



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

## **ОБЗОР ПРЕССЫ**

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

**16-18 апреля 2016 года**

### **СОДЕРЖАНИЕ:**

#### **ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ**

- Надзор на фармрынке

#### **ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

- Борьба с курением

#### **ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ**

- Медицинская помощь
- Медицинская помощь детям и служба родовспоможения
- Развитие системы скорой медицинской помощи

#### **МЕДИЦИНА В РЕГИОНАХ**

#### **МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ И ОБРАЗОВАНИЕ**

#### **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

Анонс  
Разное



## ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ

### Надзор на фармарынке

Алгоритм приема закупленных медицинских изделий, Zdrav.ru, Москва, 18 апреля 2016

**Оптимизируя расходы, руководители медучреждений зачастую снижают затраты на расходные материалы, используя дешевые медизделия, среди которых могут быть и фальсифицированные. Такой подход создает угрозу жизни и здоровья пациентов.**

Чтобы минимизировать риски, которые связаны с закупкой и обращением медизделий в больнице, необходимо разработать алгоритм приемки и входного контроля всего медицинского оборудования и инструментария.

В статье предлагается такой алгоритм на примере приемки оборудования для лабораторной диагностики.

#### Закупки медицинских изделий

В России разрешены к обращению и использованию только зарегистрированные в установленном законом порядке медицинские изделия, прошедшие соответствующую проверку качества и безопасности.

Чтобы проверить наличие разрешительных документов у конкретного медизделия, необходимо воспользоваться специальным реестром медицинских изделий и организаций, которые производят медицинские изделия.

Такие изделия должны иметь соответствующее регистрационное удостоверение, которое заказчик на этапе подачи заявки может затребовать у поставщика.

Сложность вызывают реагенты и расходные материалы для лабораторной диагностики, без которых не может функционировать ни одна клиническая лаборатория. От качества этих материалов существенно зависят результаты исследований, а следовательно и качество оказания медпомощи, поэтому при закупке и приемки этих изделий необходим особый контроль.

Так как в большинстве поликлиник нет специального подразделения, отвечающего за обеспечение медицинских изделий, часто эти функции выполняют материально ответственные лица, например, заведующая лабораторией и старшая медицинская сестра лаборатории.

Для внедрения системы управления качеством приема закупленных изделий, за основу можно взять следующий алгоритм действий, состоящий из нескольких этапов.

#### 1. Этап приемки товара.

На этом этапе необходимо проверить основную документацию:

Товарная накладная;

регистрационное удостоверение изделия, название которого должно строго соответствовать маркировке на самом изделии и его названию в накладной;

нанесенная на медизделие маркировка на русском языке;

дата производства товара и его срок годности;

маркировка, содержащая информацию об условиях хранения и транспортирования медизделия;

После изучения этих документов можно сделать некоторые выводы. Если по маркировке на изделии провести его идентификацию является невозможным, то его использование будет расцениваться как использование незарегистрированного продукта.

Запрещен прием товара при несоответствии этих требований.

В случае если несоответствие выявлено, ответственный сотрудник должен составить акт о несоответствии, подписывает его у руководителя учреждения и передает этот акт поставщику товара.

#### 2. Этап до начала использования и эксплуатации медизделия.

На этом этапе следует изучить инструкцию по применению медизделия на русском языке. В ней должны быть указаны:

Особенности хранения реагентов, которые входят в состав упаковки, данные об их стабильности;

данные о специфичности, интерференции, аналитической и диагностической чувствительности и другая информация.

В случае отсутствия данной информации, товар может создавать угрозу для жизни и здоровья пациентов и персонала медучреждения.

Нужно запросить недостающую информацию у поставщика или производителя для полноты сведений. Если же запрос завершается отказом, то необходимо обратиться в комиссию по безопасности и мониторингу медучреждения и направить запрос через специальную систему "Мониторинг безопасности медицинских изделий".

Это требование обусловлено положениями закона "Об охране здоровья граждан РФ", согласно которому все субъекты обращения и использования медицинских изделий должны сообщать в контролирующий орган (Росздравнадзор) сведения об обстоятельствах, которые создают угрозу для жизни и здоровья граждан при эксплуатации медизделий.

Именно для этого в медучреждении должно быть назначено ответственное лицо, которые осуществляет работу с автоматизированной системой Росздравнадзора по мониторингу безопасности медизделий.

Не сообщение этих сведений или сокрытие таких случаев ответственные лица несут ответственность в соответствии с нормами российского законодательства.

Алгоритм входного контроля

Приемка медицинских изделий является стандартной процедурой, однако помимо нее рекомендовано устанавливать и алгоритм входного контроля. Данный контроль отличается в зависимости от вида медицинской продукции, однако суть его сводится в целом к следующему.

Входной контроль приборов и аппаратов.

При приемке анализаторов, аппаратов и приборов для лабораторной диагностики, необходимо провести:

Инсталляцию поставщиком оборудования, что включает в себя комплекс обучающих мероприятий по обучению медперсонала работе с новым высокотехнологичным оборудованием.

Операционную верификацию оборудованию работниками лаборатории, с использованием протоколов CLSI или CLIA.

Контроль качества расходных материалов и реагентов, что предполагает визуальный осмотр комплектности оборудования, проверка сроков годности и наличия разрешительной документации.

В ГОСТ 15189-2012, представляющем требования к качеству и компетентности медицинских лабораторий, указано, что перед началом применения реагентов, сотрудники лаборатории должны:

Получить от производителя информацию, которая подтверждает функциональные характеристики методики, для реализации которой предназначен реагент;

Осуществить независимую проверку методики, то есть с помощью контрольных исследований проверить заявленные производителем функциональные характеристики и иные показатели.

Входной контроль для контрольных материалов и калибраторов предполагает проверку наличия документации о подтвержденной метрологической безопасности соответствующего медизделия.

Если обнаружены несоответствия при проверке закупаемых изделий и их верификации, то заведующему КДЛ необходимо составить соответствующий акт и служебную записку на имя главного врача больницы.

Если же несоответствие не является существенным и устранимым, то заведующим может быть принято решение о приеме этих медизделий, которое оформляется решением о допуске медизделия к производственной деятельности, утвержденным руководителем медучреждения.

В таком распоряжении необходимо детально описать условия допуска оборудования к деятельности, а также назвать требования его применения.

Кроме того, сотрудниками лаборатории могут быть проведены сравнительные исследования существенных характеристик реагентов и расходных материалов.

В таком случае заведующий КДЛ должен составить и согласовать с представителем по качеству план сравнительных исследований, проводит их, после чего представляет отчет об итоговых результатах руководителю медучреждения.

По результатам сравнительных исследований принимается решение о выборе данного поставщика или о его замене, а также о составлении претензий и дополнительных запросов поставщику.

По сравнительному исследованию должно быть сформировано дело, где хранятся все записи, документы, результаты, копии, которые касаются проведения исследования. Дело хранится у заведующего лабораторией.

Сводный алгоритм действий по приемке медизделий:

определение ответственных лиц;

детальное описание этапов приемки медизделий;

ведение реестра регистрационных удостоверений медизделий;

назначение ответственного за ведение мониторинга безопасности медизделий;

организация хранения медизделий, использование которых приостановлено;

изучение информации о незарегистрированных медизделиях, размещенной на сайте Росздравнадзора;

организация режима хранения медицинских изделий, контроль за истечением сроков их годности.

**Минздрав назвал эффективной систему регулирования цен, РИА АМИ, Москва, 18 апреля 2016**

**Минздрав отреагировал на слова президента РФ, высказанные им во время прямой линии 14 апреля. В ведомстве подтвердили, что уровень цен на жизненно необходимые препараты**

амбулаторного сегмента увеличился на 8,8%. Рост цен на препараты, не входящие в этот перечень, возрос в среднем на 19,5%. Это подтверждает эффективность проводимых мер по сдерживанию роста цен на лекарственные препараты, подчеркнули в министерстве.

"В среднем по Российской Федерации за 2015 год уровень розничных цен на лекарственные препараты из Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) амбулаторного сегмента увеличился на 8,8%, в госпитальном сегменте уровень закупочных цен повысился на 8,9%", - говорится в сообщении ведомства.

При этом рост цен на лекарственные препараты, не входящие в ЖНВЛП, "составил по итогам 2015 года в среднем 19,5%, что в целом подтверждает эффективность действующей системы регулирования цен", указывает Минздрав.

В ведомстве также указали на динамику цен за первый квартал 2016 года. Так, за 3 месяца уровень розничных цен на ЖНВЛП амбулаторного сегмента "повысился в среднем по Российской Федерации на 0,3% (за 3 месяца 2015 года - на 6,6%)", утверждает в сообщении. При этом на ЖНВЛП стоимостью до 50 руб. рост цен составил 0,1%; от 50 до 500 руб. наблюдается снижение на 0,2%; а свыше 500 руб. - снижение на 0,3%, указывают в ведомстве.

"Динамика розничных цен на лекарственные препараты, не включенные в перечень ЖНВЛП, в 2016 году составила 2,3% (за 3 месяца 2015 года 16,9%), в т.ч. на препараты стоимостью до 50 руб. на 12,7%; от 50 до 500 руб. на 1,5%; свыше 500 руб. на 1,4%", - отмечается в сообщении.

Комментируя вопрос ассортимента отечественных дешевых лекарственных препаратов, в Минздраве отметили, что на рынке действительно наблюдается определенное сокращение по торговым наименованиям (ТН) - на 2,5% в сравнении с январем 2015 года.

При этом "ассортимент отечественных ЖНВЛП стоимостью до 50 руб. в разрезе международных непатентованных наименований (МНН) остался по итогам 2015 года без изменений", - говорится в сообщении.

В свою очередь по импортным ЖНВЛП стоимостью до 50 руб. по итогам года отмечено снижение на 18% в разрезе МНН и на 18,9% - по ТН. При этом в Минздраве отметили, что в данном ценовом сегменте импортные ЖНВЛП имеют аналоги отечественного производства.

Если говорить о показателях в абсолютном выражении, то, по данным мониторинга Росздравнадзора, в ценовой категории до 50 руб. ассортимент ЖНВЛП был ежемесячно

представлен в среднем 156 международными непатентованными наименованиями (МНН) наиболее востребованных препаратов отечественного производства и 101 МНН импортных лекарственных препаратов, отмечается в сообщении.

При этом в Минздраве указали, что имело место временное отсутствие ряда препаратов во втором полугодии 2015 года. Оно объясняется изменившимися экономическими условиями и связанными с этим производственными проблемами, в том числе сменой поставщиков. Тем не менее, участниками фармацевтического рынка не было отмечено отсутствие наименований, которое могло бы повлиять на качество лечебного процесса.

В министерстве обратили внимание и на вопросы, связанные с совместным пребыванием родителей с ребенком в больнице. "В соответствии с частью 3 статьи 51 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка", - указали в министерстве.

"При совместном нахождении в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше данного возраста - при наличии медицинских показаний плата за создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания, с указанных лиц не взимается", - подчеркивается в сообщении.

В Минздраве также добавили, что министерством еще в 2014 году было направлено письмо в регионы с просьбой принять необходимые меры по организации посещений. "Вместе с тем, поскольку с реализацией данного права на практике все еще имеют место определенные трудности, министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова дала поручение подготовить свод наилучших практик по данному вопросу - методические рекомендации, которые могут быть использованы и медицинскими организациями, и пациентами", - добавили в ведомстве. Ожидается, что данные рекомендации будут подготовлены до 1 июня 2016 года.

Напомним, что 14 апреля в ходе прямой линии президент РФ Владимир Путин заявил, что правительство в ближайшее время решит вопрос поддержки фармацевтической отрасли - возможно, уже в ближайшие 1,5-2 месяца.

По словам президента, сдерживаемый государством рост цен сильно бьет по

фармацевтам в силу того, что компоненты, которые входят во многие лекарства, в значительной степени поступают из-за рубежа. "Этот компонент с учетом курсовой разницы не покрывается ростом цены", - сообщил президент.

При этом президент сослался на статистические данные, согласно которым наблюдается сокращение отечественных дешевых препаратов на 2,5%. "Это сокращение по наименованиям, а по химической формуле таких сокращений нет", - пояснил Путин.

При этом "если в целом жизненно важные лекарственные препараты (цены) выросли на 8,8%, дешевые выросли на 16%", добавил президент.

В таких условиях "у правительства два возможных пути решения вопроса: это либо субсидировать промышленность, но понять, есть ли в бюджете на это средства соответствующие, либо в какой-то степени отпустить ту цену", - сказал Путин, отметив, что, возможно, в обозначенный срок правительству удастся найти и какие-то другие способы решения этого вопроса.

Отметим, что распоряжением Правительства Российской Федерации от 26.12.2015 2724-р утвержден минимальный ассортимент лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи, наличие которых в соответствии с п. 6 ст. 55 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ аптечные организации обязаны обеспечивать в рамках соблюдения лицензионных требований и условий.

В декабре 2015 года был утвержден актуализированный перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2016 год, который расширен с 608 международных непатентованных наименований (МНН) лекарственных препаратов до 646, что с учетом конкретных лекарственных форм, дозировок и фасовок составляет более 23,5 тыс. ассортиментных позиций. Перечень был сформирован впервые в соответствии с новым порядком, обеспечивающим максимальную открытость и вовлеченность экспертного сообщества в создание этого важного документа.

**проведено и клинических испытаний этой продукции, а значит, состав химических веществ, используемых в электронных сигаретах, до конца не раскрыт. И производители под шумок предлагают их в качестве альтернативы курительному табаку.**

Какой вред электронные сигареты наносят организму? Можно ли при курении э/сигарет (так их сокращенно называют исследователи) заболеть раком? И почему с помощью этой "чудо-новинки" не удастся запросто бросить курить, как утверждают производители? О чем умалчивают табачники и продавцы этого крайне опасного и дорогого (в буквальном смысле) продукта? Вопросов накопилось множество. Проведенные в разных странах исследования дают ответы на многие из них, причем далеко не в пользу э/систем доставки никотина прямо в легкие курильщика. Кстати, в Дании, Израиле уже запретили ввоз и продажу электронных сигарет. Почему?

"Чудо-новинка" опаснее обычных сигарет

- Вред от курения электронных сигарет сегодня очевиден многим странам, хотя производители новинки скрывают о них правду, - прокомментировала ситуацию знаток в этой области врач-пульмонолог, руководитель Центра по отказу от табака НИИ пульмонологии ФМБА России, д.м.н., профессор Галина САХАРОВА. - Неслучайно же они уже запрещены не только в Дании и Израиле, но и в Канаде, в некоторых штатах Америки, а также в Турции, Бразилии, Австралии, Норвегии и других странах. Электронная сигарета - это средство для введения в организм курильщика еще больших доз никотина. Как представитель доказательной медицины смею утверждать: электронные сигареты даже опаснее обычных. Во-первых, в них содержится в основном столько же никотина, сколько и в традиционных, - 18 мг (но может быть и больше); в легких сигаретах - 14 мг (но может быть и больше); в суперлегких - 11 мг никотина (но может быть и больше). Причем никотин сразу попадает в легкие. И в этом главный вред и опасность таких сигарет. Никотин, как известно, кроме всего прочего, вызывает спазм кровеносных сосудов.

- Лукавят производители и продавцы этого табачного "чуда", называя электронные сигареты безвредными. И что якобы с их помощью курильщик сможет даже отказаться от вредной привычки, - высказывает свою точку зрения один из главных защитников прав потребителей, глава Международной конфедерации обществ потребителей (КонфОП) Дмитрий ЯНИН. - Главный посыл табачников: электронные сигареты созданы специально для того, чтобы постепенно избавить человека от никотиновой зависимости как физиологической и психологической. Но это не так. Бросить курить обычные сигареты с помощью электронных не удастся по многим причинам. Во-первых, электронные сигареты тоже содержат никотин, пусть и в жидком виде. По сути, тот же

## ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

### Борьба с курением

**Электронные сигареты - бомба замедленного действия**, Cont.ws, Москва, 17 апреля 2016

**На табачном рынке России "чудо-новинка" под названием "электронные сигареты" продается уже не один год. Кстати, такие сигареты не менее, а может быть, и более вредные, чем обычные. Но они не подлежат обязательной сертификации, их реализация нашими законами строго не регулируется. Не было**



наркотик. А значит, курильщик попадает в ту же зависимость. И моторика та же: он не избавляется от привычки держать в руках сигарету, пусть и электронную. И даже то, что при производстве э/сигарет не используется табачный лист, не спасает, так как в них закладывается много других опасных химических составляющих. Правда, дыма в окружающую среду от э/сигарет не выделяется. Пожалуй, это единственный плюс перед обычным курением. Человек вредит только себе самому.

"А в остальном, что касается э/сигарет, в России - полный беспредел, - резюмирует Дмитрий Дмитриевич Янин. - Качество наполнителей и количество содержащегося в них никотина не отслеживается. С первого июня этого года, как известно, согласно Федеральному закону "Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака" "вводится полный запрет на розничную продажу сигарет везде, кроме магазинов и павильонов, в случае отсутствия в населенном пункте магазинов и павильонов будет допускаться торговля в других торговых объектах, а также развозная торговля" (части 1, 2 ст. 19). Также с первого июня 2014 года "запрещается курить в помещениях, предназначенных для предоставления бытовых услуг, услуг торговли, общественного питания, помещениях рынков, в нестационарных торговых объектах" (пункт 1, ст. 12 того же закона). Но вступившие в силу с 1 июня с.г. новые статьи антитабачного закона, строго запрещающие курение во многих общественных местах, электронных сигарет вряд ли коснутся. Значит, курение э/сигарет возможно в поездах и кинотеатрах, в аэропортах, общепите, в самолете, если правилами перевозчика это не запрещено?

Убежден: все это должно регулироваться и регламентироваться российским законодательством и в отношении электронных сигарет".

В России запрещено лишь производить изделия, имитирующие обычные сигареты (выпускать электронные сигареты в виде обычных). Но, например, в виде ингалятора или авторучки производить э/сигареты можно.

"Беременные женщины, курящие бездымный табак, мальчиков не вынашивают"

В мире уже давно расшифровали код электронного устройства под названием "электронная сигарета". Это "электронные системы доставки никотина (ЭСДН), предназначенные именно для поступления в легкие курящего химической смеси. Обычно эта смесь состоит из никотина, пропиленгликоля и других химических веществ. Ряд ЭСДН выпускается с ароматизаторами, что должно привлекать подростков и молодежь".

Это, так сказать, официальное описание электронных сигарет, но далеко не полное. И требует расшифровки. Сегодня курение

бездымных сигарет, к каким относятся и электронные, вызывает обеспокоенность во всем мире. Во многих странах, особенно в развитых, уже осознали огромный вред электронных сигарет для здоровья населения. Пожалуй, кроме России. К счастью, в нашей стране эти сигареты пока в диковинку. И массовый спрос на них, скорее всего, сдерживает цена (э/сигареты дороже обычных примерно в 10 раз!).

Согласно информации ВОЗ, полученной по результатам глобальных обследований в возрастной группе 13 - 15 лет, во всех регионах, где они проводились, наблюдается рост курения бездымного табака. И риск смертности в этой группе повышен в сравнении с теми, кто такой табак не курит. Международное агентство по исследованию рака (МАИР) пришло к выводу: бездымный табак является канцерогеном, вызывая рак полости рта и поджелудочной железы.

Исследования, проведенные в некоторых странах Юго-Восточной Азии, также показали: употребление бездымного табака во время беременности ведет к неблагоприятным исходам: дети рождаются с низкой массой тела. А с плодом мужского пола и вовсе беда: курящие бездымный табак женщины мальчиков просто не вынашивают.

Однако табачная индустрия расширяет свои продажи именно в развивающихся странах и все в большей степени делает упор на изделия из бездымного табака. Табачная промышленность рассматривает бездымный табак в качестве дешевого, но чрезвычайно прибыльного для себя бизнеса.

А в других странах Юго-Восточной Азии путем исследований доказали: бездымный табак содержит несколько канцерогенных соединений, более высокие концентрации специфических табачных нитразаминов и других химических веществ, которые вызывают рак полости рта и поджелудочной железы. До недавнего времени считалось, что бездымный табак является менее вредной альтернативой курительному табаку, так как он не содержит ПАГ. Но это не так - исследованиями доказано: этот полициклический ароматический гидрокарбонат попадает во влажный нюхательный табак в ходе сушки табачных листьев при его приготовлении.

Поэтому курение бездымного табака не избавляет человека от вредной привычки. Более того, зависимость вырабатывается даже быстрее. Исследователи отмечают: резкий вкус бездымного табака хитрые производители маскируют, добавляя ароматизаторы, знакомые и популярные у молодежи с детства: ваниль, шоколад, клубнику. После непродолжительного курения бездымного табака и усиливается никотиновая зависимость.

А возросшее число курящих бездымный табак в развивающихся странах привело к тому, что у них растет число тех, кто курит оба вида табачных изделий: обычные и электронные.

Поэтому бездымный табак ни в коем случае не должен рекламироваться в качестве изделия, которое приведет к сокращению числа курящих.

"Риск привыкания к э/сигаретам у тех, кто никогда не курил, очень высок"

Один из аргументов пропагандистов электронных сигарет: в них нет никотина. Но никотин содержится в картриджах. Благодаря многочисленным исследованиям, проведенным в разных странах, стало известно: картриджи обычно содержат от 6 до 24 мг никотина, но иногда и более 100 мг! Как это проверить рядовому покупателю? В некоторых странах начали предупреждать своих граждан: до тех пор, пока компетентный национальный регулирующий орган не признает какую-либо определенную э/сигарету безопасной, а ее качество - допустимым, потребителям настоятельно не рекомендуется использовать такие изделия, включая электронные сигареты, содержащие никотин.

А что такое никотин, объяснять вряд ли надо. Вот его оценка специалистами последних лет: "Содержащийся в табачных изделиях никотин является химическим веществом, вызывающим привыкание, а в чрезмерных количествах может приводить к смерти (0,5-1,0 мг на 1 кг веса человека)". И как бы производители ни старались менять внешнюю форму электронного курительного изделия (сигареты, сигары, трубки или кальяны, да хоть в форме пишущей ручки или даже флешки), внутреннее его содержание остается. И зависимость от него сохраняется. Даже официальная точка зрения гласит: "Безопасность электронных сигарет научно не доказана". А опасность - доказана, но она почти не освещается в СМИ: невыгодно, чтобы покупатели знали об опасности э/сигарет. Во всяком случае, научное тестирование их уже показало: "Содержание никотина и других доставляемых этими изделиями химических веществ в легкие курящего варьируется в широких пределах. Но у потребителя нет возможности выяснить, что в действительности доставляет купленное им изделие".

Например, большинство э/сигарет, кроме никотина, содержат еще и пропиленгликоль, который оказывает раздражающее действие при его вдыхании. Тестирование некоторых из этих сигарет показало также присутствие в других токсичных химических веществ. Кроме того, "велик риск привыкания к ним тех, кто не курит". А "никотин, вдыхаемый, проглатываемый или находящийся в прямом контакте с кожей, может быть особо опасным для здоровья детей, молодых людей, пациентов с сердечными заболеваниями и пожилых. Но непосвященных покупателей продолжают убеждать в их безопасности. Это очередная уловка, с помощью которой табачники хотят привлечь как можно больше покупателей,

пока состав химических веществ, используемых в электронных сигаретах, до конца не раскрыт".

Еще один миф не выдержал испытания практикой: использование э/сигарет в качестве способа быстрее и безболезненнее прекратить курение обычного табака. Научно обоснованных инструкций для их использования в качестве заменителей или устройств, способствующих прекращению курения, нет. А вот тот факт, что с помощью данного электронного устройства никотин доставляется непосредственно в легкие, говорит о безусловном вреде э/сигарет. Ни одно из других имеющихся устройств сокращения или отказа от курения не доставляет никотин сразу в легкие, что само по себе опасно.

В Корею, например, в целях определения содержания электронных сигарет и добавок к ним провели жидкостную хроматографию (масс-спектрометрию). Результаты ошеломили: выявлены 10 токсинов и несоответствия в маркировке и фактическом содержании никотина. А в Бразилии, где электронные сигареты запрещены с 2009 г., лабораторное исследование показало: согласно химическому дактилоскопическому анализу, жидкость в ампулах электронных сигарет содержит табачные экстракты. В Болгарии и Малайзии тоже выявили несоответствие заявленного содержания никотина фактическому. Естественно, в сторону его увеличения.

И ни одно из этих исследований не подтвердило ни заявленного качества, ни безопасности, ни эффективности ЭСДН. Поэтому вовсе не случайно в докладе исследовательской группы ВОЗ по регулированию табачных изделий сделан однозначный вывод: электронные сигареты нельзя рассматривать как безопасные и как средства, помогающие бросить курить, - для такого утверждения нет достаточных научных доказательств. А вот поступление никотина и других токсичных веществ в легкие может быть опасным. Но, увы, э/сигареты, предназначенные для прямой доставки никотина в дыхательную систему, в большинстве стран мира не подпадают под меры контроля как табачные изделия.

ВОЗ все еще предупреждает...

Всемирная организация здравоохранения на основе проведенных многочисленных исследований в разных странах сделала еще несколько важных выводов.

Вывод первый: следует запретить утверждения о том, что электронные сигареты ослабляют вред курения или могут использоваться для содействия прекращению курения, пока это не будет доказано на клиническом уровне. Э/сигареты должны регламентироваться в качестве устройств для доставки никотина, а там, где это регулирование невозможно, в рамках законов о борьбе против табака на них должно распространяться регулирование состава и маркировки, запреты на использование в

общественных местах и ограничения на рекламу, запреты на стимулирование продаж и спонсорство. Более того, утверждения о том, что эти изделия могут использоваться для оказания помощи в отказе от курения, должны быть запрещены до тех пор, пока не будут получены научные доказательства.

Вывод второй: никотин и никотинсодержащие изделия для использования человеком должны являться объектом регулирования. Регулирующие органы ВОЗ обеспокоены тем, что качество и безопасность этих изделий не были установлены.

Вывод третий: надо заниматься вопросами употребления всех форм табака, а не только обычного курительного. Охватить всесторонним контролем со стороны независимого государственного научного учреждения все табачные изделия, включая э/сигареты. И в рамках такого контроля заставить производителей раскрыть содержащиеся в них ингредиенты. И на постоянной основе тестировать и производить замеры состава изделий из бездымного табака и выделяемых ими продуктов.

Реализация электронных сигарет идет уже более 10 лет, за исключением тех стран, где они запрещены, и вот-вот эти изделия заполнят весь мир. Во многих государствах все еще размышляют: а должны ли электронные системы доставки никотина прямо в легкие курильщика рассматриваться в качестве табачных изделий? И надо ли их запрещать? В целом же очевидна растущая обеспокоенность на международном уровне по поводу качества, безопасности бездымного табака. Сегодня он "выпадает" из сферы регулирования создаваемых изделий доставки никотина. И все это происходит на фоне все большего их проникновения на новые рынки.

А что же Россия? В нашей стране электронные сигареты пока не стали предметом серьезного рассмотрения даже на уровне законодательства. Их будто и нет в стране. Так что до запретов относительно их курения, соответствия заявленному содержанию, качеству, наконец, нам как до Луны.

Пора бы и в России запрещать курить электронные сигареты в общественных местах, ограничивать рекламу, стимулирование продаж и спонсорство. Во многих странах это уже сделали - вплоть до тотального запрета на ввоз и реализацию этой "чудо-новинки".

## ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ

Медицинская помощь

**Здравоохранение: по принципу "оптимизации"**, Cont.ws, Москва, 16 апреля 2016, Степан Сулакшин

**Несмотря на здравый смысл и надежду, здравоохранение попало под "бюджетные ножницы". Фактически его вывели из приоритетных стратегических направлений. Медики говорят: "преступление". И они правы, но "оптимизация" - вопрос решенный, судя по заявлению Дмитрия Медведева: центр не устраняется от ответственности, но оптимизация, мол, нужное дело.**

Злободневные вопросы, которые сегодня стоят перед российским здравоохранением, будут решаться по принципу "оптимизации". Это значит, что закрытие больниц и стационаров, сокращение зарплат и медицинского персонала, одним словом, все те требования, которые озвучивались медиками на протестных митингах и акциях, прокатившихся волной в прошлом году по всей стране, будут аннулированы. Очевидно, что сегодня реальная жизнь требует увеличения государственного финансирования здравоохранения и концентрации на решении фундаментальных проблем отрасли. Но этого не происходит. Медики пытаются достучаться до власти, но их не слышат, а когда удается продвинуть нужные проекты, то их быстро сворачивают обратно. Несколько лет назад на этот счет высказался Леонид Рошаль - доктор медицинских наук, профессор, общественный деятель, директор НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, "Детский доктор мира".

Что сказал Леонид Рошаль. "Был такой национальный проект "Здоровье", со всеми недостатками, но он был, так как деньги выделялись и люди работали: удалось немного поднять зарплаты, сохранить первичное звено, - сказал Рошаль. - Тогда удалось сохранить хотя бы то, что было. Но спустя три года все хорошие идеи закопали в землю и стали требовать - "сократить", указывая на колоссальный дефицит бюджета, и соответствовать процессу оптимизации".

При этом критика от Рошала была грубо воспринята "наверху". В 2011 году сотрудники Минздравсоцразвития России обратились с коллективным письмом к Владимиру Путину (тогда был премьер-министром) и попросили оградить их от критики Леонида Рошала. Письмо было ответом на критическое выступление Рошала на I Всероссийском медицинском форуме (смотреть тут), в котором он резко раскритиковал реформы здравоохранения (ведомство тогда возглавляла Татьяна Голикова). Ничего хорошего из этого не вышло. Во-первых, все понимали, что глупо обвинять в некомпетентных высказываниях человека, выступление которого в зале специалистов сопровождалось аплодисментами, который требовал увеличения финансирования стратегической отрасли и введения в нее грамотных управленцев от медицины. Да и реакция Путина также была понятна. Во-вторых, после его выступления "гнетущее чувство пессимизма" и "горький осадок" остался только у авторов письма, взявших на себя смелость



говорить за все здравоохранение в стране. Более подробно читайте материал "Рычаги выживания в медицине".

В 2014 году Леонид Рошаль прокомментировал уже очевидное резкое снижение финансирования здравоохранения, особо обратив внимание на то, что разрушенную государственную систему здравоохранения сейчас просто рушат. "Вместо того чтобы наращивать долю здравоохранения, его дальше снижают. Здравоохранение может просто встать, если государство серьезно не пересмотрит эту проблему. Это и социальные вопросы, и зарплата, и распределение выпускников после окончания мединституты, обучавшихся там за государственный счет. Этим надо заниматься. И переломить финансовую ситуацию можно - на это, в целом, по сравнению со всем бюджетом, много денег не надо. Государство заинтересовано в том, чтобы очень бережно относиться к своим расходам, и я это хорошо понимаю. Но, когда поднимают руку на здравоохранение, - вот этого я никак не понимаю. Нужно дать здравоохранению хотя бы 5% от ВВП, используя нашу, еще не совсем разрушенную государственную систему здравоохранения, которую сейчас просто рушат".

Что сказал Дмитрий Медведев. В 2015 году стало ясно, что дальнейшего демонтажа системы здравоохранения не избежать. При этом весь этот процесс называется очень конструктивным мероприятием и особенно важным для регионов (о том, что большое количество регионов едва тянут свои бюджеты, в данном контексте не говорится). По мнению премьер-министра Дмитрия Медведева, реформы не могут происходить в пределах Садового кольца или в Белом доме, а должны "происходить на земле".

Вся медицина (за исключением федеральных медицинских учреждений) сконцентрирована в регионах, где люди получают медицинские услуги. Каждый регион выбирает скорость и способ преобразований. При этом федеральный центр не устраняется от ответственности, так как методические решения приняты на федеральном уровне. Этот момент подчеркнул премьер, отвечая на вопрос журналистов (в интервью пяти телеканалам), почему Правительство отдало важнейшую реформу - реформу системы здравоохранения - на откуп региональным властям.

Он также прокомментировал утверждение о том, что современная реформа системы здравоохранения - это сокращение расходов под видом реформы, которое приведет к росту цен на медицинские услуги. По словам премьера, в результате оптимизации страна должна выйти на такое состояние медицины, когда медицинские услуги оказываются уже на другом уровне. "Для этого нужно современное медицинское оборудование, с одной стороны, а с другой стороны, квалифицированный персонал, который

хочет работать. Ведь у нас (я еще, помню, когда начинал заниматься этим национальным проектом) довольно перекошенное состояние с точки зрения специалистов-медиков. Очень трудно было найти терапевтов, и до сих пор эта проблема существует. Врачей общей практики мы до конца так и не создали как институт. Со специалистами тоже есть свои проблемы. То есть нам еще нужно выровнять количество и специализацию медиков, которые трудятся в столичной медицине, и вот это задача как раз для московских властей", - пояснил он, подчеркнув, что существует и другая проблема. Речь идет о коечном фонде в больницах. По словам премьера, он используется неэффективно, так как на койки "тратятся огромные деньги, и в то же время они либо не используются, либо используются не по назначению, просто для того чтобы человек полежал, отдохнул". Указал на мировой опыт: люди в больнице очень долго не лежат, главное, чтобы была оказана качественная медицинская помощь, проведена операция. Поэтому реорганизация коечного фонда - одна из задач для системы здравоохранения.

Критика "оптимизации" от Счетной палаты РФ. Напомним, что Счетная палата РФ еще весной подвела неутешительные итоги плановых проверок 2013-2014 гг., признав то, что заявленные цели по программе реформы в системе здравоохранения достигнуты не были. Так, в прошлом году количество врачей уменьшилось на 12,8 тыс. человек. При этом дефицит врачей в регионах оценивается в 55 тыс. человек. Наибольшее сокращение коснулось врачей клинических специальностей - более 19 тыс. человек.

"Таким образом, реализуемые мероприятия по сокращению численности медицинских работников не соответствуют фактической ситуации в регионах и сложившейся потребности. Требуется анализ проводимых кадровых мер, и по итогам возможная их корректировка", - сообщается в докладе. Тяжелая ситуация складывается в сельской местности, где в прошлом году было ликвидировано 659 фельдшерско-акушерских пунктов. На фоне всего этого платность медицинских услуг растет. В прошлом году объем платных медицинских услуг вырос на четверть. Более подробно читайте материал "Демонтаж здравоохранения как долгосрочная антироссийская стратегия". Из материалов Счетной палаты следует, что сокращение больничных коек в стране (всего было сокращено 33 757 коек) сделало "кочный фонд несбалансированным и не соответствующим потребностям населения". Как следствие, это привело к тому, что больницы просто перестали брать больных на стационарное лечение. Кроме того, еще два года назад Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова отметила, что "основой оптимизации кочного фонда должно быть не столько его сокращение, сколько репрофилирование", выступив против огульного сокращения коек и перегибов на местах.

Тогда процесс "оптимизации" назвали нецелесообразным, а сегодня в нем пытаются найти эффективность. И даже рациональное зерно. Он как тот "сверчок - невидимка": "то вдруг застрекочет, то снова молчок". "Его не найдешь. Я так и не знаю, на что он похож".

Автор Н.В.Мозер - эксперт Центра Сулакшина (Центра научной политической мысли и идеологии)

**Минздрав ответил на критику о проблемах с обеспечением ИВЛ на дому, РИА АМИ, Москва, 18 апреля 2016**

**По данным Минздрава, в России 200 человек подключены к аппаратам искусственной вентиляции легких (ИВЛ) на дому.**

**Такие сведения предоставили корреспонденту Vademecum в Министерстве здравоохранения.**

Регионам, пояснили в ведомстве, не хватает денег на закупку дорогостоящих аппаратов ИВЛ, поэтому в основном такие установки для пациентов приобретают благотворительные организации. "Кроме того, анализ поступающих обращений родителей детей, которым необходима ИВЛ, показывает, что важными факторами для проведения ИВЛ на дому является наличие соответствующих бытовых условий, готовности родителей к организации круглосуточного наблюдения за ребенком и правильной работы аппарата ИВЛ", - считают в Минздраве. По словам чиновников, поступают к ним и обращения родителей, которые против выписки детей, находящихся на ИВЛ, из стационара. Согласно статистике Минздрава, 100 из 200 пациентов, которым необходима ИВЛ на дому, составляют дети.

В среднем аппарат искусственной вентиляции легких отечественного производства стоит от 0,5 до 2 млн рублей.

Проблему с обеспечением тяжелобольных детей портативными аппаратами ИВЛ на дому во время "Прямой линии" с президентом России Владимиром Путиным поднял актер Константин Хабенский. По данным, которые привел Хабенский, с лета 2015 года - именно тогда эта проблема впервые была озвучена президенту во время "Прямой линии" - ни один ребенок не получил аппарат ИВЛ, купленный на бюджетные средства.

Минпромторг предложил ограничить закупку иностранных аппаратов искусственной вентиляции легких осенью 2015 года. При этом доля таких устройств отечественного производства на рынке составляет, согласно оценкам Meditex, 15%.

**Минздрав разработает рекомендации по пребыванию с ребенком в больнице, РИА АМИ, Москва, 18 апреля 2016**

**Минздрав РФ разработает методические рекомендации, касающиеся совместного пребывания близких с ребенком в больнице, они могут быть готовы уже к 1 июня текущего года, сообщил журналистам официальный представитель Минздрава РФ Олег Салагай.**

В четверг известный российский актер Константин Хабенский во время "прямой линии" попросил президента РФ Владимира Путина помочь обеспечить право родным и близким находиться рядом с ребенком в реанимации или палате интенсивной терапии.

Как отметил Салагай, сейчас законодательство предполагает, что одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка. При совместном нахождении в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше данного возраста - при наличии медицинских показаний плата за создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания, с указанных лиц не взимается.

"Вместе с тем, поскольку с реализацией данного права на практике все еще имеют место определенные трудности, министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова дала поручение подготовить свод наилучших практик по данному вопросу - методические рекомендации, которые могут быть использованы и медицинскими организациями, и пациентами. Ожидается, что данные рекомендации будут подготовлены до 1 июня 2016 года", - подчеркнул Салагай.

#### Медицинская помощь детям и служба родовспоможения

**Смерть до рождения. стране нужна программа по профилактике аборт. Церковь готова серьезно помогать в этом, Богослов.Ru, Москва, 16 апреля 2016**

**О путях решения проблемы абортов и о том, какую помощь в спасении жизни нерожденных детей может оказать Русская Православная Церковь, в опубликованной "Российской газетой" статья рассказывает председатель Отдела внешних церковных связей Московского Патриархата митрополит Волоколамский Иларион.**

Аборты были легализованы в Советской России постановлением Народных комиссариатов здравоохранения и юстиции "Об охране здоровья женщин" 18 ноября 1920 года. В СССР аборт был под запретом лишь с 1936 по 1955 годы. Россия, первая в мире легализовавшая прерывание беременности по желанию женщины, и сегодня

имеет одно из самых либеральных законодательств в этом вопросе, занимая первые строчки печальной статистики.

Мы ужасаемся разным несправедливостям, творящимся в мире, массовой гибели людей в терактах или войнах. Мы сострадаем жертвам, находясь далеко от них, а СМИ предлагают все новые и новые подробности и обстоятельства их страданий. Но мало кто задумывается о том, что в нашей стране уже много десятилетий, а именно с 1920 года, совершается массовое детоубийство. И происходит это не где-то далеко, а у нас под носом: в наших собственных семьях, либо у наших соседей, друзей, сослуживцев.

Жизнь человека начинается с момента зачатия - об этом говорит и Церковь, и современная наука. Дети, которым не дали родиться на свет, ощутить любовь отца и матери, проявить свои таланты, прожить полноценную человеческую жизнь - огромная трагедия России. Отношение к тем, кто полностью беззащитен и безгласен перед произволом взрослых, показывает степень духовного здоровья общества.

По официальной статистике за 2013 год, в России 1 012 400 детских жизней было загублено в результате аборта. И это только данные по учреждениям системы Министерства здравоохранения Российской Федерации, без учета абортов, совершенных в частных клиниках. И так из года в год. По меньшей мере миллион людей мы теряем ежегодно в результате узаконенного детоубийства.

Чтобы положить конец этой чудовищной и преступной практике, недостаточно одних законодательных запретов. Нужно менять отношение людей к жизни, к семье, к самим себе. Нужно, прежде всего, чтобы каждый потенциальный родитель внутренне отказался от самой мысли о возможности убийства собственного ребенка. Если мы хотим переломить стереотипы советского мышления и пришедшего ему на смену сознания общества потребления, необходимо вместе потрудиться: и добровольцев привлечь, и специалистов подготовить.

#### Ошибки и ультиматумы

Что толкает женщину на аборт? Иногда это социальная неустроенность. В других случаях - страх перед чужим мнением, если девушка забеременела, не вступив в брак. Если зачатие произошло от случайной связи, ситуацию усугубляет ложный стыд, который кажется непреодолимым. Но почему этот стыд ложный? Потому что убийство ребенка гораздо более тяжким бременем ляжет на сердце, чем однократная необходимость честного признания перед близкими своей ошибки и готовность понести последствия. Признание ошибок, способность отбросить тщеславие и взять на себя

груз ответственности внутренне высвобождает человека. В этом и заключается личностный рост.

Повлиять на женщину с тем, чтобы заставить ее сделать аборт, могут родственники или отец зачатого ребенка. Иной раз они оказывают на нее давление или ставят ей ультиматум. Если парень говорит "делай аборт, или я тебя брошу", лучше сразу расстаться с таким человеком. Не будет никакого прочного союза с убийцей - а именно таковым является всякий, склоняющий женщину к аборту. Отношения, построенные на эгоизме, развалятся через несколько лет, а сохраненная жизнь младенца станет благословением для матери, проявившей стойкость и не поддавшейся на моральный террор и истерику близких. Такая отважная мама избежит одиночества и моральных угрызений, и, скорее всего, будет защищена в старости своим повзрослевшим чадом. Более того, опыт очень многих супружеских пар показывает, что именно ребенок становится тем связующим звеном, которое прочно и навсегда привязывает супругов друг к другу.

К сожалению, нередко женщину склоняют к аборту врачи. Вместо того, чтобы делать все возможное для сохранения жизни ребенка, врачи подчас делают обратное: запугивают женщину, что у нее родится больной ребенок, склоняют к насильственному прерыванию беременности. Такое преступное отношение к человеческой жизни должно сурово наказываться.

В каждом конкретном случае кризисной беременной нужна помощь грамотного консультанта-психолога, но не такого, который предложит кажущееся самым легким решение: вырежи плод и забудь. Вырезать можно, а вот забыть женщина никогда не сможет. Так и будет жить под грузом ответственности. Если бы только знали читатели этой статьи, сколько женщин приходит на исповедь и кается в совершенных по молодости и неразумию убийствах собственных детей. Совесть женщины никогда не может примириться с этим, потому что тяга к материнству - врожденная способность женщины, это ее особый дар.

А сколько женщин навсегда потеряли возможность иметь детей из-за того, что сделали аборт? Лечение бесплодия очень часто оказывается безрезультатным именно из-за того, что сделанный когда-то аборт нанес непоправимый урон здоровью женщины. И когда ей захотелось родить ребенка, оказывается, что это уже невозможно.

#### Что могут сделать общество и СМИ?

Массовая культура, СМИ, кинематограф на протяжении нескольких десятилетий вносили свой вклад в девальвацию семейных ценностей, смещая акцент если не на откровенную вседозволенность, то на пропаганду личного материального и карьерного успеха. Уже выросло

поколение, вскормленное такой продукцией. На экранах почти нет фильмов, которые было бы безопасно посмотреть родителям с детьми, не говоря уже об отсутствии качественного детского кинематографа. Интернет заполнен информацией из жизни так называемых "звезд", дающей самые отрицательные примеры поведения и отношения к жизни. Фотографии гламурных героев - мужчины и женщины - заполняют женские и мужские журналы. Тема рождения детей в них вообще отсутствует. Многие мужчины жестоко манипулируют сознанием женщины, воспринимая ее исключительно как объект для сексуального влечения и внушая ей, что для сохранения привлекательности ей нельзя иметь детей. И увы, подавляя в себе врожденное влечение к материнству, женщины поддаются на эти манипуляции и начинают вести себя так, будто внимание мужчины - самая главная ценность в жизни. Итогом жизни таких женщин становится одинокая старость, когда они оказываются никому не нужны, потому что нет детей, а значит, нет и внуков.

Воспитательная функция телевидения сведена практически к нулю. Телевидение ориентируется на получение прибыли, поэтому во многих передачах намеренно эксплуатируются самые низменные чувства с целью увеличить аудиторию и поднять рейтинг. Но ведь та площадка, которая служила орудием массового оглушения, может послужить "разумному, доброму, вечному", стоит только этого захотеть. Не пора ли ее расчистить от всякого хлама и непотребства? Телеканалы вряд ли самостоятельно встанут на путь нравственного самоконтроля, но здесь государство может выступить регулятором.

Вот почему нужна такая государственная концепция, которая была бы направлена на воссоздание семейных ценностей, на пропаганду ответственного отцовства и материнства. Не должно быть на телеэкране таких сериалов и передач, где осмеиваются идеалы семейной жизни, размываются нормы нравственности. Телевидение должно сделаться безопасным для подрастающего поколения. Грех не может выдаваться за норму, а модели спонтанного сексуального поведения и сиюминутных отношений не должны рекламироваться.

В школе и в семье девушкам редко разъясняют последствия аборта и поведения, которое может подтолкнуть их к совершению аборта. Зачастую они не задумываются, что такое аборт и к каким тяжелым последствиям - физиологическим, нравственным, духовным - он приводит. Со страниц глянцевого журнала их убеждают, что главное - быть красивой, молодой и успешной. Представителям массовой культуры в этой связи стоит задуматься о том, что и они несут ответственность - прямую или косвенную - за разложение молодежи через свою продукцию.

Как подчеркнул в декабре 2015 года Святейший Патриарх Кирилл, "политические и общественные деятели несут персональную нравственную ответственность за действия в отношении абортов. Люди, поддерживающие аборт, подчас неосознанно становятся сторонниками разрушения традиционной семьи, легализации разврата и безнравственности". Святейший Патриарх напомнил, что "существует ряд глобальных программ с мощным финансированием, цель которых - снизить численность населения планеты. Эти программы направлены на пропаганду бездетности, гедонизма, нетрадиционных сексуальных отношений, так называемых свободной любви и безопасного секса, иными словами - блуда, а также на то, чтобы представить аборт как естественное явление. Организации, выступающие за аборты, нередко финансируются такими программами".

Церковь готова помогать в том, чтобы программы по профилактике абортов работали. Есть прекрасный опыт у Синодального отдела по благотворительности и социальному служению, в чьем кризисном центре "Дом для мамы" в Москве находят приют беременные, которым больше некуда пойти, мамы, лишившиеся средств к существованию, молодые матери-сироты, не имеющие жилья. Пока женщины в течение нескольких месяцев находятся в центре, с ними работают психологи и юристы, помогающие разрешить ситуацию, в которую они попали. Такие центры есть и в регионах, но принять каждый из них может лишь около десятка женщин. Если общественность и бизнес-сообщество должным образом поддержат подобные проекты, будет спасено немало детских жизней.

Не стоит забывать, что Церковь умеет разговаривать с людьми. Нужно дать ей возможность это делать, коль скоро речь идет о сохранении будущей жизни. Со своей стороны, Церковь должна уделять больше внимания теме противодействия абортам и сохранения священного дара жизни. В каждой епархии должны создаваться центры помощи беременным женщинам, бесплатные консультации для них, собираться средства для оказания помощи малообеспеченным и многодетным семьям. Отчитываясь ежегодно Патриарху о проделанной работе, епархиальный архиерей должен указывать не только количество построенных храмов, но и количество спасенных жизней. Подобную же отчетность архиерей должен требовать от приходских священников.

Во многих епархиях противодействие абортам становится одним из приоритетных направлений работы миссионерских отделов. Вот лишь некоторые мероприятия, проводимых миссионерскими отделами епархий: антиабортные лекции для старшеклассников с показом тематических фильмов, встречи священнослужителей и активных мирян с коллективами медработников женских



консультаций и родов, беседы о биоэтике со студентами-медиками, обучение приходских социальных работников методам профилактики абортов в обществе. Приведу запоминающийся пример сотрудничества государства, медицины и Церкви в регионе. В 2015 году День защиты детей совпал с Днем Святого Духа, и настоятель одного из калужских храмов по благословению правящего архиерея обратился с письмом в местный Минздрав с просьбой сделать 1 июня Днем без абортов, не омрачая праздник Троицы смертями неповинных младенцев. Министр поручила главврачам поддержать предложение епархии и не проводить в этот день аборты по желанию женщины. Конечно, это не значит, что в другие дни прерывать беременность допустимо, но такая акция не может не заставить задуматься обе стороны: и медиков, и пациенток. Врачи не должны становиться проводниками идей, связанных с нарушением основополагающих человеческих принципов и божественных заповедей, а женщины - отказываться от своего предназначения дарить жизнь.

Одним из примеров участия Церкви в решении самой острой проблемы нашего времени является инициатива Фонда Григория Богослова, который запустил программу помощи кризисным беременным и учредил автономную некоммерческую организацию "Сохраним жизнь вместе". В основе ее деятельности лежит убеждение, что каждый зачатый ребенок должен иметь право на рождение, и это право необходимо закрепить законодательно, а склонение к аборту со стороны врачей должно быть недопустимым. Работает горячая телефонная линия, позвонив на которую женщина, намеревающаяся совершить аборт, может поговорить с психологом и получить компетентную консультацию.

Среди первоочередных задач проекта - донесение информации о возможности получения помощи до максимального количества беременных из группы риска. Для привлечения аудитории создан веб-сайт. Дополнительно планируется создать базу существующих программ поддержки женщин в трудной ситуации с описанием реальных возможностей и разместить рекламы в поисковых системах и на страницах социальных сетей.

Что может сделать государство?

Государство в последние годы предпринимает конкретные шаги для изменения демографического тренда к лучшему. Благодаря этому количество абортов в России снижается. И тем не менее, оно по-прежнему остается ужасающе высоким. Значит, того, что делается, недостаточно.

Убежден в том, что государство должно разработать действенную концепцию борьбы с абортами и направить соответствующее финансирование на их профилактику. Нужны научные исследования, помогающие эффективнее

остановить это зло. Те, кто совершил непоправимый грех аборта и раскаивается в содеянном, пусть подключаются к общему делу по спасению детских жизней. Работы хватит всем.

Необходимо развернуть общественное мнение в сторону принятия многодетности. Давайте вспомним: в начале 1990-х было катастрофическое падение рождаемости. Сейчас дети, родившиеся в те годы, стали взрослыми и обзаводятся семьями. Если и у них будет мало детей, мы никогда не сможем залатать возникшую демографическую прореху. Мы должны неустанно, в том числе с экранов телевизоров, напоминать о том, что многодетность - это благо и счастье, а не бедность и неустроенность. Но для этого надо радикально менять всю информационную политику.

Россия будет сильной и способной противостоять внешним вызовам только в одном случае - если она в полной мере использует свой человеческий капитал: не только наличный, но и потенциальный. Восстановление генофонда нации - задача несравненно более важная, чем наращивание валютных резервов. Никакие деньги не спасут страну, у которой не будет достаточного количества населения, чтобы защитить саму себя. Мы должны понять, что выработка эффективной демографической стратегии - вопрос национальной безопасности.

#### Развитие системы скорой медицинской помощи

**Минздрав России обязал "Скорую помощь" приезжать на вызов за 20 минут, Rsute.ru, Москва, 17 апреля 2016**

**Служба "скорой помощи" с лета текущего года будет работать по измененным правилам. Согласно обновленному приказу Минздрава, кареты "скорой помощи" обязаны будут приезжать к больному в течение 20 минут. В действующем указе эта норма носит рекомендательный характер.**

Уже этим летом скорая помощь начнет работать по новым правилам, утвержденным министерством здравоохранения. Так, с 1 июля автомобиль скорой помощи будет обязан приезжать на экстренный вызов в течение 20 минут. Об этом пишет газета "Известия".

Присваивать вызову красный цвет и в первоочередном порядке направлять к пациенту машину с медиками будут при поступлении сообщений о явной угрозе для жизни человека. Это потеря сознания, нарушение функции дыхания, падение с высоты, травмы при ДТП, если человек сбит автомобилем.

Отметим, сейчас эта норма носит лишь рекомендательный характер. Ранее в приказе Минздрава РФ был только пункт, согласно которому предполагалось лишь создание станций



скорой помощи, откуда можно было бы осуществлять вызовы за 20 минут.

Среди других новшеств в работе скорых помощей - включение в состав бригад медсестер. Это будет делаться в тех случаях, когда не хватает фельдшеров в качестве второго члена бригады. Также в качестве медицинской сестры в скоропомощных бригадах могут задействоваться студенты медвузов после третьих курсов, сдавшие экзамен на соответствие этой квалификации.

Новые поправки предполагают также значительное расширение полномочий регионов. И медицинские бригады будут комплектоваться в зависимости от возможностей финансирования и особенностей местности. Так предлагается, например, отменить обязательство закупать излишнее дорогостоящее оборудование при недостатке финансирования в субъекте.

## МЕДИЦИНА В РЕГИОНАХ

Лекарственное обеспечение и лекарственная политика

**Строительство медицинского центра в Ялте, ТВ Центр # События, Москва, 16 апреля 2016**

**В: Строительство нового высокотехнологичного медицинского центра в Ялте идет с опережением графика. Об этом сообщила министр здравоохранения России Вероника Скворцова во время рабочей поездки в Крым. Она побывала на открытии 3 фельдшерско-акушерских пунктов в Нижнегорском районе Черноморского побережья. Эти медцентры построили в рамках специальной программы модернизации полуострова, они представляют собой первичные доврачебные учреждения. Медпункты оснащены современным оборудованием, которое позволяет провести качественную диагностику в кратчайшие сроки.**

**ВЕРОНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ):** Самое важное, в Крыму не было трехуровневой системы оказания медицинской помощи. То есть не было вычленено этапа экстренной медицинской помощи при жизнеугрожающих состояниях: инсультах, инфарктах, тяжелых травмах. И вот сейчас созданы межмуниципальные, межрайонные центры, которые как раз и становятся технопарками и в том числе подтягивают квалифицированные кадры.

**В Севастополе смертность снизилась на 9% с начала года, ТАСС, Москва, 16 апреля 2016, Янина Васьяковская**

**"Это очень хороший результат, нам надо его удержать", - сказала министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова**

**СЕВАСТОПОЛЬ, 16 апреля. /Корр. ТАСС Янина Васьяковская/. Смертность в Севастополе снизилась на 9% по итогам первого квартала этого года. Об этом журналистам сообщила в субботу министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.**

"По результатам первого квартала снижение смертности в Севастополе достигло 9%. Это впервые за последние два года. Был накопительный эффект, сейчас он сработал. Это очень хороший результат, нам надо его удержать", - сказала она.

По данным министра, за последние два года для Севастополя в рамках программы модернизации было закуплено 1,5 тыс. единиц медицинской техники, которая в 75% случаев введена в строй. "Заканчивается ремонт в основных медорганизациях. К концу года 25% площадей всех медицинских учреждений Севастополя будет отремонтировано. Речь идет о серьезных капитальных ремонтах. В Пятой больнице полностью отремонтирована детская реанимация, заканчивается подготовка новых операционных", - сообщила Скворцова.

Министр заявила, что два года назад износ медицинской инфраструктуры в Севастополе превышал 80%. "Ориентируясь на нормативы модернизации, которая проходила во всех регионах России, мы сможем значительно улучшить ситуацию, но полностью разрешить не сможем", - сказала она.

Скворцова заявила, что теперь правительство города будет отчитываться перед министерством не ежемесячно, как раньше, а еженедельно. "Корректировка будет касаться не только программы модернизации и запуска объектов ФЦП, но и кадровой политики, улучшения работы первичного звена, скорой медицинской помощи, внедрения высоких технологий", - сказала Скворцова.

**Подстанция скорой помощи в Севастополе, 1 Канал # Время, Москва, 16 апреля 2016**

**В: В Севастополе сегодня открыли первую в России модульную подстанцию скорой помощи. Теперь бригады смогут быстрее добираться до отдаленных населенных пунктов. Также на полуострове появится несколько многофункциональных медицинских центров. Репортаж Виталия Кадченко.**

**ВАЛЕНТИНА КУДРЯ (ЗАВЕДУЮЩАЯ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИМ ПУНКТОМ С. ЗЕЛЕНОЕ):** Это набор фельдшера для оказания медицинской помощи. То есть с этим чемоданчиком я хожу по вызовам.

**ГОЛОС ЗА КАДРОМ: А раньше что было?**

**ВАЛЕНТИНА КУДРЯ (ЗАВЕДУЮЩАЯ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИМ ПУНКТОМ С.**

ЗЕЛЕНОЕ): А раньше что было? Купила в аптеке коробочку анальгина и димедролом, положила себе в сумку и пошла по вызовам, потому что не было ничего другого.

КОР: Вместо аварийной амбулатории, где Валентина Зиновьевна проработала больше 30-ти лет, современный модульный фельдшерско-акушерский пункт. Настоящий праздник для врача и 1,5 тысяч ее пациентов в селе Зеленом. Ирине с годовалой дочерью Вероникой больше не нужно ездить в город за несколько километров. Всю необходимую помощь можно получить на соседней улице.

ИРИНА ПАВЛОВА: Было старое помещение и не было условий, и было зимой, например, холодно. Мы приходим, и ребенка даже не раздевали, чтоб осмотреть, прививочку сделать.

КОР: Ярко-оранжевые ФАПы появились в двух десятках сел. Еще больше амбулаторий откроется в 2017-м. В Севастополе сегодня открылась первая в России подстанция скорой, собранная из модулей всего за полгода, а парк машин скорой помощи обновился более чем на половину.

ВЕРОНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ): Крым проходит через то, через что Россия проходила в течение 15-ти лет, за очень окороченное... укороченный период времени. Уже на сегодняшний день более 30-ти медицинских организаций отремонтировано полностью, закуплено тяжелое оборудование, компьютерные томографы, магниторезонансные томографы, ангиографы, огромное количество мелкого оборудования. Это сейчас все сейчас как раз запускается. Вот сейчас самый ответственный период времени.

КОР: В 5-й севастопольской больнице, где обследования раньше проводили только за деньги и на устаревшем рентгенаппарате, появился передвижной комплекс МРТ. В реанимации для новорожденных уже практически полностью заменено оборудование. Время, когда для спасения жизней крохотных пациентов приходилось искать аппараты вентиляции легких по другим больницам, к счастью, говорят врачи, закончилось. Крым и Севастополь в рекордные сроки перешли на систему обязательного медицинского страхования. После введения электронной записи к специалистам очереди возле регистратуры уходят в прошлое.

ВЕРОНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ): А если пожилой человек приходит с ребенком и не умеет пользоваться электронной системой?

ЖЕНЩИНА: Записываем на месте. В колл-центр можно.

МУЖЧИНА: Все варианты. Через колл-центр, самозапись.

КОР: Период выживания для крымской медицины завершился после воссоединения с Россией. На полуострове впервые появилась трехуровневая система оказания помощи. В экстренных случаях - при инфарктах, инсультах и тяжелых травмах. Не теряя драгоценного времени, пациентов теперь госпитализируют в высокотехнологичные центры, а не просто в ближайшую амбулаторию и поликлинику, как это было раньше.

Во время курортного сезона, который в Крыму официально начинается уже 1 мая, население приморских южнобережных городов и поселков увеличивается в несколько раз. Имеющиеся больницы и поликлиники в летние пиковые месяцы не всегда справляются с таким наплывом пациентов. Строительство новейшего многофункционального центра в Ялте неподалеку от Ливадийского дворца позволит оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь непосредственно здесь, на месте. Уникальный центр на базе ялтинской городской больницы будет готов принять первых пациентов до конца текущего года. Здесь уже появились ультрасовременные операционные, палаты реанимации и новейшее диагностическое оборудование.

ВЕРОНИКА СКВОРЦОВА (МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ): Это не только медицинский центр, но и образовательный. То есть это будет крупнейшая база для повышения квалификации всех специалистов-хирургов по... связанных с высокими технологиями. Это сердечно-сосудистая хирургия, нейрохирургия, травматология, ортопедия.

КОР: За два года в Крыму медицина для владельцев полисов ОМС действительно стала бесплатной, а для спасения жизни больше не нужно госпитализировать пациентов с помощью бортов санавиации в другие регионы страны.

Виталий Кадченко, Сергей Титенко, Кирилл Зотов и Павел Силин. "Первый канал". Крым, Севастополь.

**Благоприятный прогноз, 5 Канал # Сейчас, Санкт-Петербург, 16 апреля 2016**

**ВЕДУЩАЯ: Медицина Крыма прошла процесс реанимации. В этом убедились министр здравоохранения, посетив полуостров. Вероника Скворцова подчеркнула: работы предстоит много. Необходимо не только создавать ультрасовременные центры, но и реконструировать сельские больницы.**

ВЕДУЩИЙ: Еще 2 года назад вся система здравоохранения республики казалась неизлечимо больной: лечебные заведения разваливались, побои со стороны персонала были практически узаконены. Сегодня ситуация далека от критической. Вместе с министром в этом убедились Александра Литвинова.

КОР.: Два года назад некоторые корпуса ялтинской горбольницы скорее приводили своим видом в ужас, чем давали веру в излечение, говорят местные жители. Стены десятилетиями не видевшие ремонта как внутри, так и снаружи, треснувшие местами стекла на окнах залатанные изолентой и даже оборудование родом еще из Советского Союза. Поэтому обыкновенным ремонтом здесь обойтись было нельзя. Больницу реконструировали полностью, принимать работу приехала лично министр здравоохранения Вероника Скворцова. Это оперблок травматологического отделения здесь все сделано так, чтобы врачи не теряли драгоценное время на лишние передвижения, бывает на счету каждая минута.

Елизавета ВОЛОШИНА, операционная сестра экстренной медицинской помощи: - Приехали, привезли больного на стол, положили - свет. У нас здесь находится аппарат рим-диагностика, делается сразу на месте рентген. То есть никуда не надо никого везти, ничего не перекладывать.

КОР.: Больницу теперь просто не узнать. Чистые светлые коридоры, комфортные палаты каждая с собственным санузелом, пациенты говорят, изменилось и отношение медперсонала к тем, кому так нужна помощь. Николай рассказывает: его буквально вытащили с того света, при этом он не заплатил ни за медикаменты, ни за питание, ни за размещение ни копейки, на Украине без поборов не обходилось ни дня.

Николай РУДИК, пациент: - Острый некротический панкреатит. То есть вариант, когда очень большой процент смертности. Ну вот я в числе тех, кто уже ходит. Благодаря вот этим специалистам, хирургам, кто меня выхаживал, вытаскивал - и вытащили.

КОР.: Но реконструкцией здесь не ограничились, из федерального бюджета выделены средства на строительство уникального для Крыма многопрофильного медицинского центра. Здесь планируется создание мощной лечебной и учебной базы, ведь столь стремительно развивающейся медицине полуострова необходимы квалифицированные кадры. Возведение нового здания уже началось.

Вероника СКВОРЦОВА, министр здравоохранения РФ: - Этот центр будет иметь особое предназначение, потому что он не только медицинский, но образовательный. Это будет база для повышения квалификации всех хирургических кадров, работающих в Крыму. И кардиохирургия, сосудистая хирургия, высокого уровня травматология и ортопедия, нейрохирургия - то есть то, что необходимо и в экстренной, и в плановой помощи.

КОР.: Современная медицина добралась и до крымских деревень. Там где вообще раньше

ничего не было или же были убогие медпункты, где в лучшем случае пользовались термометром или зеленкой, один за другим открываются модульные фельдшерско-акушерские пункты.

Валентина КУДРЯ, заведующая фельдшеро-акушерским пунктом: - Здание, сами видите, теплое современное, красивое. Надеемся, что и работать нам будет удобно, комфортно и больным нашим будет удобно и комфортно.

КОР.: Чтобы увидеть, где раньше оказывали медицинскую помощь жителям села Зеленое, далеко ходить не надо: старый ФАП находится в здании по соседству, сейчас он уже, конечно, уже закрыт, но и фасада достаточно, чтобы оценить состояние этого медицинского учреждения. Именно поэтому открытие новых медпунктов для жителей таких глухих крымских деревень настоящее событие, его они ждали долгие годы. И такой праздник пришел уже в 21 поселок полуострова

Вероника СКВОРЦОВА, министр здравоохранения РФ: - Практически Крым проходит через то, через что Россия проходила в течении 15 лет за очень укороченный период времени. Последние закупки осуществлялись в 70-х годах прошлого века, и в этой связи не так просто было начать. Но уже на сегодняшний день более 30 медицинских организаций отремонтированы полностью, закуплено тяжелое оборудование, компьютерные томографы, магнитные резонансные томографы, ангиографы, огромное количество мелкого оборудования. Это сейчас все сейчас как раз запускается. Вот сейчас самый ответственный период времени.

КОР.: А еще в Крыму внедрена специальная система оказания экстренной помощи, например, пострадавшим в ДТП, регион ведь курортный и здесь это всегда было крайне необходимо. Теперь все трассы полуострова разделены на участки оперативного реагирования, чтобы скорая помощь была действительно скорой, а в столице Крыма в Симферополе уже начало работу отделение экстренной нейрохирургии, теперь людей с тяжелыми травмами не нужно транспортировать в Москву или Петербург им смогут помочь на месте. Александра ЛИТВИНОВА и Алексей КОРНИЕНКО, Пятый канал, Крым.

**В Крыму открылись 20 фапав производства Татарстана, РИА АМИ, Москва, 18 апреля 2016**  
**Республика первой ввела модульные фельдшерско-акушерские пункты и теперь производит их по всей стране.**

Сегодня в 12 районах Крыма одновременно заработало 20 модульных новых фельдшерско-акушерских пунктов, которые изготовили на азнакаевском заводе "Нефтемаш".

Церемонию открытия двух ФАПов в Нижнегорском районе полуострова посетила министр здравоохранения России Вероника

Скворцова, а Татарстан представлял министр здравоохранения Адель Вафин. Вероника Скворцова поблагодарила руководство Татарстана за помощь республике Крым. Теперь в нескольких поселках медицинская помощь будет в шаговой доступности жителей.

У Татарстана, в свою очередь, в планах ввести в 2017 году еще 22 подобных постройки по всей России.

## МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ И ОБРАЗОВАНИЕ

**Возможно ли стать заместителем заведующей аптеки не имея стажа?** Фармперсонал, Москва, 18 апреля 2016

**ВОПРОС:** - Может ли выпускник медицинского вуза, имея диплом и сертификат по специальности "Управление и экономика фармации", занимать должность заместителя заведующей аптекой, не имея при этом фармацевтического стажа? И на какую должность можно назначить такого специалиста, так как должность провизора по приказу не предусматривает специальности "УЭФ"?

Отвечает зав. кафедрой менеджмента и маркетинга в фармации факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН Ирина Косова:

- Требования к стажу сотрудника при назначении на должность заместителя заведующего аптекой не установлено. При этом назначать на должность заведующего аптекой лицо, не имеющее фармацевтического стажа, нельзя, так как Положением о лицензировании фармацевтической деятельности ( Постановление Правительства РФ от 22 декабря 2011 № 1081 ) предусмотрен стаж работы по специальности не менее 3 лет и сертификат по специальности "Управление и экономика фармации". Одновременно приказом Минздравсоцразвития РФ от 23 июля 2010 № 541н "Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" для директора фарморганизации установлено требование к стажу работы на руководящих должностях не менее 5 лет.

Напомним, что в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 № 1183н "Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников" к должностям руководителей относятся директор аптечной организации; заместитель директора аптечной организации; заведующий складом организации оптовой торговли лекарственными средствами;

заведующий медицинским складом мобилизационного резерва; заместитель заведующего складом организации оптовой торговли лекарственными средствами; заведующий структурного подразделения (отдела) аптечной организации.

Как следует из вышеприведенных приказов, требований к стажу заместителя заведующего аптекой не установлено.

В соответствии с приказом Минздрава России от 08.10.2015 № 707н "Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки" специальность "Управление и экономика фармации" позволяет занимать должности директора аптечной организации; заместителя директора аптечной организации; заведующего структурным подразделением (отделом) аптечной организации.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

### Анонс

19 апреля 2016 года состоится пресс-конференция руководителя ФМБА России Владимира Уйба, которая пройдет в рамках итоговой коллегии федерального медико-биологического агентства, РИА АМИ, Москва, 18 апреля 2016

19 апреля в здании Федерального медико-биологического агентства состоится расширенное заседание Коллегии ФМБА России "Итоги работы ФМБА России в 2015 году и задачи на 2016-2017 гг."

В программу заседания войдут темы, посвященные медицинскому сопровождению ликвидации катастрофы на Чернобыльской АЭС, в связи с 30-летием этого события; перспективы развития космической медицины; актуальные вопросы медицинского и медико-биологического обеспечения спортивных сборных команд Российской Федерации, научные достижения ФМБА России.

Начало мероприятия: 10-00.

В 13:00 - начало пресс-конференции руководителя ФМБА России Владимира Викторовича Уйба.

Вход на мероприятие представителей СМИ - по предварительной аккредитации по телефонам пресс-службы ФМБА России:

Тел.: (495) 617-14-71, (495) 601-99-14, факс(499)190-51-89,

e- mail: [pressa@fmbaros.ru](mailto:pressa@fmbaros.ru).

Аккредитация до 18 апреля 2016г. года включительно, до 16.00.



Место проведения : Федеральное медико-биологическое агентство,

г. Москва, Волоколамское шоссе, 30.

## ПРОГРАММА

проведения расширенного заседания коллегии Федерального

медико-биологического агентства

"Итоги работы ФМБА России в 2015 году

и задачи на 2016-2017 гг."

19 апреля 2016 года

Место проведения: Федеральное медико-биологическое агентство, конференц-зал, 2-й этаж. Начало - в 10.00

10.00 - 10.05 Открытие заседания

Вступительное слово руководителя Федерального медико-

биологического агентства,

председателя коллегии В.В. Уйба

10.05 - 10.45 Выступления представителей Администрация Президента Рос-

сийской Федерации, Правительства Российской Федерации, Федерального собрания Российской Федерации, министерств и ведомств, общественных организаций

10.45 - 11.25 Итоги работы ФМБА России в 2015 году и задачи на 2016 -

2017 гг.

В.В. Уйба - руководитель Федерального медико-биологического агентства

11.25 - 11.35 Рева В.Д. - председатель Общественного совета при ФМБА России

11.35 - 12.00 "Катастрофа на Чернобыльской АЭС: 30 лет спустя"

Почетный президент ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России Ильин Л.А.

12.00 - 12.25 "55 лет первого полета человека в космос. Перспективы развития космической медицины"

Директор НИИ космической медицины ФНКЦ ФМБА России Баранов В.М.

12.25 - 12.45 Вручение ведомственных знаков отличия ФМБА России

12.45 - 15.00 Перерыв. Обед

15.00 - 15.15 "Биомедицинские исследования: от идеи до практического применения" Директор ГНЦ РФ "Институт иммунологии" ФМБА России Хаитов М.Р.

15.15 - 15.30 "Работа ЦМСЧ № 31 ФМБА России в условиях перехода преимущественно на одноканальное финансирование"

Начальник ЦМСЧ № 31 ФМБА России Морозов А.Ю.

15.30 - 15.45 "Организация помощи больным методом экстракорпоральной мембранной оксигенации"

Заведующий отделением координации донорства органов и тканей человека ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России Губарев К.К.

15.45 - 16.00 "О работе Саратовского медицинского центра ФМБА России в современных экономических условиях"

Директор СМЦ ФМБА России Шулепова Л.И.

16.00 - 16.15 "Актуальные вопросы медицинского и медико-биологического обеспечения спортивных сборных команд Российской Федерации" Директор ФНКЦСМ Середа А.П.

16.15 - 16.30 Медицинская информационная система ФМБА России. Достижения и перспективы.

Начальник отдела ФЦИТЭП ФМБА России Красильникова О.В.

16.30 - 17.00 Обсуждение, выступления в прениях, принятие решения расширенного заседания коллегии

## Разное

**«Инвалидность снимали даже человеку без глаза»,** Известия, Москва, 18 апреля 2016, Автор: Роман Крецул

**Минтруд готов проверить работу учреждений медико-социальной экспертизы, но передавать их функции медикам не намерен**

**Общественная организация "Лига защитников пациентов" объявила, что людей с ограниченными возможностями здоровья массово лишают инвалидности. Президент организации, член экспертного совета при президенте Александр Саверский отправил в Общественную палату письмо с предложениями передать функции медико-социальной экспертизы (МСЭ) врачам. А за Минтрудом и Росздравнадзором, считает Саверский, надо закрепить функции контроля за ними.**

- У выстроенной системы нет задачи возвращать людям здоровье, - заявил Саверский "Известиям". - Она не видит человека до назначения ему инвалидности, и ей все равно, что с ним происходит после. Дело в том, что до недавнего времени врачебных комиссий как института не было. Они начали создаваться пять лет назад в соответствии с ФЗ №323 "Об основах охраны здоровья граждан".

Саверский подчеркнул, что проблемы, связанные с МСЭ, занимают первое место по



числу жалоб. Люди пишут, что у них вымогают взятки и зачастую снимают инвалидность при таких заболеваниях, распознать которые может даже человек без медицинского образования.

- Инвалидность снимали даже человеку без глаза, - рассказывает Саверский. - А самый запоминающийся случай был, когда сняли инвалидность у молодого человека с зеркальной симметрией внутренних органов - у него сердце справа, печень слева. Таких случаев один на миллион! Приходит мама с большими глазами: "У него 18-летие приближается. Ему что, в армию идти? Как вы себе это представляете?".

#### Контроль и учет

Ранее Саверский направил свои предложения на имя вице-преьера Ольги Голодец. В ответе, который он получил за подписью замдиректора департамента по делам инвалидов Минтруда Киры Афониной (копии документов есть в распоряжении "Известий"), говорится, что с 1995 по 2005 год, когда учреждения МСЭ, устанавливавшие инвалидность, находились в ведении регионов, был наиболее интенсивный рост численности инвалидов - (с 6,3 млн человек до 12,7 млн человек).

В те годы, заявляют в ведомстве, из-за децентрализации управления "были в значительной степени ослаблены контроль за соблюдением законодательства и методическое обеспечение их деятельности, что привело к принятию массовых необоснованных решений об установлении инвалидности, резкому росту численности инвалидов и расходов средств федерального бюджета и государственных внебюджетных фондов".

"В целях изменения данной тенденции проведение медико-социальной экспертизы с 1 января 2005 года было отнесено к числу федеральных полномочий. В результате число граждан, которым была впервые установлена инвалидность, сократилось в два раза, с 1,8 млн человек в 2005 году до 801 тыс. в 2014 году", - пишет Афолина в документе.

Как раз в середине прошлого десятилетия была изменена система социального обеспечения инвалидов: положенные им выплаты, бесплатные лекарства и т.д. По данным Саверского, если до этого статус инвалида ничего особенного не давал, то теперь люди с ограниченными возможностями начали массово проходить комиссии и число инвалидов выросло за короткое время с 10 млн до 16 млн человек.

- А потом, видимо, пошло указание, решили откатить ситуацию, и с этого момента у нас количество жалоб на эту проблему оказалось на первом месте. И сделать мы ничего не можем, потому что в суде мы оспорить ничего не можем: даже если он отменил заключение комиссии, инвалидность-то он не даст. И человек опять

придет туда же, в медико-социальную экспертную комиссию, где его будут очень рады видеть.

Кира Афолина в своем ответе на обращение Саверского заключила, что, "учитывая значительные финансовые последствия установления инвалидности и массовый характер этого процесса, при рассмотрении вопроса о передаче данных полномочий необходимо обеспечить, чтобы уровень государственного управления, на котором принимаются решения об установлении инвалидности, обеспечивал бы за счет своего бюджета вытекающие из этих решений финансовые обязательства".

"В то же время передача на уровень регионов обязательств по финансированию пенсионных выплат, компенсаций за упразднение натуральных федеральных льгот (ЕДВ), других вышеперечисленных выплат представляется невозможной, так как это может привести к нарушению концептуальных положений законодательных актов в сфере пенсионного обеспечения, социального страхования, страхования", - написала она.

Представители общественных организаций признаются, что были шокированы, прочитав это письмо.

- Фактически они обвиняют субъекты в приписках, но как раз это обвинение является субъективным. И при этом признались, что искусственным способом повлияли на ситуацию, чтобы сократить число инвалидов, признали, что это управляемая ситуация, - возмущается Саверский.

#### С привлечением экспертов

В начале апреля глава правительства Дмитрий Медведев поручил Минтруду и Минздраву до 12 мая проработать вопрос эффективности проведения независимой медико-социальной экспертизы.

Вместе с тем в Общественной палате заявляют, что такая проблема не может рассматриваться без участия экспертного сообщества. Об этом в четверг заявил "Известиям" председатель комиссии ОП по социальной политике, трудовым отношениям и качеству жизни граждан Владимир Слепак.

- Мы предполагаем к 12 мая обобщить мониторинг и послать в адрес председателя правительства письмо с нашей точкой зрения, - сказал Слепак.

По его словам, проблема не только в конкретных решениях комиссий.

- Мы получаем много писем, в большинстве своем это жалобы, - рассказал он. - Мы провели круглый стол с ОНФ, посмотрели приказы Минздрава, которые несли в себе вопиющую несправедливость. Это было связано с

исключением из инвалидности многих категорий, включая орфанные заболевания.

Есть и другие проблемы. Например, в Хакасии всего одно бюро медико-социальной экспертизы, куда люди с ограниченными возможностями должны ехать за сотнями километров.

В пресс-службе Минтруда в четверг "Известиям" подтвердили, что не планируют рассматривать вопрос о переподчинении учреждений МСЭ другим ведомствам или региональным властям.

"Минтруд России в постоянном режиме работает над совершенствованием работы учреждений МСЭ. И передача полномочий на региональный уровень либо другим организациям и ведомствам в период реформирования, отработки подходов, а также выявления и минимизации рисков при проведении освидетельствования может привести к нарушению прав граждан и поставить их в зависимость от субъективного мнения каждого конкретного эксперта", - отметили в министерстве.

- Если по некоторым случаям произошли перекосы, министерство готово вносить необходимые корректировки как в конкретные решения, так и в нормативные акты. Также министерство совместно с Минздравом России прорабатывает вопрос о независимой медико-социальной экспертизе. Это поможет гражданину получить дополнительное профессиональное мнение, - заявили в ведомстве.

**"Жалобы жителей ПНИ никто не воспринимал всерьез"**, Коммерсантъ, Москва, 18 апреля 2016, Автор: Ольга Алленова  
**Жизнь в условиях тотального бесправия, унижения и издевательств**

**На прошлой неделе в Министерстве труда обсудили реформирование психоневрологических интернатов (ПНИ) — было решено создать рабочую группу, которая подготовит концепцию реформирования и "дорожную карту". Это решение не просто давно назрело, оно запоздало — российские граждане в ПНИ десятилетиями живут в условиях тотального бесправия, унижения и издевательств.**

В конце марта 2016 года в Звенигородском городском суде закончилось судебное следствие по делу об изнасиловании бывшего жителя Звенигородского ПНИ Паши Скворцова (имя изменено). В октябре 2014-го "Власть" рассказала об издевательствах над Пашей и другими жителями интерната в материале "Это такая территория вне закона" (см. N41 от 20 октября). Это случилось вечером 3 октября 2014 года, на четвертом этаже ЗПНИ. Паша жил на третьем этаже, но накануне, 2 октября, он выступил на общем собрании в ЗПНИ с жалобой на одного из

своих соседей. В наказание за жалобу его перевели на четвертый этаж, который назывался закрытым: главная дверь мужского отделения запиралась на ключ, выйти оттуда было невозможно, в большинстве жилых комнат не было дверей. Если бы не волонтеры благотворительного фонда помощи детям "Милосердие", работающие в этом интернате, о преступлении никто бы не узнал. Но волонтеры подключили адвоката, было возбуждено уголовное дело.

Общественная проверка, инициированная членом Общественной палаты РФ (ОПРФ) Еленой Тополевой-Солдуновой в Звенигородском ПНИ (ЗПНИ), выявила множество нарушений прав и свобод граждан: в частности, было установлено, что людей наказывали за любые провинности сильнодействующими препаратами и длительной изоляцией в карцере, отделения запирались на ключ и жители не могли самостоятельно выйти даже в столовую, библиотеку или во двор.

Осенью 2014 года вице-премьер РФ Ольга Голодец вынесла обсуждение ситуации в ЗПНИ на общественный совет по вопросам попечительства в социальной сфере и назвала помещение людей в карцер и применение к ним сильнодействующих лекарственных препаратов в целях наказания издевательством. Вскоре после этого дело было возбуждено еще одно уголовное дело о злоупотреблении должностными полномочиями в Звенигородском ПНИ. Директор ЗПНИ уволился, впоследствии свои посты покинули и другие ключевые сотрудники администрации (которые, впрочем, получили неплохие должности в системе соцзащиты, здравоохранения и городского управления Звенигорода).

Уголовное дело об изнасиловании Паши Скворцова расследовалось более года. За это время сменилось несколько следователей, дело передавали из следственного отдела по городу Одинцово следственного управления Следственного комитета РФ по Московской области в Первое управление по расследованию особо важных дел ГСУ СК России по Московской области -- и обратно.

На завершающем этапе следствия, в мае 2015 года, судья Звенигородского городского суда Анастасия Солодова возобновила производство по делу о лишении Паши Скворцова дееспособности, хотя новая администрация ЗПНИ иск не поддерживала, сам Паша к этому времени уже жил в одном из московских ПНИ, а в его деле имелась справка о том, что в лишении дееспособности он не нуждается (такие справки даются по итогам ежегодного обследования в ПНИ). В октябре 2015-го Гагаринский районный суд Москвы отклонил иск о лишении дееспособности Паши -- он по-прежнему может давать свидетельские показания, заключать договор с адвокатом и выступать в суде.

В январе 2016 года дело об изнасиловании Паши было передано в Звенигородский городской суд. Процесс затянулся, иногда заседание

переносилось через 10 минут после начала, а председатель суда Сергей Кузнецов объяснял одному из авторов статьи, что "дело слишком резонансное", "надо хорошо во всем разобраться". В марте судья Кузнецов вынес постановление, в котором признавалась вина насильника А. и его подельника П.-- оба отправлены на принудительное лечение. Правда, насильнику присуждена мера наказания в виде принудительного лечения в "медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа", а его подельнику -- в "медучреждении специализированного типа". Другими словами, режим подельнику выбран более строгий, чем насильнику. Возможно, это связано с заключением судебно-медицинской экспертизы, ознакомиться с которой нам не удалось. Однако в постановлении суда, предоставленном нам Пашей, говорится, что А. и П. признаны невменяемыми на момент совершения преступления. При этом оба не лишены дееспособности, а жители и персонал ЗПНИ характеризуют А. как хитрого, расчетливого, агрессивного человека.

Звенигородский городской суд квалифицировал дело по статье 132 УК РФ (пункт "а" часть 2): насильственные действия сексуального характера, совершенные группой лиц, группой лиц по предварительному сговору или организованной группой, что предполагает лишение свободы на срок от четырех до десяти лет. Суд установил, что насильствовал Пашу А., а подельник П. держал жертву за ноги -- это подтверждается показаниями потерпевшего, свидетелей, протоколами следственных действий и другими документами. Если бы А. и П. совершили преступление в состоянии вменяемости, им пришлось бы отбывать срок в тюрьме. Невменяемость в момент совершения преступления избавила их от уголовного преследования.

Напомним, что насильник А. ранее был опрошен представителями общественной комиссии и сообщил, что у него есть влиятельные родственники в областной администрации. На момент сдачи номера в печать постановление суда вступило в силу, однако А. оставался в Егорьевском психоневрологическом интернате, куда был переведен вскоре после смены руководства в Звенигородском ПНИ.

Паша Скворцов решению суда рад: "Они меня "насилили". Их надо было наказать". Во время судебных заседаний А. и П. находились в зале и не были изолированы -- в суде не оказалось специальных условий для более строгого содержания подсудимых. На одном из заседаний А. сорвался на крик и мат, Паша был напуган, у него тряслись руки, но он остался в зале. "Я хочу видеть, как их накажут",-- сказал он. Сегодня Паша совсем не похож на запуганного парня, который осенью 2014 года бросался навстречу волонтерам, рыдая и крича: "Мне плохо!"

Мне дают много аминазина! Я боюсь А.-- он угрожает!"

С февраля 2015 года он живет в московском ПНИ. Общественники просили главу московского департамента труда и соцзащиты Владимира Петросяна перевести Пашу в Москву в целях его безопасности -- Петросян помог. В модной ветровке и начищенных ботинках, гладко выбритый Паша с радостью встречает своего друга -- сестру милосердия Ларису Рыжикову, которая часто его навещает и которую он называет мамулей. О преступлении, совершенном осенью 2014 года, рассказывает подробно -- у него хорошая память. Только теперь, вспоминая, не плачет и не закрывает голову руками.

"Со слов персонала и проживающих ПНИ мы знаем, что А. работал санитаром на "закрытом" этаже и получал зарплату,-- рассказывает адвокат Елена Маро.-- У него был доступ ко всем жителям отделения, а на этом этаже во многих комнатах не было даже дверей. У меня есть показания нескольких жителей этого ПНИ о том, что в отношении их А. совершал насильственные сексуальные действия. Есть также показания, что одного из проживающих, молодого мальчика, А. насильствовал регулярно. То есть речь идет не о единичном преступлении, а о систематическом сексуальном насилии". По ее мнению, о действиях А. не могла не знать администрация ПНИ. "Я лично слышала от психолога интерната, что проживающие ей жаловались на насилие со стороны А., но она не считала эти жалобы обоснованными,-- говорит адвокат.-- Никаких мер по проверке таких жалоб не было принято. Вообще жалобы жителей ПНИ никто не воспринимал всерьез, хотя у них есть те же права, что и у остальных граждан России. Еще в 2013 году в отдел СК по Одинцовскому району обращались инвалиды из этого ПНИ с жалобами на незаконное помещение в карцер и издевательства, но на их жалобу даже не ответили. Эти люди много лет жили без голоса и без прав. Я убеждена, что такая система была выгодна руководству ПНИ. Иначе совершенно непонятно, как человек нездоровый и общественно опасный мог работать санитаром и терроризировать инвалидов? Почему его не лечили, ведь и проживающие, и сестры милосердия сообщали администрации информацию о том, что творится на "закрытом" этаже. Возможно, наличие там такого санитара позволяло администрации подавлять недовольство жителей интерната: все, как огня, боялись заключения на четвертый этаж".

По словам адвоката, расследование дела о превышении полномочий бывшей администрацией ПНИ продолжается -- по ее мнению, действия администрации ПНИ можно квалифицировать по статье 125 УК РФ (заведомое оставление в опасности). Кроме этого, Маро намерена добиваться расследования по остальным заявлениям от жителей интерната о совершенном в их отношении сексуальном насилии.

"Общественные проверки ПНИ и другая информация, поступающая из ПНИ, говорят о том, что причины массовых нарушений прав в этих учреждениях кроются в системном несовершенстве законодательства и сложившейся десятилетиями правоприменительной практике, -- говорит помощник депутата Госдумы Олега Смолина Сергей Колосков. -- Именно по этим причинам нарушения прав граждан в ПНИ не пресекаются многочисленными контролирующими и правоохранительными органами -- прокуратурой, Росздравнадзором, органами опеки, федеральным и региональными министерствами, региональными уполномоченными по правам человека. Примечательно, что все эти органы неоднократно проверяли Звенигородский ПНИ и не нашли там нарушений!"

Колосков называет систему психоневрологических интернатов в России "архипелаг ПНИ" -- по его мнению, система не только калечит и уничтожает человеческие жизни, но втягивает в этот процесс все остальные институты и само общество. В 2013 году Колосков пытался помочь недееспособной С., сироте, живущей в Сызранском ПНИ Самарской области и регулярно помещаемой в "закрытое" отделение и изолятор. Депутат Смолин обратился в Генпрокуратуру, пытаясь защитить права С., однако в ответе первого заместителя генпрокурора Александра Буксмана (от 5 сентября 2013 года) говорилось о том, что практика применения мер физического стеснения и изоляции граждан в так называемых закрытых отделениях и изоляторах ПНИ, а также недобровольное лечение психотропными препаратами -- законы. Ссылался прокурор на ст. 30 закона РФ от 2.07.1992 N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", которая относится к больным в остром состоянии в психиатрических больницах, а не к проживающим в социальных учреждениях (больные в остром состоянии в ПНИ находиться не могут).

"Конституционный суд Российской Федерации неоднократно подтверждал, что гарантии свободы и личной неприкосновенности, предусмотренные ст. 22 Конституции, распространяются на психиатрическую помощь, -- поясняет Колосков. -- В определении от 3 июля 2008 года 612-О-П Конституционный суд указал, что "исключается возможность принудительного нахождения лица в психоневрологическом учреждении, это допустимо лишь при госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке по постановлению судьи". Основное же правило лечения сформулировано в ст. 11 закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", где говорится, что лечение лица, страдающего психическим расстройством, в том числе лица, признанного недееспособным, осуществляется после

получения его письменного согласия. Такое согласие должно быть добровольным и информированным (исключения касаются только лиц, неспособных по своему состоянию дать согласие на лечение, и принудительных мер медицинского характера по решению суда)".

Однако в Самарской области, по словам Колоскова, с законодательством в этой части знакомы плохо. Поэтому Самарская прокуратура потребовала лишить адвокатского статуса защитника С. в суде по делу о восстановлении дееспособности, а Сызранский суд отказал адвокату в ходатайстве об ознакомлении с медицинскими документами и личным делом С. и обязал С. выплатить за две судмедэкспертизы около 50 тыс. рублей. "Против С. сплотились и региональное министерство соцзащиты, и региональный уполномоченный по правам человека -- это происходит часто, -- объясняет Колосков. -- Таким образом, у нас есть показательные примеры нарушений прав человека в ПНИ при фактическом поощрении контролирующих органов из трех регионов -- Москва, Московская область, Самарская область. На самом же деле эти нарушения повсеместны и носят системный характер".

В правовую группу московского Центра лечебной педагогики (ЦЛП) постоянно поступают сведения о нарушениях в московских и региональных ПНИ -- эксперты даже подготовили внушительный черный список. Так, среди широко распространенных нарушений прав и свобод людей в ПНИ называются лишение свободы передвижения внутри учреждения (запертые этажи, невозможность выйти на прогулку во двор или в гости в соседнее отделение); насильственное помещение в изоляторы на длительный срок (в московском ПНИ N30 в январе этого года совершила самоубийство женщина, которая провела в изоляторе 18 дней); невозможность для маломобильных жителей интернатов передвигаться даже по палате или коридору -- персонал не хочет или не успевает их вывезить. Кроме этого, недееспособным гражданам запрещают выходить за пределы интерната в сопровождении волонтеров, а дееспособным не выдают пропуска и лишают права выходить из учреждения. Большинство жителей ПНИ лишены возможности учиться и работать, а администрация часто препятствует появлению у подопечных каких-то форм занятости. Зато распространена практика использования людей с ментальной инвалидностью в качестве дворников, уборщиков, лифтеров -- с мизерной оплатой их труда в нарушение трудового законодательства. В отделениях ПНИ отсутствуют городские телефоны, а у большинства жителей интернатов нет мобильных телефонов, так что связаться с внешним миром и рассказать о каких-то нарушениях они не могут. Администрация отбирает у жителей ПНИ паспорта и страховые полисы, не выдавая на руки даже ксерокопий; не



разрешает знакомиться с личными делами и медкартами, поэтому многие жители ПНИ не знают, лишены ли они дееспособности, какой у них диагноз и какие препараты они принимают. Штатные юристы не оказывают в полной мере услуги подопечным в ПНИ: у многих сирот есть вопросы о полагающихся им государственных квартирах; многие жители, лишённые дееспособности, хотят знать, кто и как распоряжается их жильём; большинство не знает размера той части их пенсии, которая уходит на их содержание в ПНИ. Многих женщин вынуждают делать аборт, имеются свидетельства о случаях, когда администрация ПНИ принуждала к аборту даже на поздних сроках беременности, часто проводится стерилизация. Нередки случаи неоказания необходимой медпомощи и услуг -- медики зачастую не обращают внимания на жалобы, даже когда состояние становится критически тяжёлым. В ПНИ практически невозможно отказаться от навязываемого лечения -- персонал заставляет открывать рот и принимать толченые препараты. Смертность в ПНИ существенно выше среднестатистической. Распространена практика массового лишения дееспособности граждан в ПНИ на выездных заседаниях суда, во время которых граждане даже не приглашаются к судье. За один день лишают дееспособности несколько десятков человек. Многие жители интернатов говорят, что в суде не были, а о лишении дееспособности узнали только когда переставали получать пенсию. Питание в интернатах невкусное, молодые жители ПНИ рвутся на свободу, чтобы купить что-то вкусное в магазинах, на голод жалуются даже пожилые люди, неприхотливые в еде. После ужина жители ПНИ не могут выпить чаю -- чайников в большинстве комнат нет, заварки тоже. Отсутствуют или недоступны и кулеры с питьевой водой, поэтому у многих жителей интернатов обезвоживание. В ПНИ человек лишен личного пространства, не имеет личных вещей, одежда выдается ему без учета размеров и предпочтений. Личность в ПНИ не представляется ценностью, персонал не уважает людей, живущих в интернате, обращается с ними снисходительно или пренебрежительно.

Типичными видами наказания в ПНИ являются ограничение выхода за пределы учреждения, изъятие мобильного телефона, назначение дополнительных препаратов, ухудшающих состояние (например, аминазина); принудительные инъекции, даже через одежду; психологическая агрессия со стороны персонала; помещение в изолятор или карцер, травля, регулярно доходящая до избиений и насилия приближенными к персоналу проживающими; госпитализация в психиатрическую больницу; лишение дееспособности. Поводом для наказания могут стать жалобы на условия проживания, на качество питания, на плохое самочувствие; любые жалобы и просьбы к персоналу внутри интерната; жалобы членам проверяющих комиссий или

различным органам вне интерната; конфликты с персоналом, с другими проживающими, отказ принимать лекарства или пищу, попытка отстоять свое право на покупку некоторых вещей через интернет за свои деньги; настойчивые попытки выяснить причины лишения дееспособности и просить содействия в ее восстановлении; регистрация брака вне интерната; намерение сохранить беременность, попытки отстоять право иметь собственное белье и одежду.

В 2015 году в России вступил в силу федеральный закон "Об основах социального обслуживания граждан в РФ" (ФЗ N442), который наполнил понятие социальных услуг более современным гуманным содержанием, в том числе для жителей ПНИ. Согласно ФЗ N442, ПНИ -- это учреждения, оказывающие социальные услуги, а жители ПНИ -- получатели социальных услуг. Там также говорится о неправомерности ограничения прав и свобод в ПНИ. К сожалению, закон не сильно изменил ситуацию в интернатах. Эксперты утверждают, что ПНИ в России до сих пор живут по нормативно-правовым актам советского времени, которые необходимо упразднить. Имеются в виду приказы Минсоцобеспечения РСФСР: "Об утверждении Инструкции об организации медицинского обслуживания и санэпидрежима в психоневрологических интернатах" (1981) и "Об утверждении положений о доме-интернате для престарелых и инвалидов и психоневрологическом интернате Министерства социального обеспечения РСФСР" (1978). "Деятельность ПНИ регулируется современным законодательством о социальном обслуживании, и если бы в системе ПНИ соблюдались законы, то старые подзаконные акты были бы совсем не страшны, поскольку действовали бы только в той части, которая не противоречит сегодняшним федеральным законам, например закону о соцобслуживании, -- говорит председатель правления ЦЛП Роман Дименштейн. -- Но на самом деле реально они живут не по закону -- до последнего игнорируют изменения законодательства и продолжают жить в основном по понятиям, прикрываясь старыми подзаконными актами. Поэтому общественники, чтобы скорее изменить ситуацию, добиваются отмены этих подзаконных актов".

Президент благотворительной организации "Перспективы" Мария Островская считает, что реформирование системы ПНИ -- многоступенчатая операция: "Одно из ее условий -- изменение законодательства, другое -- введение системы независимого контроля в интернатах, третье -- создание альтернатив, при которых ПНИ пришлось бы конкурировать за клиентов".

Реформированию системы ПНИ должен способствовать и законопроект о независимой службе защиты прав граждан с психическими расстройствами в стационарах, разработанный Минздравом и экспертами НКО. В соответствии с этим законом представители службы оказывают регулярную информационно-правовую помощь



людям в стационарных организациях. Этот законопроект был инициирован Ольгой Голодец два года назад, а в начале апреля выставлялся на общественное обсуждение на официальном портале законопроектов [regulation.gov.ru](http://regulation.gov.ru). Однако Минздрав исключил из законопроекта важнейшее положение, способствующее прозрачности стационарных учреждений, -- возможность для представителя службы беспрепятственно посещать людей в любых помещениях в стационарном учреждении (например, в ПНИ) в любое время суток, если этого требуют обстоятельства. В ближайшее время законопроект может быть внесен в правительство, и общественники надеются, что Ольге Голодец удастся убедить Минздрав в необходимости вернуть в документ это принципиальное условие эффективной работы пациентской службы.

Наконец, без выстраивания системы сопровождаемого проживания в России настоящая реформа ПНИ невозможна: человек, живущий в интернате, лишен выбора, где и как ему жить; а у интерната нет конкурентов в этой сфере. Если же интернату придется бороться в конкурентной борьбе за каждого клиента, то он сам будет вынужден меняться в сторону более качественного предоставления услуг. Сергей Колосков полагает, что необходимо вносить изменения и в закон об основах соцобслуживания граждан, чтобы государство финансировало не только ПНИ, но и в равной степени сопровождаемое проживание (так называемые стационарозамещающие услуги) для инвалидов. Сегодня этих услуг в законе просто нет, а услуги интернатов и других стационарных учреждений есть.

Назревшую реформу ПНИ в среду 13 апреля обсуждали на специальном совещании у министра труда Максима Топилина, в котором принимали участие представители министерства и общественных организаций. По словам члена ОПРФ Елены Тополевой-Солдуновой, министр внимательно ознакомился с отчетом комиссии ОПРФ, которая в январе этого года проводила проверку московского ПНИ N30, и согласился с выводами общественной комиссии. Напомним, что в отчете зафиксировано множество нарушений прав граждан -- в частности, незаконная изоляция и лишение свободы на длительный срок, отсутствие информированного согласия на лечение, ограничение свободы передвижения по территории интерната. "При Министерстве труда будет создана рабочая группа, которая подготовит концепцию быстрого реформирования ПНИ, а также создаст "дорожную карту" преобразований на длительный срок, -- рассказывает Тополева-Солдунова. -- Мы предлагаем широко обсудить вопрос, как видит общество жизнь взрослых людей с ментальными нарушениями или ограниченными возможностями через 20-30 лет в России. Кто-то из участников встречи говорил о том, что России нужна деинституционализация --

полное расформирование ПНИ, как это случилось на Западе; кто-то полагал, что это невыполнимо, но возможно существование разных форм проживания людей в системе соцобслуживания. Мы поняли, что мнений много и нужно прийти к общему знаменателю. Для того чтобы достичь общего понимания проблемы, министр предложил описать нарушения и проблемы в системе ПНИ, собрать статистику о том, сколько детей-сирот, детей-инвалидов из семей, пенсионеров и пожилых инвалидов живет сегодня в ПНИ и сколько из них могли бы жить дома или в системе сопровождаемого проживания. Такая статистика также поможет понять, где мы сейчас находимся и в каком направлении двигаться".

По словам члена Совета по вопросам попечительства в социальной сфере при правительстве РФ Елены Ключко, изменения существующей практики в интернатах не приведут к деинституционализации, так что необходимо расширять систему соцслужб и сопровождения на дому. Поэтому параллельно с созданием рабочей группы и обсуждением концепции реформирования ПНИ в трех регионах России (Петербург, Пермь, Псков) в ближайшее время стартуют пилотные социальные проекты. В рамках этих программ приток людей в ПНИ будет сокращаться: сироты из детских домов-интернатов по достижении совершеннолетия перейдут в социальные квартиры, где можно жить при поддержке социальных работников, а взрослые с ментальными нарушениями, выросшие в семьях, смогут остаться в этих семьях, опять же при поддержке социальных служб. Кроме того, министр труда согласился с общественниками в том, что ПНИ не должны возглавлять психиатры, а также поручил подчиненным выяснить, отменены ли нормативно-правовые акты от 1978 и 1981 годов, по которым до сих пор живет вся система ПНИ. "Юристы в Минтруде удивились, что российские ПНИ до сих пор живут по нормативным актам 30-летней давности, -- говорит Тополева-Солдунова. -- Эти акты, по их словам, уже не действуют, и министерство намерено написать об этом разъяснения во все регионы".

