания, чтобы помочь пациенту. В целом главная цель наших усилий - поменять культуру обезболивания в стране, а если шире - то культуру отношения к человеческому страданию вне зависимости от возраста.

### Медицинская помощь детям и служба родовспоможения

**Известия, Москва, 30 мая 2016 6:00**

**"ДЕТДОМА ЗАИНТЕРЕСОВАНЫ В ТОМ, ЧТОБЫ ВОСПИТАННИКИ "МАРИНОВАЛИСЬ" ТАМ ДО 18 ЛЕТ"**

**Павел Астахов уверен, что детдома "маринуют" своих воспитанников**

Почему сотрудникам детдомов невыгодно пристраивать своих воспитанников в семьи, могут ли многодетные семьи, взявшие валютную ипотеку, рассчитывать на освобождение от уплаты процентов и почему стало больше детей-инвалидов? Накануне Дня защиты детей на эти и другие вопросы корреспондента "Известий" Романа Крецула ответил Уполномоченный при президенте по правам ребенка ПАВЕЛ АСТАХОВ.

- С какими проблемами чаще всего обращаются к детскому омбудсмену?

- Мы фиксируем жалобы на нарушение права на медицинскую помощь, на образование. Очень много жалоб на отсутствие мест в детских садах. Много проблем, связанных с так называемой оптимизацией детских образовательных учреждений, самый болезненный вопрос - коррекционные школы.

Больше трети жалоб связано с жилищными вопросами. В прошлом году мы даже пошли на беспрецедентную акцию - подарили квартиру женщине с пятью детьми в Кирове. Ее обманом вынудили подписать все документы на квартиру, в итоге семья фактически оказалась на улице, а детей начала заирать опека.

Понятно, что мы не можем купить квартиры всем валютным ипотечникам - с этим тоже связано очень много обращений. Но я предложил прощать хотя бы проценты многодетным семьям. Это делают во многих регионах, например в Омске, в Кемерове. Правительства этих регионов субсидируют проценты по ипотеке семьям, в которых три ребенка и более. Мое предложение поддержано, сейчас правительство его изучает.

- Как изменилась статистика сиротства за последние годы? - На начало года детей, оставшихся без попечения родителей, было чуть больше 70 тыс. При этом в детских домах находились 50 тыс. детей. Остальные находятся в семьях, в учреждениях временного пребывания.

Для сравнения: в 2007 году в детских учреждениях находились 173 тыс. детей.

В 2009 году в России, к сожалению, не закрылся ни один детский дом. И мы начали системно работать, говорить о том, что надо разукрупнять детские дома, заниматься профилактикой отказов от детей, профилактикой лишения родительских прав, вести социальную работу с матерями, которые находятся в трудной ситуации, оказывать правовую и психологическую поддержку. Все эти меры не на 100% решают проблему, но дали положительный результат. Например, когда мы начинали работу, в Тюменской области было восемь домов ребенка, сегодня - один. В Калужской области было 15 детских домов, осталось два. Всего за последние пять лет в России закрылось около 650 таких учреждений.

- Наверное, руководители детдомов не в восторге от их закрытия?

- Безусловно, "Сиротпром", как я это называю, - вся система детских учреждений - сопротивляется, ведь в ней сейчас крутится полтриллиона рублей! В 2013 году я разговаривал с директором детского дома в Санкт-Петербурге. Там было 85 детей и 180 сотрудников: шесть водителей на пять автомобилей, три массажиста, три бухгалтера, медицинский блок, фабрика-прачечная, фабрика-кухня. Я спрашиваю: "Скажите, пожалуйста, сколько детей вы устроили в семью в прошлом году?" Она говорит: "Ни одного". Я спрашиваю - почему, а она говорит, что им здесь лучше. "А кто



решил, что им здесь лучше? - "Я решила". А теперь посчитайте. На одного ребенка выделяется 70 тыс. рублей в месяц. То есть один ребенок приносит в систему 1 млн рублей в год. Если она отдает в семьи десять детей, она тем самым сразу убирает 10 млн из бюджета. И неужели она не заинтересована в том, чтобы дети "мариновались" в детском доме до совершеннолетия?

- Удалось ли за последние годы снизить уровень социального сиротства?

- В прошлом году было чуть больше 30 тыс. случаев лишения родительских прав. В 2009 году их было под 90 тыс. Почему такое снижение стало возможным? Прежде всего за счет серьезной социальной работы: вовремя помогают. Ведь лишают родительских прав не только за жестокое обращение. У нас много граждан, которые в принципе не умеют обращаться с детьми, не умеют или не хотят трудоустроиться, не умеют вести хозяйство. А самая опасная категория - выпускники детских домов. Макаренко делал из вчерашних бандитов завтрашних героев. А у нас в лучшем случае иждивенцев растят, которые ничего не умеют. Ежегодно отмечается чуть больше 3 тыс. случаев отказов от детей. А за год до моего назначения было 9 тыс. отказов.

- Вы верите, что в будущем в России удастся полностью решить проблему устройства детей в семьи и закрыть последний детский дом?

- Есть европейский опыт перехода на систему социальных приютов, которые есть и у нас. Такой приют должен существовать в каждом муниципалитете, потому что, к сожалению, трагедия может случиться с каждым ребенком когда угодно. У социального приюта должен быть стандарт. Приведу пример стоковых приютов. Они работают по принципу, согласно которому ребенок не должен там ночевать - он должен сразу отправиться либо в приемную семью, либо в медицинское учреждение, если он нуждается в медпомощи. Персоналу на решение этого вопроса даются сутки. За год через них проходит полторы тысячи детей. У нас стандарт по пребыванию в приюте составляет шесть месяцев. Я считаю, что он должен снизиться до двух, а лучше - до одного месяца.

- Вы назвали много цифр, говорящих об улучшении ситуации по многим показателям. Неужели так во всем?

- Ежегодно увеличивается число детей-инвалидов, сейчас их 533 тыс. Становится больше и детей с врожденными заболеваниями. На 1,9 млн родившихся в прошлом году 603 тыс. детей родились с врожденными заболеваниями. Это связано со многими факторами. Неблагополучная среда, экология, переход на другие стандарты приема родов: когда рождаются дети весом 500 г и их выхаживают, у них, как правило, есть сопутствующие заболевания.

Мы поставили задачу: обеспечить каждого ребенка доступной медицинской помощью, устраиваем на лечение детей из разных регионов. Когда ко мне обращаются с просьбой о перепете объявления о сборе средств, я даю поручение своим советникам. Они перезванивают родителям, спрашивают, в чем проблема. Начинаем разбираться, возможно ли оказать такую помощь в России. У нас есть пример: полуторагодовалый мальчик Боря Ростов. Тяжелейшее эпилептическое заболевание, связанное с опухолью головного мозга. Где он у нас только не обследовался. Отчаявшаяся мама собирала деньги на лечение в Германии. В итоге его прооперировали в НПЦ Солнцево. Детский нейрохирург Руслан Асадов делал операцию десять с половиной часов.

Я предложил **Минздраву** создать совместную "горячую линию", и это предложение поддержано. Когда к нам обращаются родители детей, которых хотели увезти на лечение в Германию, а мы устраиваем их на лечение в России бесплатно, нам **Минздрав** никогда не отказывает. Кроме того, у нас есть возможность общественность подключить.

- В последнее время в обществе обсуждается проблема самоубийств среди несовершеннолетних.

- Это принимает не то чтобы массовый, но системный характер. В 2010 году, когда в стране произошла серия резонансных суицидов, мы вместе с генпрокурором встречались с президентом, по его поручению была создана рабочая группа. Нам удалось выработать определенные методики, которые мы рекомендовали в регионах. В лидерах по суицидам тогда были Кемеровская область, Бурятия, Башкортостан. Благодаря предпринятым мерам удалось снизить число суицидов и суицидального поведения.

К сожалению, статья о доведении до самоубийства сформулирована таким образом, что привлечь можно только тех, кто путем угроз или жестоким обращением подталкивает детей к суицидам. А что касается обмана, злоупотребления доверием, провоцирования, подстрекательства к суициду, шантажа - этого нет. Поэтому люди, которые создают эти ресурсы, не скрываются. Я сам видел по телевизору одного из создателей таких сайтов, который таким образом раскручивает свой ресурс. Ему нечего бояться! Здесь нужно серьезно дополнять законодательство.

- Как изменилось за последние годы число правонарушений в отношении несовершеннолетних?

- В прошлом году потерпевшими стали 96 тыс. детей. Среди этих преступлений - 422 убийства и покушения на убийства, 33 тыс. преступлений против жизни и здоровья, против половой неприкосновенности - более 12 тыс. Рост наблюдается по последней категории - за год до этого было 9,9 тыс. Это связано с тем, что стали

больше выявлять. Надеюсь, в следующем году этот показатель будет ниже за счет того, что сейчас выявили и выловили всех.

В конце прошлого года на итоговом Госсовете я предложил создать систему информирования родителей детей, которые не пришли в школу. Сложная полемика была с Министерством образования и науки, которое пыталось от этого откеститься. Но в итоге президент дал поручение до 15 июля создать систему информирования и учета не пришедших в школу детей во всех учреждениях. Потому что были случаи, когда детей похищали по дороге в школу педофилы. Около 20 тыс. детей ежегодно попадают в ДТП по дороге в школу и из школы и не всегда об этом сразу сообщают. Школа должна сразу реагировать. Нет ребенка - надо выяснять, где он, что с ним. Необходимо еще плотнее объединиться вокруг каждого нуждающегося ребенка. Вместе - мы сила и можем изменить жизнь.

В прошлом году потерпевшими стали 96 тыс. детей. Среди этих преступлений - 422 убийства и покушения на убийства, 33 тыс. преступлений против жизни и здоровья, против половой неприкосновенности - более 12 тыс.

## Медицина катастроф

**Эхо Москвы, Москва, 29 мая 2016 13:00**

**В ДЗЕРЖИНСКЕ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ ВОЗБУДИЛИ УГОЛОВНОЕ ДЕЛО ПОСЛЕ ГИБЕЛИ ЖЕНЩИНЫ ПРИ ВЗРЫВЕ ФЕЙЕРВЕРКА В ДЕНЬ ГОРОДА**

**Семеро человек пострадали во время серьезного инцидента.**

Следователи выясняют, почему один из выпущенных зарядов угодила в толпу и привел к смерти 64летней жительницы Дзержинска в Нижегородской области. Вчера там отмечали День города, вечером был большой, красочный салют. На площадь пришло много людей. Во время запуска фейерверка произошла трагедия. На видео, которое появилось в интернете, снаряд, упав на землю, разрывается, во все стороны летят разноцветные огни, а затем расползаются клубы густого дыма. Один из очевидцев рассказал прессе: снаряд пролетел со стороны стадиона и упал на землю. Люди ничего не поняли, а снаряд начал взрываться в толпе. При этом запуск фейерверков не прекратился. У следователей много вопросов к организаторам салюта компании Мастер групп, допрашивают очевидцев случившегося, рассказала Эху старший помощник руководителя управления Следственного комитета по Нижегородской области Юлия Скларова.

По данным Life среди пострадавших несколько детей. В правоохранительных органах не исключили, что пиротехнический снаряд при

запуске мог попасть в световую опору, откошетить от нее и упасть в толпу. Следователи будут это выяснять тоже.

В больницах остаются трое пострадавших при взрыве салюта в Дзержинске, сообщает "Интерфакс" со ссылкой на представителя **Минздрава** Олега Салагая. Он добавил, что состояние одного из раненых медики оценивают как тяжелое.

Скорее всего причиной трагедии стало обычное человеческое разгильдяйство, а возможно и желание сэкономить, сказал в интервью "Эху" вице-президент московской пиротехнической ассоциации Виктор Самошин.

Виновным в гибели человека во время фейерверка грозит до 10 лет лишения свободы.

**ТАСС # Единая лента (Закрытая лента), Москва, 29 мая 2016 15:14**

**ВЛАСТИ ДЗЕРЖИНСКА РЕШАЮТ ВОПРОС О ВЫПЛАТАХ ПОСТРАДАВШИМ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВЗРЫВА ПИРОТЕХНИКИ**

Автор: Тасс

**МОСКВА, 29 мая. /ТАСС/. Власти города Дзержинска Нижегородской области решают вопрос о материальных выплатах пострадавшим в результате взрыва пиротехники, произошедшего накануне во время празднования Дня города. Об этом сегодня сообщила радиостанция "Говорит Москва".**

"Администрация в курсе произошедших событий, мы были на месте происшествия, у нас есть семь пострадавших, один погибший. Это трагическая случайность, форс-мажор. Мы сейчас вплотную занимаемся судьбой пострадавших, решается вопрос о материальных выплатах, их форме и размере", - сообщил начальник отдела мониторинга информации администрации города.

28 мая во время праздничного салюта в День города в Дзержинске один из элементов неразорвавшегося фейерверка упал в толпу людей, пришедших полюбоваться огненным зрелищем. В результате погибла 64-летняя женщина, за медицинской помощью обратились 7 человек, трое из которых госпитализированы с телесными повреждениями различной тяжести. Следственный комитет возбудил уголовное дело.

В свою очередь, в **Минздраве** сообщили, что пострадавшие во время ЧП до сих пор остаются в больнице. Как отметил **директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава Олег Салагай**, состояние одного из них оценивается медиками как тяжелое.

## МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА И ИННОВАЦИИ

**РИА АМИ (ria-ami.ru), Москва, 30 мая 2016 0:42**

## СЕРДЦЕ В СМАРТФОНЕ: КАК СОЗДАТЬ БИЗНЕС НА КАРДИОГРАММАХ, СНЯТЫХ НА IPHONE

Автор: Елена Степунина

**Владелец Мытищинской ярмарки и яхт- и гольф-клуба "Пирогово" Александр Ежков вложил в создание прибора, позволяющего снимать кардиограмму через iPhone**

"Трое детей, пять внуков. Построил гольф-клуб" - так Александр Ежков, владелец Мытищинской ярмарки и подмосковного яхт- и гольф-клуба "Пирогово", отвечает на вопрос РБК о том, чем он занимался до запуска CardioQVARK, кардиомонитора, подключаемого к iPhone.

Это первый медицинский проект Ежкова. Три года назад дети подарили ему iPhone. "15 лет назад о каких-то вещах можно было прочитать в научной фантастике [...] И вдруг они оказались у каждого в кармане", - говорит Ежков. Он задумался, как "в карман" поместить и здоровье - "самое ценное у человека". Свое решение сосредоточиться на ЭКГ бизнесмен объясняет статистикой Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): сердечно-сосудистые заболевания занимают среди причин смерти первое место.

По данным ВОЗ, в 2012 году от болезней системы кровообращения во всем мире умерли 17,5 млн человек - это 31% всех смертей за этот период. В России доля сердечно-сосудистых заболеваний среди причин смертности еще выше: согласно статистике Минздрава, на них приходится 49,9% смертей.

Первоначальные инвестиции в разработку и выпуск первых устройств Ежков оценивает в 90-100 млн руб. за три года. Это были его личные деньги. Небольшая группа людей, по словам Ежкова, работает над проектом постоянно, а под отдельные задачи - дизайн, проектирование, разработку математической модели, написание кода - он ищет специалистов или компании. Сначала было выпущено 100 опытных образцов: их тестируют сами создатели, их друзья и знакомые, а также врачи. Кроме того, провели клинические исследования с участием 816 пациентов, рассказывает Ежков, с 2014 года было снято и обработано 11 тыс. кардиограмм.

Grand View Research оценила объем рынка мобильного здравоохранения (m-Health) за 2014 год в \$4,75 млрд. В 2013 году PwC прогнозировала, что уже к 2017 году он достигнет \$23 млрд. Markets and Markets в своем обзоре рынка писала о \$16,4 млрд, а Berg Insight - о \$19,4 млрд к 2018 году. По оценке Института статистических исследований и экономики знаний НИУ ВШЭ (ИСИЭЗ ВШЭ), к 2018 году совокупный объем этого рынка может составить \$26 млрд - при среднегодовом темпе роста до 61%. К 2020 году, оценивают эксперты института, доля носимых медицинских устройств на рынке дистанционного мониторинга составит 30%

(больше - 37% - придется только на "умные" часы). В 2017 году численность медицинских имплантируемых и носимых устройств вырастет до 180 млн единиц.

Пока компания Ежкова планирует зарабатывать на продаже самих кардиомониторов и "трафике" (то есть оплате за обработку каждой кардиограммы). Предполагается, что само устройство будет стоить в районе \$100-150 - примерно столько же стоят и другие подобные гаджеты. Действительно, это не единственный кардиомонитор в виде наклейки на заднюю панель смартфона, позволяющий передавать информацию лечащему врачу. Американский ECG Check на сайте проекта стоит \$139. AliveCor, у которого вскоре появится также версия для AppleWatch, - \$109 (комплект с чехлом). Последний продается в семи странах: США, Великобритании, Ирландии, Австралии, Гонконге, Канаде и Индии.

Ежков рассчитывает брать с пациентов небольшую сумму, например 30 руб., за обработку каждой кардиограммы. В презентации CardioQVARK прогнозируется, что к 2020 году платные сервисы и партнерские программы будут генерировать даже больший доход, чем продажа самих устройств: 1,6 млрд и 1,5 млрд руб. соответственно.

Ежков признается, что с продвижением его продукта связаны некоторые "сложности менталитета", так как основная целевая аудитория продукта - люди старше 60 лет, для многих из которых обращаться со смартфонами бывает непросто. "Есть четырехтомник Чазова по кардиологии, и iPhone там нет", - приводит бизнесмен слова одного из своих друзей. Тем не менее в России со временем он рассчитывает продавать от 100 тыс. до 500 тыс. приборов в год и обрабатывать несколько миллионов кардиограмм. Серийная партия первого квартала 2016 года - 1 тыс. устройств - уже полностью зарезервирована и оплачена, говорится в презентации проекта, в целом за этот год планируется произвести и реализовать 30 тыс. кардиомониторов. Каналы продаж - интернет-магазины (с ними уже ведутся переговоры), поликлиники и больницы. К концу этого года, по прогнозам Ежкова, проект должен пройти точку безубыточности.

С прибором на пробежку

CardioQVARK представляет собой чехол для iPhone с двумя датчиками на задней панели. Сами датчики для снятия кардиограммы "утоплены" в корпус чехла и в процессе ежедневного использования телефона никак не мешают. Чехол похож на аналоги с функцией внешнего аккумулятора, с той разницей, что вместо подзарядки телефона он, наоборот, немного "подъедает" батарейку, особенно если не закрыть само приложение CardioQVARK.

При регистрации в приложении требуется не только создать логин и пароль, но и заполнить довольно подробную анкету: указать возраст, пол,

вес, группу крови, цвет волос и глаз, профессию, а также вредные привычки, заболевания и принимаемые лекарства. Врачу знание о хронических болезнях, уровне стресса пациента на работе и о том, какие лекарства он принимает, должно помочь при постоянном наблюдении, полагают создатели прибора.

В самом приложении на главный экран выведено довольно много показателей, не все из которых понятны людям без медицинского образования, например экстрасистолия или стандартное отклонение. Впрочем, главная кнопка - "Снять ЭКГ" - обозначена довольно заметно. Иконка "Здоровье" ведет на своеобразную карту пациента, в которой параметры сердечного ритма, выявленные при снятии кардиограммы, помечены от зеленого до красного в соответствии со значением параметра, здесь же удобно наглядно отслеживать свою динамику: понять, например, как сильно влияет на сердцебиение утренняя чашка кофе.

Тем, кто не находится в группе риска сердечно-сосудистых заболеваний, устройство может быть полезно для контроля за сердечным ритмом во время занятий спортом, предполагают создатели прибора. Поэтому мы отправились с CardioQVARK на пробежку.

Сразу стало понятно, что наблюдать собственную кардиограмму на бегу не удастся: прибор требует, чтобы во время снятия кардиограммы телефон и человек находились в стабильном положении. Для получения максимально наглядной кардиограммы разработчики рекомендуют записывать ее в течение пяти минут, а держать такое время руки на датчиках немного утомительно даже в состоянии покоя.

После записи кардиограммы ее нужно сохранить, дополнив примечаниями о своем состоянии или сопутствующих событиях, например "после бега кружилась голова" или "выпил вечером кофе, прогулялся", это также должно помочь специалисту при наблюдении за пациентом, предполагают создатели устройства. Сразу после сохранения запись отправляется на облачный сервер, а если пациент подключен к приложению врача, доктор получает уведомление о новой кардиограмме в собственном приложении.

Самая сложная задача для рядового пользователя после снятия кардиограммы - понять, что все-таки прибор определил. В общей сложности в пользовательском (а не врачебном) приложении расшифровываются 12 параметров, но большинство из них мало что скажут человеку без медицинского образования. Если частота пульса и наличие или отсутствие тахикардии ясны почти любому, то такие термины, как синусовая аритмия, парасимпатическая система и высокий уровень гормональной регуляции работы сердца, понятны меньше. Предполагается, что можно разобраться с помощью справки, но и она написана довольно сложным языком. И хотя

приложение определяет по каждому параметру, в "зеленой" зоне вы находитесь или в "красной", то есть соответствует ли каждый из ваших показателей норме, поставить самостоятельно себе диагноз и понять, от каких привычек стоит отказаться, без врача (для них есть отдельная версия приложения) вряд ли получится.

Производить приборы - и корпус, и электронику, и упаковку - будут в Калининграде: уже подписан договор с заводом, там готовят станки и специалистов, рассказывает Ежков. Производственную себестоимость прибора бизнесмен не называет. Первую партию должны выпустить в мае - июне, к этому же моменту предполагается получить сертификат медицинского изделия от **Росздравнадзора** (документы, по словам Ежкова, уже поданы). При этом чуть ли не сложнее пройти сертификацию Apple, говорит бизнесмен. Самая дорогая компания мира продает криптопроцессоры, которые позволяют iPhone идентифицировать подключаемое устройство как "свое или чужое". Под тестовую партию их Ежкову продали, после запуска серийного производства нужно будет отправить Apple образцы и получить сертификат MFi (made for iPhone - сделано для iPhone), чтобы смартфон "признавал" кардиомонитор. Пока разработана линейка CardioQVARK для iPhone, в следующем году бизнесмен планирует создать устройство и для Android.

Для врача есть как версия для iOS, так и десктопная, то есть доктор, сидя в поликлинике, может использовать систему мониторинга с обычного рабочего компьютера. При этом планируется, что функционал для медиков несколько расширят. Как объясняет Ежков, они просят создать систему оповещений: если что-то в показателях пациента вызывает опасения, приложение должно об этом сигнализировать, потому что сложно постоянно проверять показания для всех пациентов, а первый час после сбоя в работе сердца самый важный.

Ежков надеется со временем "научить" свое устройство диагностировать не только болезни сердца, но и другие патологии. Так как мониторинг, в рамках которого каждый пользователь снимает несколько кардиограмм в год, позволяет собирать большие объемы информации, можно обрабатывать их, используя методы big data (больших данных).

Диагностика на основе больших данных "в перспективе может превратиться в один из самых значимых инструментов медицинской диагностики", полагают в ИСИЭЗ ВШЭ: развитие этого направления поможет снизить затраты на диагностику и экономические потери, связанные с врачебными ошибками и поздним выявлением причин заболевания. Объем мирового рынка к 2020 году может достичь \$21,3 млрд против \$4,4 млрд в 2013 году.

Мнения экспертов

Юлия Дмитриева, врач-кардиолог, к.м.н., ООО "Медицинская клиника "Семейный доктор":

"С точки зрения кардиолога полезна следующая информация: электрокардиограмма в одном отведении, фиксируемая в различные периоды, позволяющая оценить частоту сокращений сердца, выявить некоторые нарушения ритма, такие как синусовая аритмия, экстрасистолия, паузы в работе сердца. Возможность длительного контроля позволяет выполнять мониторинг нарушений ритма, оценивать частоту экстрасистолии, возможно, ее тип.

Непонятно, по каким параметрам [прибор] определяет уровень гормонального регулирования организма на сердце, ведь это многофакторный показатель, поэтому интерпретировать его сложно. Это же касается показателя активности регуляторных систем.

Стандартно ЭКГ выполняется в 12 отведениях, отображающих разные зоны сердца, поэтому данная программа не может заменить кардиограмму в медицинском учреждении. Она не выявляет очаговые изменения миокарда, например наличие ишемии миокарда или инфаркта в той или иной зоне сердца, а также не может использоваться для полноценной оценки динамики состояния пациента с сердечно-сосудистой патологией. Скорее, это диспансерный метод выявления некоторых видов патологии сердечного ритма".

Елена Сергеева, врач-терапевт, к.м.н., ООО "Медицинская клиника "Семейный доктор":

"Насколько я поняла, речь идет об анализе ЭКГ в одном отведении. Что это нам дает? Оценить ритм, его частоту. Определить вид аритмии [по одному отведению можно] не всегда, некоторые нарушения ритма лучше видны по грудным отведениям. Аппарат может оценить нервную регуляцию, ее особенности. Все это интересно для пациентов с вегетативной дистонией, которых ведет в основном невролог.

Имеет ли данная информация прикладное значение для пациента с артериальной гипертензией или ИБС? Прямо скажем, косвенное. Мы не можем оценить у этой категории пациентов ишемию миокарда по одному отведению.

Аппарат, как и сказано в его инструкции, - пульсометр. Оценивает ритм и его вариабельность. То есть занимает свою очень узкую нишу".

Руслан Сайгитов, главный научный сотрудник Института статистических исследований и экономики знаний НИУ ВШЭ:

"Для успешности медицинского проекта принципиально важна, во-первых, аналитическая точность устройства, в том числе в сравнении с аналогами. Во-вторых, важно, насколько решения, принимаемые с помощью этого прибора, изменят так называемые конечные точки исследования

(параметры, которые оцениваются, такие как частота инфарктов, общая смертность или даже улучшение качества жизни), то есть, по сути, насколько он позволит снизить риски возникновения болезни, развития осложнений или наступления смерти. Без клинических испытаний, подтверждающих это влияние, невозможно продавать продукт государству, а без его участия говорить об успехе проекта в России проблематично".

**Московский Комсомолец, Москва, 30 мая 2016 6:00**

## **ВРАЧИ БЕЗ БОЛЬНИЦ**

Автор: Наталья Веденева.

***В нашей стране, а точнее в Крыму, проводится уникальный эксперимент по... уничтожению медицинской науки. Сразу после присоединения полуострова к России, под прикрытием необходимости оптимизации здесь закрыли широко известный в мире вуз - Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского.***

Под другим названием "медицинская академия" его включили во вновь созданный Крымский федеральный университет в качестве придатка в числе шести других вузов - строительного, аграрного, экономического, двух НИИ... Медики протестовали всем миром, писали петиции, митинговали: нельзя их сливать со строителями и животноводами, у них своеобразная специализация, не терпящая унификаций! Однако новое начальство из Минобрнауки РФ было непреклонным... Что получилось в результате, узнал корреспондент "МК".

Как в Крыму ликвидировали кузницу медицинских кадров

Начнем с того, что подобное слияние, а точнее - "слив" медицинского университета проходил впервые за всю историю нашей страны. Какой федеральный округ ни возьми - везде есть свои медвузы с полноценными клиническими базами, в которых профессора и доценты консультируют и лечат пациентов, а заодно на практике обучают своих студентов. Крымчанам, увы, не повезло. Кому пришла в голову безумная мысль передать КГМУ из медицинского в образовательное ведомство, сейчас, конечно, никто не признается. Хотя помощник президента Андрей Фурсенко в ответ на один из запросов, поступивших из Госдумы, прямо ответил: предложение о включении КГМУ в КФУ поступило от Госсовета и Совета министров Республики Крым.

КФУ, на который государство выделило большой транш, должен быть оправдан, а там - хоть трава не расти.

- Несмотря на многочисленные заявления руководства Минобрнауки РФ и членов Правительства РФ о том, что объединения вузов

будут производиться только с учетом мнения коллективов, на деле произошло вопиющее насильственное включение нашего медицинского университета в состав федерального, несмотря на активные протесты сотрудников и студентов, - говорит экс-проректор университета, доктор медицинских наук, профессор Александра ТРУШКЕВИЧ. - Наш коллектив, узнав о планируемом слиянии, отчаянно сопротивлялся, обращаясь во всевозможные инстанции, вплоть до Президента РФ Владимира Путина. Но нас как будто никто не слышал.

Александре Трушкевич, как и некоторым другим активным участникам протеста, включая ректора КГМУ, академика Анатолия Бабанина, пришлось покинуть стены родного университета. В знак протеста. А новоиспеченный ректор КФУ Сергей Дониц, экс-министр здравоохранения Крыма, в бытность которого главой спецкомиссии по распределению гуманитарной помощи куда-то пропала часть этой гумпомощи из России (правоохранительные органы возбудили по данному факту несколько уголовных дел), нежданно-негаданно "уличил" университет в халтуре и натягивании оценок студентам. Видно, в его миссию входило найти хоть какой-то предлог для лишения ведущего вуза самостоятельности.

Доницу, конечно, видней. И куда только смотрело **Министерство здравоохранения РФ**, назвавшее КГМУ одним из лучших медицинских вузов в России?! В 2015 г. по результатам экспертной оценки, проводимой Минобром, КГМУ занял второе место (после 1-го МГМУ им. И.М. Сеченова). Видимо, и в Международной организации по вопросам образования (IES) тоже - разброд и шатания, иначе стала бы она в 2006 году присваивать Крымскому медуниверситету высший рейтинговый уровень АА, дающий право студентам не подтверждать свою квалификацию на территории Европы? Ну а Международный Сократовский комитет, включивший в 2014 году "халтурщика" Анатолия Бабанина в Клуб ректоров Европы, получается, вообще какая-то левая шарашка...

Итак, согласно мнению представителей Минобрнауки РФ, действующих сейчас в Крыму, халтура - это миллиард рублей в год, которые КГМУ самостоятельно зарабатывал только на обучении иностранных студентов из 54 стран мира! Халтура - это мастерство хирургов, на высочайшем уровне проводящих все виды операций - от удлинения конечностей и удаления сложнейших послеоперационных грыж до самых современных эндоскопических вмешательств. Халтура - это изобретение новых методов лечения и создание уникальных лекарственных средств! Тысячи больных в крымских больницах находились под пристальным наблюдением профессоров и доцентов КГМУ, а теперь...

А теперь с преподавателей срывают белые халаты. Вот что рассказал мне о нынешнем

положении дел один из доцентов хирургической кафедры:

- Нас, бывших сотрудников КГМУ, сразу после включения вуза в КФУ практически выгнали из всех больниц, - говорит мой собеседник, имя которого мы не называем по его просьбе. - **Министерство здравоохранения** не хочет терпеть нас, подчиненных Минобразования, в своих учреждениях. Главврач может, не стеснясь, кинуть в лицо профессору: "Вы - не медик и не имеете права носить белый халат!" Из девяти помещений (кабинета профессора, научных лабораторий и учебных комнат) в Симферопольской клинической больнице у нас отобрали половину. Мне еще повезло, что я имею полставки в этой клинике, и поэтому меня обязаны пускать внутрь с моими студентами. А большинство наших преподавателей вообще потеряли такую возможность.

- Что же будет с больными, которых они вели?

- Всех больных передали другим врачам.

- И у студентов нет возможности практиковаться?

- Если в клинику не пускают преподавателя, не пускают и его студентов. Сами судите, какие из них получатся в будущем медики. Учтите еще, что с переходом в КФУ у нас стало сокращаться количество учебных групп за счет их укрупнения. По стандартам Минобразования группы могут быть по 25-30 (!) человек. Возможно, это приемлемо для общественных наук, но совершенно недопустимо для медицинских вузов, у нас группы не превышали 8-9 человек.

- Так хирург, лишенный возможности практиковать, тоже может лишиться квалификации...

- Конечно, у нас многие не оперируют последние полтора года после перехода в КФУ. А это почти то же самое, что водителю не водить машину... Навыки теряются, безусловно.

- Ходят слухи, что в одной из больниц заведующего кафедрой загнали работать в подвал...

- Это безобразие действительно происходит в республиканской больнице им. Семашко. Выгнав его из основного помещения, выделили комнатенку в подвальном помещении, а чтобы не было стыдно перед посетителями, велели снять с двери табличку с регалиями. Но еще труднее приходится нашему начальнику отдела производственной практики. Ему надо студентов на лето куда-то пристраивать, а их вообще нигде не берут или требуют за это большие деньги. По российским законам, практиковаться должны студенты с 1-го по 5-й курсы. А им не дают.

- Нарушение российского законодательства, однако...

- Да, увы, оно, по сути, было нарушено самими чиновниками, решившими включить наш

университет в КФУ. Ведь те, кто составлял распоряжение, даже не подумали о том, как будут функционировать вузы и клиники, разделенные разными министерствами. Налицо явная ошибка, если не назвать ее вредительством. Проблем возникло очень много, и никто не знает, как их разрешить. Вот, к примеру, нас не пускают в клиники, а тех же врачей теперь не пускают в наши кабинеты для повышения квалификации, которую они должны проходить раз в пять лет.

В Москве, не видя глаз крымчан, которые чувствуют себя обманутыми и униженными, горе чиновникам легко делать вид, что они очень хорошо сработали на новой вверенной им территории. "Решение принято в Москве и обсуждению не подлежит", - так после тщетных попыток сказал председатель крымского правительства Сергей Аксенов коллективу вуза, почти слово в слово повторив слова вице-премьера, экономиста Ольги Голодец...

"Помогите нам хотя бы наладить работу на клинических базах", - просят сегодня политиков медики. Согласно распоряжению Аксенова, к 15 мая 2016 года этот вопрос должен был быть решен на уровне министра здравоохранения Крыма Александра Галенко. Но и этот воз пока не двинулся с места.

Александра Трушкевич, которую в Госдуме РФ уже прозвали "крымской Жанной Д'Арк", обошла, пожалуй, всех видных политических деятелей с просьбой помочь вузу. 17 декабря 2015 года на очередных парламентских слушаниях под председательством руководителя Комитета Госдумы по здравоохранению Сергея Фургала в постановляющую часть было внесено решение об... обратной реорганизации Крымского федерального университета путем выведения из его состава Медицинской академии и образования отдельной образовательной организации - Крымского государственного медицинского университета имени С.И. Георгиевского - с последующей передачей вновь образованной образовательной организации в ведение **Министерства здравоохранения Российской Федерации**. Поручение было передано Правительству РФ, но с выполнением никто не торопится...

За два неполных года, прошедших после реформирования, в учебном заведении, ранее называвшемся Крымским государственным медицинским университетом, сокращено 500 сотрудников, среди которых оказались 200 преподавателей; около 800 студентов добровольно покинули стены альма-матер и продолжили учебу в других медицинских университетах, и этот процесс продолжается. Вместо самостоятельного, приносящего доход госказне образовательного учреждения вуз стал дотационным, не имеющим своей клинической базы и возможности качественно обучать студентов, - и это в условиях хронического

дефицита медицинских кадров в регионе! Таков был ваш план, господа из правительства? Тогда его нельзя назвать иначе как предательством национальных интересов.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Анонс

ForSMI.ru, Москва, 30 мая 2016 2:12

### ПРЕСС-КОНФЕРЕНЦИЯ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВЕРОНИКИ СКВОРЦОВОЙ

Кто: Международный мультимедийный пресс-центр  
"Россия сегодня" - Москва

Где: Москва, Zubovskiy bulvar, 4 (м. "Парк культуры")

Когда: 30.05.16 (13:00 - 15:00)

Пресс-конференция, Видеомост,  
Видеоконференция 7 просмотров

Список участников:

### Министр здравоохранения Российской Федерации Вероника СКВОРЦОВА

Пресс-конференция, посвященная Дню отказа от курения.

В ходе мероприятия пройдет презентация Странового отчета Российской Федерации за 2015 год по итогам глобального обследования употребления табака среди молодежи (GYTS). Обследование проведено ФГБУ "НИИ пульмонологии ФМБА" при координации со стороны Министерства здравоохранения РФ и при участии Министерства образования и науки РФ. Исследование включает последние статистические данные по потреблению табака в России среди молодежи, а также их динамику за последние 10 лет и является ключевым в определении текущей ситуации и планировании дальнейших шагов в борьбе против потребления табака.

Новости@Rambler.ru, Москва, 30 мая 2016 0:50

### НА ФОРУМЕ В СОЧИ ОБСУДЯТ ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**СОЧИ, 30 мая - РИА Новости, Ульяна Гребенникова. Представители бизнеса и госструктур, врачи и фармацевты обсудят проблемы и перспективы развития здравоохранения в стране на "Форуме индустрии здравоохранения - Юг России 2016", который откроется в понедельник в Сочи, сообщают организаторы.**

Отмечается, что запланировано выступление экспертов из комитета Государственной Думы по охране здоровья, Росздравнадзора, ФАС России, территориальных регуляторных органов, представителей отрасли, а также будут проходить дискуссии, сертифицированное обучение для

врачей, руководителей аптек и провизоров, неформальное общение.

"Участники форума и ведущие эксперты обсудят самые насущные проблемы индустрии здравоохранения: централизованные закупки лекарственных средств, импортозамещение, современные аспекты контроля и надзора на фармацевтическом рынке, ФЗ-44, стратегию "Фарма - 2020-2030", особенности систем лекарственного обеспечения населения в регионах и другие важные для развития отрасли вопросы", - говорится в сообщении.

В 2016 году в число мест проведения форумов индустрии здравоохранения входят Сочи, Владивосток, Екатеринбург, Барнаул, Уфа. Форум объединит профессионалов не только из принимающего региона, но и из ближайших областей.

В начале октября президент Владимир Путин поручил правительству при подготовке бюджета 2016 года выполнить социальные обязательства, в том числе путем ускоренного перехода к адресной социальной поддержке населения. Среди других поручений - финансирование в полном объеме мер для решения приоритетных задач в здравоохранении, образовании и науке. Однако правительству необходимо удержать дефицит в безопасных пределах и не усугубить инфляцию.

Президент также поручил правительству учитывать необходимость поддержать за счет бюджета экспорт (включая субсидирование ставок по экспортным кредитам) и программы импортозамещения в промышленности и сельском хозяйстве.

В рамках импортозамещения предполагаются субсидии Российскому фонду технологического развития, меры для снятия инфраструктурных ограничений, прежде всего в транспорте и энергетике, реализация проектов в рамках Национальной технологической инициативы и развития современной системы профессиональных стандартов.

Соответствующие поручения Путин подписал по итогам бюджетного совещания 22 сентября. В 2015 году правительство России отказалось от планирования бюджета на трехлетний период в связи со сложностью прогнозирования основных макроэкономических показателей, которые ложатся в основу бюджета. Кремль согласился с решением кабмина.