

Международный аналитический журнал Межпарламентской Ассамблеи государств — участников СНГ



# ДИАЛОГ

№2  
2020



ТЕМА НОМЕРА

**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ:**  
О ПАНДЕМИИ И НЕ ТОЛЬКО





*Дорогие друзья!*

Больше всего в 2020 году мы говорим о здравоохранении.

Для многих из нас всплеск внимания к этой теме был связан с тревожными мыслями о собственном здоровье или здоровье близких. Но вместе с тем невольно пришлось задуматься и о порожденных пандемией доселе невиданных проблемах экономического и социального развития, культуры, спорта, туризма... На протяжении нескольких месяцев мы были вынуждены разглядывать мир через призму медицины, разглядывать тщательно и настороженно. Что касается собственно здравоохранения, то здесь повестка, конечно же, формировалась в первую очередь вокруг тех направлений, которые оказались наиболее востребованы в борьбе с коронавирусом. Однако повышенная нагрузка на инфекционистов, вирусологов, пульмонологов не могла не сказаться и на медицине в целом. Ведь средства для предупреждения и ликвидации последствий распространения новой вирусной инфекции в определенной мере брались «взаймы» (и в прямом — финансовом — смысле, и в переносном — организационном) у других видов медицинской деятельности. А долги рано или поздно приходится отдавать.

Итак, этот выпуск «Диалога» посвящен актуальным вопросам здравоохранения на пространстве СНГ; в ряде статей отражен также мировой опыт. Следует заметить, что в силу давней традиции медицина относится к числу тех областей, в которых каждый из нас считает себя если не специалистом, то, по крайней мере, человеком сведущим и понимающим. К сожалению, это далеко не всегда соответствует действительности. Однако проверенная веками истина гласит: лечение — это сотрудничество врача и пациента. То же самое, наверное, можно сказать и о решении медицинских задач в масштабе города, региона, страны, мира — здесь также требуется полноценное сотрудничество профессионалов и общества.

А значит, у нас есть основания ожидать, что материалы выпуска найдут заинтересованных читателей на всем пространстве Содружества. В конце концов, разговор о здоровье может объединить даже самых разных людей. Мы не претендуем на то, чтобы в рамках одного номера осветить весь гигантский круг аспектов здравоохранения в СНГ, поскольку ничто не мешает нам продолжить обсуждение в следующих номерах.

*Генеральный секретарь —  
руководитель Секретариата Совета  
МПА СНГ Д. А. Кобицкий*

# Содержание

<b>Единое пространство здоровья</b> Вопросы здравоохранения в рабочей повестке Межпарламентской Ассамблеи СНГ	2
<b>Результаты пилотного проекта по реализации Международных медико-санитарных правил в национальном законодательстве:</b> актуальность в условиях пандемии	4
<b>Обеспечение здоровья для всех — наш моральный долг</b> <i>Интервью с директором Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения Хансом Клюге</i>	6
<b>Политика отказа от трансжирных кислот в государствах — членах Евразийского экономического союза:</b> проблемы реализации и потенциал применения	11
<b>Регулирование сферы маркетинга вредных для здоровья детей продуктов в странах СНГ</b>	12
<b>Страны СНГ в борьбе против табака:</b> вызовы, достижения и перспективы	16
<b>ВИЧ, мигранты и законодательство</b>	21
<b>Здравоохранение Республики Беларусь:</b> основные достижения и перспективы развития	25
<b>Законодательные аспекты здравоохранения Беларуси</b>	26
<b>Молдова и коронавирус — противостояние продолжается</b>	30
<b>О врачебной тайне, медицине будущего и правовых последствиях пандемии</b> <i>Интервью с заведующим кафедрой организации здравоохранения и медицинского права СПбГУ И. М. Акулиным</i>	32

# Единое пространство здоровья

## Вопросы здравоохранения в рабочей повестке Межпарламентской Ассамблеи СНГ

**Е. Ю. Владимирова,**

секретарь Постоянной комиссии МПА СНГ по социальной политике и правам человека, ответственный секретарь Экспертного совета по здравоохранению при МПА СНГ

**Здравоохранение традиционно входит в число приоритетных направлений модельного законодательства МПА СНГ. За годы работы Ассамблеи принято более 30 документов, непосредственно касающихся вопросов охраны здоровья, материнства и детства, санитарии и гигиены, медицинской науки, медицинских технологий и других важнейших направлений.**

На базе модельного закона «Об основах медико-социальной защиты граждан, больных сахарным диабетом» (2004 г.) Постоянной комиссией МПА СНГ по социальной политике и правам человека подготовлен проект Соглашения «О сотрудничестве государств — участников Содружества Независимых Государств в борьбе с ростом заболеваемости сахарным диабетом». Этот документ, подписанный главами государств Содружества 14 ноября 2008 г., создает международно-правовую базу оказания медицинской помощи больным сахарным диабетом в государствах — участниках СНГ.

Совместно с Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS), Программой развития ООН и Альянсом мэров и муниципальных руководителей в поддержку усилий общества в борьбе со СПИДом была подготовлена и принята Концепция модельного закона «О противодействии ВИЧ/СПИДу в государствах — участниках СНГ».

Важным этапом формирования модельной законодательной базы в сфере здравоохранения стало принятие модельного закона «О защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах — участниках СНГ». Его разработка осуществлялась вместе с Форумом комитетов по этике государств — участников СНГ.

С созданием Экспертного совета по здравоохранению при МПА СНГ работа Постоянной комиссии МПА СНГ по социальной политике и правам человека в сфере охраны здоровья получила новое развитие.

При участии Экспертного совета подготовлен и одобрен Советом Межпарламентской Ассамблеи государств — участников СНГ проект Программы сотрудничества государств — участников Содружества Независимых Государств по профилактике и лечению сахарного диабета на 2016–2020 годы. Программа принята на заседании Совета глав правительств Содружества Независимых Государств 8 июня 2016 г. в Бишкеке. В соответствии с данным документом государствами — участниками СНГ разработаны долгосрочные комплексные национальные программы в области профилактики и лечения сахарного диабета. Экспертный совет по здравоохранению при МПА СНГ и Постоянная комиссия МПА СНГ по социальной политике и правам человека приняли участие и в подготовке Программы сотрудничества государств — участников Содружества Независимых Государств по профилактике и лечению сахарного диабета на 2021–2025 годы.

МПА СНГ приняты рекомендации «О сближении законодательства государств — участников СНГ в сфере охраны здоровья», подготовленные Экспертным советом по здравоохранению при МПА СНГ. Целью указанных рекомендаций является содействие законодательному обеспечению сближения правовых норм об охране здоровья граждан, а соответственно, обеспечению эффективной социальной политики государств по предоставлению гарантий доступности и качества медицинской помощи на территории стран Содружества.

Рекомендации по охране медицинского персонала и объектов здравоохранения в период вооруженных конфликтов и других ситуаций насилия, подготовленные совместно с Международным комитетом Красного Креста, приняты в 2016 г.

Совместно с Фондом ООН в области народонаселения подготовлен и принят МПА СНГ модельный закон «Об охране репродуктивных прав и репродуктивного здоровья граждан».

В 2010 г. принят модельный закон «О телемедицинских услугах», которые приобретают особую актуальность в последнее время, в 2016 г. — модельный закон «О страховой медицине».

Перспективный план модельного законодательства в Содружестве Независимых Государств на 2020–2022 годы включает в себя более 10 новых

документов по указанной выше тематике. Работу над большинством из них проводит Постоянная комиссия МПА СНГ по социальной политике и правам человека.

Подготовка проекта модельного закона «О социальной рекламе в области здорового образа жизни» инициирована Советом по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ и ведется в соответствии с Планом мероприятий по реализации Стратегии «Здоровье населения государств — участников Содружества Независимых Государств» на 2020–2021 годы.

Проект модельного закона «Об обеспечении прав детей на охрану здоровья в государствах — участниках СНГ» призван воплотить на практике в сфере здравоохранения идеи, заложенные в Конвенции ООН о правах ребенка. Разработка проекта ведется юридическим факультетом Санкт-Петербургского государственного университета в сотрудничестве с Экспертным советом по здравоохранению при МПА СНГ.

Необходимо отметить еще два законопроекта: «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и «О донорстве органов». Документы также разрабатываются юридическим факультетом Санкт-Петербургского государственного университета. Как подчеркивают авторы проектов, в них требуется отразить как особенности взаимодействия медицины и защиты прав человека, защиты чести и достоинства пациента, так и прорывной характер развития данных областей науки в настоящее время.

Еще один чрезвычайно актуальный документ — модельный закон «О клинических рекомендациях при оказании медицинской помощи в государствах — участниках СНГ» также включен в Перспективный план модельного законодательства в Содружестве Независимых Государств на 2020–2022 годы по инициативе Экспертного совета по здравоохранению при МПА СНГ. Модельный закон, основным разработчиком которого является Санкт-Петербургский государственный университет (юридический и медицинский факультеты), призван регламентировать сложнейшую сферу использования клинических рекомендаций.

Весьма актуален, с учетом того, что развитие информационных технологий стремительно меняет мир, модельный закон «О цифровом здравоохранении».

Модельный закон «Об охране здоровья граждан от вредного воздействия табачного дыма» предложен и разрабатывается одним из важнейших и постоянных наших партнеров — Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения.

Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца стала инициатором и разработчиком проекта модельного закона «Об



обеспечении равного доступа к услугам по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции в государствах — участниках СНГ». МФОККиКП — давний и также важнейший партнер МПА СНГ.

Региональное представительство Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца в России, Беларуси и Молдове ведет работу над проектом модельного закона «О национальных обществах Красного Креста или Красного Полумесяца», который призван всемерно способствовать актуализации правового статуса национальных обществ и повышению эффективности их деятельности. Соглашение о сотрудничестве с Международным комитетом Красного Креста подписано в 2004 г. и активно реализуется на протяжении всех последующих лет, в том числе в процессе подготовки модельных законов.

Помимо законопроектов, за подготовку которых отвечает Постоянная комиссия по социальной политике и правам человека, следует упомянуть и такие документы в сфере здравоохранения, как модельный закон «Об оценке потенциального воздействия горнодобывающей деятельности на здоровье проживающего на прилегающих территориях населения» (Постоянная комиссия МПА СНГ по аграрной политике, природным ресурсам и экологии) и Рекомендации о законодательном обеспечении современного фармацевтического образования в государствах — участниках СНГ (Постоянная комиссия МПА СНГ по науке и образованию, разработчик — Санкт-Петербургский государственный химико-фармацевтический университет).

Необходимо отметить, что выбор соответствующих направлений модельной законодательной работы в сфере охраны здоровья не случаен. Защита прав человека, пациента, совершенствование механизма законодательного обеспечения непрерывного развития медицины — требование сегодняшнего дня. И именно этим аспектам было уделено особое внимание парламентариями государств — участников МПА СНГ и нашими партнерами — специализированными международными организациями.

# Результаты пилотного проекта по реализации Международных медико-санитарных правил в национальном законодательстве: актуальность в условиях пандемии

**Проф. Д. Спрумон,**

Юридический факультет, Институт права и здравоохранения, Университет Невшателя, Швейцария (Prof. D. Sprumont, Faculty of Law, Institute for Law and Health, University of Neuchâtel)

**Проф. С. Бёррис,**

Исследовательский центр медицинского права при Университете Темпл, Филадельфия, США (Prof. S. Burris, Center for Public Health Law Research, Temple University)

**Д-р М. Краер фон Краус,**

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (Dr. M. Kraeyer von Krauss, WHO Regional Office for Europe)

**На протяжении десятилетий эксперты общественного здравоохранения предупреждали о возможности вспышки вируса, которая быстро распространится по всему миру, вызывая болезнь и смерть. Теперь понятно, что COVID-19 и есть такое событие. Способность стран эффективно реагировать на пандемию в известной степени определяется тем, в какой мере их законодательство в области общественного здравоохранения позволяет это делать.**

Представляем проект, нацеленный на то, чтобы испытать метод повышения доступности достоверных и сопоставимых данных по национальной реализации Международных медико-санитарных правил (2005). Пилотный проект по правовым аспектам эпидемиологии с целью изучения и анализа содержания национальных законов, обеспечивающих исполнение ММСП (2005) в Грузии, Сербии, Кыргызстане и Швейцарии, осуществлялся в период с октября 2018 г. по март 2019 г. При финансовой поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ и Федерального офиса общественного здравоохранения Швейцарии была учреждена проектная команда под руководством Института медицинского права при Университете Невшателя (Швейцария) в сотрудничестве с Исследовательским центром медицинского права при Университете Темпл (США). Многопрофильная команда проекта

включала в себя экспертов в области общественного здравоохранения, а также юристов из четырех стран-участниц.

Для обеспечения эффективного выполнения ММСП (2005) необходимы национальные законы. Вспышки заболеваний требуют широкого диапазона возможных действий. Уведомления о заболевании, обязательные вакцинации, карантин, маркетинг, импорт и создание запасов лекарственных средств и вакцин — при организации всего этого руководствуются положениями национального законодательства, и не всегда государства регулируют такие действия одинаково.

Возьмем, к примеру, карантин. В государствах могут предусматриваться разные требования к ограничению права человека на передвижение, также возможны неодинаковые подходы к действиям в случае отказа от карантина. Законен ли принудительный карантин? Можно ли применять штрафы либо иные пропорциональные меры, чтобы ограничить распространение инфекции? Если такие действия закреплены в законах или подзаконных актах, их выполнение становится более предсказуемым во время чрезвычайных ситуаций.

Самого существования отдельных законов недостаточно для устойчивости системы здравоохранения или для эффективности правовых вмешательств при определенных угрозах. Законы также должны соответствовать цели и исполняться. А каким образом это можно узнать? Как и любые меры вмешательства в области общественного здравоохранения, законы и подзаконные акты необходимо оценивать. Применение более систематизированного подхода к сбору, анализу и представлению национальных законов, имеющих значение для общественного здравоохранения в странах Европейского региона, позволяет эффективнее отслеживать пробелы и находить варианты для расширения возможностей профилактики, обеспечения готовности, надзора и реагирования.

Традиционное исследование законодательства предусматривает перечисление национальных законов и представление ссылок на них в правовых

базах данных. Изучение мер политики предполагает нечто иное. Оно позволяет трансформировать ключевые положения законов в числовые данные, которые потом можно использовать в совокупности с другими медико-санитарными данными и аналогично им.

Программа пилотного проекта по правовым аспектам эпидемиологии, нацеленного на ускорение внедрения ММСП (2005), в настоящее время содержит список из 120 вопросов, которые охватывают обязательства и права государств — участников ММСП (2005) в отношении предупреждения, обеспечения готовности, контроля и реагирования на распространение инфекционных заболеваний. Данные вопросы были разработаны в результате тщательного анализа Международных медико-санитарных правил, методических руководств и рекомендаций Всемирной организации здравоохранения и в сотрудничестве с экспертами ВОЗ на уровне страны, региона и штаб-квартиры. При ответе на вопросы для каждой вовлеченной в исследование страны определяются и подчеркиваются ключевые положения ее законов, имеющих отношение к ММСП (2005).

Задача по анализу национальных законов, а также кодированию ответов на вопросы выполнялась совместно национальными юристами и экспертами в области общественного здравоохранения. Это детально описано в Протоколе исследования, с которым можно ознакомиться на сайте LawAtlas\*.

Результаты проекта представлены на картах и в таблицах. Ответы по конкретному государству на каждый вопрос даны на английском языке и отмечены цветом на карте. Цитаты из национальных законов, которые отвечают на отдельный вопрос, доступны на национальном языке при переходе по ссылке с названием страны. Полный текст национальных законов также доступен на национальном языке в LawAtlas.

Хотя в большинстве стран тексты законов и подзаконных актов являются общедоступными, на практике может оказаться довольно трудно получить к ним доступ. В связи с этим LawAtlas предоставляет свободный доступ к полным текстам соответствующих национальных законов, что облегчает их получение, когда парламентарии и другие

ключевые лица, принимающие решения, а также заинтересованные стороны нуждаются в них.

Ясно показывая, как различные положения ММСП (2005) применяются в национальном законодательстве, LawAtlas позволяет определять пробелы в правовых основах. Более того, он позволяет сравнивать законы разных стран, представляя соответствующие положения национального законодательства в структурированном и доступном для поиска формате. Появляется возможность связывать показатели здравоохранения с разными аспектами национального законодательства.

Другим направлением использования этого приложения является содействие применению правовых данных при исследовании устойчивости к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения. Такое содействие в значительной степени обеспечивается за счет улучшенного доступа к систематически собираемым и обновляемым данным по содержанию национального законодательства.

В полной мере потенциал рассматриваемого инструмента будет реализован тогда, когда другие страны в Европейском регионе и за его пределами станут присоединяться к проекту и когда его сфера действия, не ограничиваясь только ММСП, начнет охватывать иные важные аспекты законодательства в области общественного здравоохранения, например борьбу с употреблением табака.

Детальные результаты пилотного проекта содержатся в LawAtlas. Это онлайн-инструмент с цифровыми картами, отражающими варьирование ключевых характеристик национальных правовых документов, а также с таблицами и другими понятными формами. Инструмент спроектирован для содействия в использовании юридических данных при принятии решений на национальном, региональном и международном уровнях. Он также служит для стран средством более эффективного уточнения технической помощи, в которой те нуждаются, чтобы улучшить свой правовой потенциал в противодействии вспышкам заболеваний.

\* <https://lawatlas.org/page/who-international-health-regulations-project>



# Обеспечение здоровья для всех — наш моральный долг

**Интервью с Хансом Клюге — директором Европейского  
регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ЕРБ ВОЗ)**



**Доктор Х. Клюге** стал директором ЕРБ ВОЗ 1 февраля 2020 г. На протяжении всей своей карьеры — от практики семейного врача в Бельгии, работы в Сомали, Либерии, в тюрьмах Сибири, в странах бывшего СССР, Мьянме и КНДР до управления Отделом систем здравоохранения и охраны общественного здоровья ЕРБ ВОЗ в последние 10 лет — он сохранял неизменную приверженность идее улучшения здоровья всех людей, уделяя особое внимание уязвимым категориям граждан. На посту регионального директора доктор Клюге предусматривает взаимодействие с партнерами, позволяющее обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, эффективные действия при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения и укрепление здоровья населения.

— **Расскажите о своем перспективном видении для Европейского региона ВОЗ — программе «Совместные действия для улучшения здоровья».**

— Вступая в должность директора ЕРБ ВОЗ, я понимал, что выстоять перед всеми вызовами сложного, полного взаимосвязей мира и построить более справедливое и здоровое общество мы сможем, лишь действуя вместе и действуя решительно. Руководствуясь Целями в области устойчивого развития (ЦУР), нашим главным ориентиром, мы должны использовать новые возможности, проявлять креативность, непрерывно учиться и применять имеющиеся технологии для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения, защиты людей при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения и обеспечения здоровья и благополучия для каждого.

Выполняя обязательства никого не оставлять без внимания, повышать значение здравоохранения и укреплять к нему доверие, я представляю Европейскую программу работы «Совместные действия для улучшения здоровья». В ней изложено видение поддержки, которую ЕРБ ВОЗ может оказывать странам региона для того, чтобы они удовлетворяли потребности и ожидания своих граждан в отношении здравоохранения. Она не является исчерпывающим списком направлений и сфер деятельности ВОЗ, представляя собой, скорее, описание нового подхода к сокращению разрывов в показателях здоровья в регионе. В ней также отмечается, что Всемирная организация

*Выстоять перед всеми вызовами сложного, полного взаимосвязей мира и построить более справедливое и здоровое общество мы сможем, лишь действуя вместе и действуя решительно.*

здравоохранения должна тесно взаимодействовать с региональными и мировыми партнерами.

— **Что Вы считаете эффективным партнерством?**

— Эффективное партнерство в области здравоохранения содействует повышению уровня социального благополучия и здоровья населения государств путем повышения эффективности мер в сфере здравоохранения, принимаемых в странах и на международном уровне, и создания для этого действенных механизмов сотрудничества. Партнерство — важный элемент стратегического руководства здравоохранением в Европейском регионе ВОЗ. Оно помогает создавать синергию, расширять знания и опыт субъектов, обеспечивает участие всех заинтересованных сторон и дает им возможность быть услышанными, а также позволяет более продуктивно использовать ресурсы, избегать дублирования усилий и сокращать административные проволочки.

Своему перспективному видению для развития здравоохранения в нашем регионе я дал название «Совместные действия для улучшения здоровья». «Совместные» — потому что я считаю партнерство своим моральным долгом, а «действия» — потому что неоднократно слышал, как представители различных стран подчеркивали: ВОЗ наконец следует перейти от указаний о том, что делать, к выработке практических подходов к решению реальных проблем. Что предполагает интеграцию медицин-





ского обслуживания и основных функций общественного здравоохранения, ориентацию на нужды людей с опорой на надежную первичную медико-санитарную помощь.

Налаживание партнерских отношений с целью улучшения здоровья людей — одно из шести стратегических направлений работы Европейского регионального бюро ВОЗ. Бюро укрепляет стратегическую координацию и сотрудничество с Европейским союзом, Евразийским экономическим союзом, специализированными учреждениями ООН и другими международными организациями, действующими в Европейском регионе, а также с профессиональными объединениями в сфере здравоохранения, гражданским обществом и частным сектором. Взаимодействие ВОЗ с такими организациями выражается в тесном сотрудничестве с их управленческими структурами и осуществлении руководства в вопросах подходов к развитию систем здравоохранения. Пример такой деятельности — расширение стратегического взаимодействия с Советом по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ.

Построение и консолидация партнерств с участием ЕРБ ВОЗ необходимы для реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Цель 17, в которой делается акцент на партнерские отношения, дает новые возможности и стимулы для расширения диалога между сферой здравоохранения и другими сферами, а также согласования политики, инициатив и мер воздействия.

**— Чего ВОЗ ждет от сотрудничества с национальными парламентами и с межпарламентскими организациями?**

— Парламентам отводится особая роль в деле защиты прав человека и поддержки устойчивого развития. Сейчас, во время пандемии COVID-19, это актуально как никогда. Мир продолжает бо-

роться с пандемией, и мы видим, насколько важны для этого эффективно работающие системы здравоохранения, крепкие механизмы социальной защиты и сбалансированное экономическое развитие, ведущее к созданию рабочих мест с хорошими условиями труда. Национальные парламентам должны принимать полноценное участие в реализации соответствующих ситуации мер.

Наличие действенных законов имеет первостепенное значение для защиты права на здоровье, а также обеспечения справедливости, качества, эффективности и подотчетности в таких сферах, как доступ к услугам здравоохранения, борьба с проблемами изменения климата и загрязнения воздуха, доступ к чистой воде и санитарным удобствам, создание условий, в которых людям будет легче делать выбор в пользу здоровья, за счет введения налогов на табачные изделия и другую вредную продукцию.

Для того чтобы воплотить в жизнь принцип «здоровье для всех», необходимо заручиться политической поддержкой на самом высоком уровне. Парламентарии имеют возможность разрабатывать и принимать законы, выделять финансовые средства для их имплементации, поэтому они играют важнейшую роль в проведении в жизнь глобальной повестки дня здравоохранения.

Привлечение внимания парламентариев к глобальной повестке здравоохранения критически важно, ведь именно они способны превратить научные достижения в политические шаги и гарантировать, что законы и политика, связанные с охраной здоровья, как и процесс их реализации, будут опираться на достоверные факты.

**— Что Вы можете сказать о сотрудничестве между МПА СНГ и ЕРБ ВОЗ?**

— Регулярное сотрудничество ЕРБ ВОЗ и МПА СНГ началось в 2016 г. с участия Бюро в заседаниях Ассамблеи и совещаниях экспертов; в то же

время организациями велась работа по подготовке меморандума о взаимопонимании, который был подписан в марте 2018 г. Его цель — создание рамочной основы для совместной поддержки разработки законов и политических мер в области охраны здоровья в государствах — участниках МПА. Документ охватывает ряд направлений сотрудничества, включая оказание ВОЗ технической помощи Ассамблее в подготовке и адаптации к местным условиям модельных законов по вопросам здравоохранения.

Я хотел бы выразить признательность Межпарламентской Ассамблее за принятие законов, касающихся потребностей детей, мигрантов, беженцев и других уязвимых групп в области здоровья. МПА уже приняла несколько модельных законов в этой сфере и занимается разработкой миграционного кодекса. ВОЗ готова оказать помощь в этом важном деле и может предложить Ассамблее и ее государствам-участникам свои научно обоснованные методики и экспертный потенциал. Мы планируем провести обзор соответствующих законов, принятых Ассамблеей в последние годы, чтобы при необходимости поддержать их адаптацию к местным условиям и имплементацию в сотрудничестве с правительствами и парламентами заинтересованных стран. Мы также хотим предложить несколько тем для новых модельных законов, например всеобщий охват услугами здравоохранения и безопасность общественного здоровья.

Искренне благодарен Совету МПА СНГ за принятие решения, призывающего парламенты стран Содружества ратифицировать Протокол о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями. Этот шаг будет содействовать усилению мер по борьбе против табака и охране общественного здоровья в СНГ и в Европейском регионе ВОЗ в целом.

ЕРБ ВОЗ твердо намерено укреплять региональное сотрудничество для обеспечения потребностей стран в прямой технической помощи и нормативной поддержке, используя для этого региональные платформы, такие как Межпарламентская Ассамблея.

**— Какое место вопросы здоровья занимают в Целях в области устойчивого развития?**

— Мировые лидеры впервые в истории взяли на себя обязательство стремиться к измеримым улучшениям в показателях здоровья людей, приняв ЦУР. Здоровья касается не только Цель 3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте», но и ряд других (о ликвидации нищеты и голода, расширении прав и возможностей женщин и девочек, сокращении неравенства и содействии экономическому росту).

*Нам нужны нормы, гарантирующие людям возможность получения медицинских услуг без переживаний о том, могут ли они заплатить за них.*

Цель 3 — неотъемлемая часть устойчивого развития и построения процветающего общества. Мы добились значительного прогресса в вопросе улучшения здоровья миллионов людей. Снизился уровень материнской и детской смертности, растет продолжительность жизни, достигнуты внушительные успехи в борьбе с рядом инфекционных болезней. Вместе с тем в борьбе с такими болезнями, как малярия и туберкулез, прогресс замедлился или даже остановился. По меньшей мере половина населения планеты по-прежнему не имеет доступа к жизненно важным услугам здравоохранения.

И в бедных, и в богатых странах чрезвычайная ситуация в области здравоохранения может довести людей до банкротства или нищеты. Обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения и стабильного финансирования сферы охраны здоровья требует слаженных усилий; необходимо вести борьбу с растущей угрозой неинфекционных заболеваний, противодействовать устойчивости к противомикробным препаратам и корректировать негативное влияние экологических факторов на здоровье.

**— Что такое всеобщий охват услугами здравоохранения?**

— Это нечто большее, чем просто медицинское страхование. Наше понимание всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) строится на принципе необходимости защищать здоровье и благополучие абсолютно всех слоев населения. Право на охрану здоровья распространяется на каждого человека, кем бы он ни был. Важно прилагать совместные усилия, чтобы удовлетворить потребности наиболее уязвимых групп населения. В полной мере обеспечить их медицинскими услугами и социальной помощью — наш моральный долг.

ВОУЗ призван дать всем людям возможность получения качественных услуг здравоохранения в нужном месте и в нужное время без связанных с этим финансовых затруднений.

Из виду часто упускается тот факт, что для всеобщего охвата услугами здравоохранения необходима надежная законодательная база. В том числе нормы, гарантирующие людям возможность получения медицинских услуг без переживаний о том, могут ли они заплатить за них.

**— Какую роль в обеспечении ВОУЗ могут играть парламенты?**

— В знаковой резолюции «Достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения к 2030 году: роль парламентов в обеспечении права на здоровье», принятой на 141-й Ассамблее Межпарламентского союза в октябре 2019 г., определены конкретные шаги, которые следует предпринять парламентам в поддержку Цели 3. В этом документе парламентам



всего мира предлагается разработать все необходимые для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения нормативные правовые акты до 2030 г.

Достижение Целей в области устойчивого развития и ВОУЗ требует наличия соответствующего законодательства и ресурсов. Парламенты должны использовать все имеющиеся у них полномочия для обеспечения эффективного выполнения правительствами обязательств в отношении ВОУЗ, мониторинга влияния нормативных актов и программ, создания парламентских механизмов для оценки прогресса в этой сфере к 2030 г.

**— Наш мир столкнулся с небывалым кризисом в области здравоохранения. COVID-19 порождает страдания, дестабилизирует экономику и переворачивает с ног на голову жизни миллиардов людей. Какая роль в противодействии COVID-19 отводится парламентариям?**

— Пандемия COVID-19 — не просто кризис в области здравоохранения. Борьба с ней требует участия всех систем государственного управления, всего общества, сопоставимого с решительностью и готовностью к самопожертвованию, которые проявляют работники здравоохранения.

Возникновение COVID-19 стало для всего мира своего рода водоразделом с точки зрения здравоохранения, экономики, беспрецедентных вызовов, с которыми столкнулись демократические институты. Стали появляться вопросы о том, как достичь равновесия между чрезвычайными полномочиями, необходимыми государственным органам для противодействия ситуации в области здравоохранения

*Пандемия COVID-19 — не просто кризис в области здравоохранения. Борьба с ней требует участия всех систем государственного управления, всего общества, сопоставимого с решительностью и готовностью к самопожертвованию, которые проявляют работники здравоохранения.*

и экономическому кризису, и надлежащим контролем над этими полномочиями.

Разумные законы помогают формировать надежные системы здравоохранения, сертифицировать безопасные и эффективные лекарства и вакцины, поддерживать меры по созданию благоприятных для здоровья и безопасных общественных мест и условий труда. Некорректные

или ненадлежащим образом применяемые законы могут наносить вред маргинализированным группам населения, способствовать укоренению стигматизации и дискриминации, препятствовать мерам, призванным положить конец пандемии.

Парламенты могут оказывать содействие в реализации неотложных мер в сфере здравоохранения, рекомендуемых ВОЗ, и обеспечивать при этом учет государственным органами гендерных аспектов и соблюдение прав человека. Во время пандемии многие страны, пытаясь остановить распространение вируса и защитить население, принимали самые решительные меры — вплоть до объявления чрезвычайного положения. Задача парламентов — гарантировать, чтобы меры, принимаемые в ответ на кризис, не противоречили стандартам в области прав человека.

Пандемия COVID-19 ставит под угрозу жизни и безопасность женщин. Проблема насилия в отношении женщин уже приобрела размах эпидемии: каждый день от рук членов семьи в мире погибают 137 женщин. Жизнь в условиях изоляции и экономических трудностей увеличивает риск насилия и сексуальной эксплуатации женщин.

Осуществляя законодательные и надзорные функции, парламенты могут обеспечивать баланс

между правом на здоровье и смягчением нежелательных последствий ограничительных мер для социальных и экономических прав.

Сети парламентариев помогают обмениваться информацией, знаниями и опытом, координировать действия, посредством регулярных онлайн-диалогов. Это способствует повышению готовности, стрессоустойчивости и подготовке ответных мер в каждой стране.

— **Каковы главные уроки пандемии COVID-19?**

— Пандемия, уже несколько месяцев бушующая в Европейском регионе ВОЗ, преподала нам немало болезненных уроков. Она показала нашу уязвимость перед лицом угроз для здоровья, которые могут стремительно распространяться по всему миру, а также продемонстрировала, что страны не были в полной мере готовы к подобной угрозе. Вместе с тем она продемонстрировала, что слаженные усилия и солидарность помогают победить эту угрозу и укрепить системы здравоохранения и социального обеспечения, способствуя формированию экономики благосостояния.

Пандемия ставит под угрозу достижение большинства ЦУР к 2030 г. В Европейском регионе 68% стран сообщили о приостановлении оказания услуг по ведению неинфекционных заболеваний. Было приостановлено предоставление 66% услуг по ведению пациентов с артериальной гипертензией и 58% услуг по ведению пациентов, страдающих диабетом и связанными с ним осложнениями. Мы также стали свидетелями 60%-го сокращения показателей выявления туберкулеза, что приводит к позднему началу лечения и росту смертности. В некоторых странах было прервано оказание услуг по иммунизации населения, в то время как ряд других стран столкнулся со снижением показателей охвата.

Пандемия демонстрирует, что органам власти на всех уровнях необходимо работать над укрепле-

нием потенциала в области предотвращения эпидемий, обеспечения готовности к ним и принятия ответных мер. При этом планы по восстановлению после COVID-19 и сокращению риска возникновения будущих эпидемий не должны ограничиваться ранним выявлением вспышек заболеваний и установлением контроля над ними, следует работать с истоками таких проблем.

Системы здравоохранения, опирающиеся на надежные службы первичной медико-санитарной помощи, — основа обеспечения безопасности общественного здоровья и ВОУЗ.

Европейский регион извлек из опыта пандемии три важнейших вывода:

- необходимо располагать достаточными запасами медицинского оборудования, в том числе аппаратов ИВЛ и масок;
- нужны единые показатели для мониторинга пандемии;
- огромное значение имеет солидарность: никто не может считать себя в безопасности до тех пор, пока в безопасности не окажется каждый.

Мы должны использовать каждую возможность для подготовки как системы оказания помощи в чрезвычайных ситуациях, так и системы оказания плановой медицинской помощи. Другими словами, следует надеяться на лучшее, но готовиться к худшему — к вероятному возвращению пандемии COVID 19, которая может охватить страны, регионы, города и отдельные районы. Сегодня все мы — граждане стран, члены семей, эксперты и руководители в области общественного здравоохранения — глубоко обеспокоены тем, как развивается ситуация. Если каждый из нас — от молодежи до стариков — будет действовать ответственно и осмотрительно, мы сможем победить пандемию. Меня необычайно воодушевляет чувство солидарности, объединяющее людей в сообществах, в странах, во всем регионе для совместной борьбы с вирусом.



# Политика отказа от трансжирных кислот в государствах — членах Евразийского экономического союза: проблемы реализации и потенциал применения

**К. Викрамасингхе, О.А. Житенева, Н. С. Антонова,**  
Европейский офис ВОЗ по профилактике  
неинфекционных заболеваний и борьбе с ними

**Ж. Бреда,**  
глава Европейского офиса ВОЗ по профилактике  
неинфекционных заболеваний и борьбе с ними

*Промышленно производимые трансжирные кислоты (ТЖК) остаются одной из основных причин смерти в мире, значительно увеличивая бремя инфекционных заболеваний. По оценкам экспертов, исключение ТЖК из состава пищевых продуктов могло бы ежегодно предотвращать 500 тыс. случаев смерти от ишемической болезни сердца. Наличие трансжиров в рационе питания повышает риск развития патологий сердечно-сосудистой системы, так как способствует росту уровня липопротеинов низкой плотности, воспалительных маркеров и повреждений эндотелия, одновременно снижая уровень липопротеинов высокой плотности.*

Ишемическая болезнь сердца является главной причиной преждевременной смертности во всем мире. Самые высокие показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в регионе Евразийского экономического союза среди мужчин наблюдаются в России и Беларуси, а среди женщин — в Кыргызстане. В Казахстане среднее содержание ТЖК в общедоступной уличной еде составляет до 144,3% от рекомендуемого максимального суточного потребления. В столицах Армении и Кыргызстана примерно 50% жира в пищевых продуктах оказываются ТЖК.

В 2018 г. Всемирная организация здравоохранения опубликовала пакет мер REPLACE — научно обоснованный перечень стратегических действий для реализации руководящих указаний ВОЗ по ограничению допустимого уровня содержания ТЖК до 2% от общего содержания жира во всей пищевой продукции. Этот инструмент был разработан на основе фактических данных о том, какие меры позволяют эффективно сокращать использование

ТЖК, чтобы достичь цели полного их исключения из состава пищевой продукции во всем мире к 2023 г.

По экспертным оценкам, при условии полного выполнения руководящих указаний ВОЗ в 2017 г. в результате сокращения бремени болезней, обусловленных ТЖК, в государствах — членах ЕАЭС можно было бы предотвратить до 26 000 случаев смерти и до 508 183 случаев инвалидности.

В январе 2018 г. вступил в силу технический регламент Таможенного союза ЕАЭС «Технический регламент на масложировую продукцию» (ТР ТС 024/2011), согласно которому допустимый уровень ТЖК для конкретного перечня продуктов переработки растительных масел и животных жиров не должен превышать 2% от общего содержания жира в продукте. Регламент также устанавливает требования к упаковке, маркировке и соответствующим процессам производства, хранения, транспортировки и продажи масложировой продукции, выпущенной в обращение в государствах-членах.

Пока нет детального обзора того, насколько регламент учитывает рекомендации ВОЗ в рамках ЕАЭС. Обобщенную информацию о мерах в отношении использования ТЖК после принятия регламента, проблемах его реализации и предлагаемых шагах по распространению его действия на всю пищевую продукцию в регионе ЕАЭС можно найти в статье «Trans fatty acid elimination policy in member states of the Eurasian Economic Union: Implementation challenges and capacity for enforcement»<sup>\*</sup> (The Journal of Clinical Hypertension).

Остановимся на содержащихся в данной публикации рекомендациях, которые могут быть полезны для каждой из стран — членов ВОЗ, в том числе для всех стран СНГ.

В настоящее время государства — члены ЕАЭС не достигают рекомендованного ВОЗ уровня содержания ТЖК < 2% от общего содержания жира во всей пищевой продукции. Согласно рекоменда-

<sup>\*</sup> «Политика по устранению трансжирных кислот в государствах — членах Евразийского экономического союза: проблемы реализации и потенциал правоприменения».

Иероним Босх  
Семь смертных грехов  
и четыре последние вещи.  
1475—1480.  
Прадо, Мадрид  
Фрагмент. Чревоугодие



Жадное, «плотоядное» отношение к пище не приветствовалось даже в Средние века, когда обильное и калорийное питание было едва ли не главным символом земного благополучия

ции ВОЗ суточное потребление ТЖК не должно превышать 1% от общего потребления.

### Надзор за реализацией политики и применением санкций

Многие виды пищевой продукции, доступной в государствах — членах ЕАЭС, содержат ТЖК в количествах, превышающих пределы, которые установлены регламентом и рекомендованы ВОЗ.

В каждой из этих стран уполномоченные органы, осуществляющие эпиднадзор, несут ответственность за реализацию руководящих принципов, мониторинг соблюдения требований и применение санкций в случае их несоблюдения.

Основной проблемой для надзора за реализацией политики является отсутствие систематических и стандартизированных исследований содержания ТЖК в пищевой продукции и потребления трансжиров населением. В уполномоченные орга-

## Регулирование сферы маркетинга вредных для здоровья детей продуктов в странах СНГ

Избыточный вес и нездоровый рацион питания в детстве чреват повышенным риском инвалидности и преждевременной смерти из-за инфекционных заболеваний во взрослом возрасте. Согласно данным Европейской инициативы ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением (COSI) за 2015–2017 гг. в Казахстане 17% мальчиков и 20% девочек имеют избыточный вес или ожирение; в России (данные по Москве) избыточный вес или ожирение отмечается у 27% мальчиков и 22% девочек. ВОЗ призвала государства ограничить ориентированный на детей маркетинг пищевых продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжиров, свободных сахаров и соли во всех средствах массовой информации, включая цифровые, а также устранить недочеты в законодатель-

стве, препятствующие внедрению рекомендованных мер.

В 2018 г. Европейское региональное бюро ВОЗ опубликовало доклад «Оценка внедрения Свода рекомендаций ВОЗ по маркетингу пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированному на детей». В нем отмечены недостатки политики, а также факторы, требующие учета в целях эффективного ограничения пагубного влияния маркетинга вредных для здоровья детей продуктов. Кодексы саморегулирования производителей пищевой продукции и рекламной индустрии малоэффективны, а действующие международные нормы в основном ориентированы на традиционные СМИ. Поэтому дети часто оказываются беззащитными перед цифровым маркетингом или, например,

ны государств ЕАЭС по надзору за соблюдением регламента входят представители различных секторов, и нет сведений об их координации.

Рекомендуется разработать единую для ЕАЭС систему надзора в целях мониторинга соблюдения ограничений на содержание ТЖК и совершенствования координации. Дальнейшему укреплению такого надзора могут способствовать регулярные совещания уполномоченных органов с публикацией результатов.

Для обеспечения точного измерения содержания ТЖК в доступной пищевой продукции следует укрепить потенциал лабораторий, что поможет управлять процессом внедрения ограничений на использование ТЖК. Мероприятия, призванные способствовать формированию лабораторного потенциала и отработке технологий, такие как учебные семинары для лабораторий, организованные Европейским офисом ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними совместно с ЕЭК, будут играть большую роль в улучшении эпиднадзора и обеспечении более строгого соблюдения регламента.

Сегодня в каждом государстве ЕАЭС действуют свои санкции за нарушение регламента, которые применяются и к местным производителям, и к иностранным производителям импортируемой продукции, а также к продавцам. Эти санкции не имеют в регионе должной гармонизации и консультативной поддержки со стороны правительств, отсутствует и информационное содействие. Рекомендуется более строгий контроль за соблюдением таких санкций и поддержка со стороны СМИ, с тем чтобы стимулировать информационно-разъ-

яснительную работу среди населения и соблюдение процедур. Полезным было бы также ведение открытой базы данных производителей и предоставление информации о тех, кто не соблюдает установленных ограничений.

## Сопутствующие технические регламенты

Между различными техническими регламентами, устанавливающими предельно допустимый уровень содержания ТЖК, существуют расхождения. Так, согласно техническому регламенту «О безопасности молока и молочной продукции» (ТР ТС 033/2013) предельно допустимое содержание ТЖК в составе заменителей молока для кормления детей раннего возраста может составлять до 3% от общего содержания жира, для молкосодержащих продуктов, таких как сливочно-растительные спреды, допустимый уровень ТЖК составляет 8% от общего содержания жира. Технический регламент «О безопасности пищевой продукции» (ТР ТС 021/2011) ограничивает содержание ТЖК в заменителях грудного молока (до 4%) и регламентирует использование частично гидрогенизированных масел в детском питании.

Основной проблемой технического регламента «О безопасности молока и молочной продукции» является объединение молочных и молкосодержащих продуктов в одном правовом поле. При производстве молока и молочных продуктов часто применяются гидрогенизированные жиры и масла, что ведет к значительному увеличению содержания ТЖК. Рекомендуется ввести в указанный техниче-

перед спонсорскими акциями, которые проводят производители нездоровых продуктов питания в онлайн-формате. Правила, касающиеся традиционных СМИ, охватывают лишь трансляцию рекламы вредных продуктов во время, до или сразу после теле- и радиопрограмм для детей, а в остальное эфирное время ребенок может подвергаться воздействию такой рекламы.

Дополнительные инструменты регулирования были предложены в докладе, подготовленном Европейским офисом ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними в 2019 г. В частности, это механизм мониторинга CLICK, призванный помочь проанализировать объем прямого и косвенного маркетинга вредных продуктов питания, алкогольных напитков и табачных изделий, ориентированного на детей, в Интернете.

Производители продуктов питания и напитков активно продвигают свои бренды в учебных заведениях, наносят товарные знаки и логотипы на образовательные материалы, оборудование и одеж-

ду. Реклама в социальных сетях с привлечением популярных лиц (прямая или скрытая), целевая реклама на базе социальных платформ (собирающих персональные данные пользователей) и реклама в мобильных приложениях представляют реальную опасность для здоровья и благополучия не только детей, но населения в целом. Нарастающее влияние онлайн-ресурсов позволяет компаниям охватить большую аудиторию за счет недостаточно регулируемой, а порой и вовсе свободной от законодательного регулирования сферы цифрового маркетинга.

Законы государств СНГ, регулирующие рекламную деятельность, содержат обязательные правила по размещению рекламы продукции, предназначенной для детей и подростков, а также общие положения, касающиеся рекламы конкретных продуктов — таких как алкогольные напитки и табачные изделия. Однако пока в большинстве стран СНГ регулирование маркетинга продуктов питания, ориентированного на детей, неэффективно. Одной

ский регламент понятие фальсификации и включить показатели качества пищевых продуктов с требованиями к маркировке и расширением методологической базы для проверки подлинности пищевой продукции.

Технический регламент «*Пищевая продукция в части ее маркировки*» (ТР ТС 022/2011) не устанавливает требований к указанию количества насыщенных жирных кислот, мононенасыщенных жирных кислот, полиненасыщенных жирных кислот и ТЖК на этикетках пищевой продукции, а также не требует разделения насыщенных жирных кислот и трансжирных кислот при маркировке жиров. Рекомендуется внести поправки в технический регламент «*Пищевая продукция в части ее маркировки*», а именно ввести отдельную маркировку содержания трансжирных кислот и насыщенных жирных кислот в масложировых продуктах, молочных продуктах и продуктах питания, импортируемых в ЕАЭС. Кроме того, в данный регламент следовало бы внести критерии легкости прочтения информации на упаковке продукта (по примеру «Технического регламента на масложировую продукцию»): указать минимальный размер шрифта и необходимость контрастного фона. Маркировка ТЖК позволит облегчить дальнейшее регулирование в ЕАЭС за счет стимулирования отраслей к изменению рецептуры и соблюдению ограничений на содержание ТЖК.

Канада приняла обязательные регламенты маркировки, благодаря чему произошло 30%-е сокращение потребления ТЖК и 35%-е сокращение содержания ТЖК в грудном молоке. В США маркировка ТЖК привела к 58%-му снижению уровня ТЖК в плазме крови.

из причин этого является отсутствие четкого определения «вредных продуктов питания» в законодательстве.

Европейское региональное бюро ВОЗ предлагает внести на рассмотрение Межпарламентской Ассамблеи государств — участников СНГ проект модельного закона о рекламе нездоровых продуктов и напитков, ориентированной на детей. Законопроект предназначен для выработки единого подхода к рекламе данных видов продуктов. Одна из важных его задач — дать определение продуктам, не имеющим сегодня дефиниции в правовых системах большинства стран СНГ, таким как «продукты питания и напитки с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжиров, свободных сахаров или соли».

Предполагается, что принятие модельного закона позволит упростить:

- совершенствование законодательной базы в соответствии с рекомендациями ВОЗ;

Для устранения расхождений между допустимыми уровнями содержания ТЖК в разных технических регламентах рекомендуется расширить сотрудничество групп по разработке технических регламентов и предусмотреть обязательное включение в них экспертов из сфер организации общественного здравоохранения, питания и защиты прав потребителей. Это позволит сбалансировать общественные и промышленные интересы, обеспечить согласованность политики и привести предельно допустимые уровни ТЖК в соответствие с рекомендациями ВОЗ.

## Текущий уровень реализации политики

«Технический регламент на масложировую продукцию» вступил в силу после семилетнего переходного периода, до этого допустимый уровень содержания ТЖК составлял 20% для твердых маргаринов и жиров специального назначения и 8% для продуктов переработки растительных масел и животных жиров. Согласно регламенту к 1 января 2018 г. содержание ТЖК для определенного перечня масложировой продукции должно было составлять менее 2% от общего содержания жира, однако правительственные и отраслевые органы выразили обеспокоенность по поводу того, что отведенного времени недостаточно для повсеместного соблюдения этого ограничения.

Для скорейшего решения этой проблемы Евразийской экономической комиссии было рекомендовано поддерживать разработку современного оборудования, технологий, технических средств, а также проанализировать технические регламенты

- создание основанной на фактических данных системы профилей питательных веществ, обеспечивающей категоризацию продуктов питания согласно их пищевой ценности;
- внедрение эффективных систем категоризации продуктов питания, позволяющих установить, какие продукты питания не должны быть объектом маркетинга, ориентированного на детей;
- разработку надежных механизмов мониторинга правоприменения в целях устранения ненадлежащих рекламных приемов, ориентированных на детей;
- введение маркировки продуктов питания, помогающей потребителям принимать осознанные решения о покупке;
- унификацию требований для эффективного регулирования трансграничного маркетинга в странах СНГ.





В разноцветье современного супермаркета очень важно не путать красивое с полезным и вкусное с необходимым

© Designed by drobotclean / Freepik

и предложить необходимые варианты изменения рецептуры. План мероприятий ЕЭК должен включать инструменты для реализации регламента и содействовать импорту жиров, полезных для здоровья.

### Осведомленность о техническом регламенте

В государствах — членах ЕАЭС политики, бизнес-структуры, эксперты и потребители сегодня слабо осведомлены о регламенте по ТЖК. Не только Евразийскому экономическому союзу в целом, но и каждому из входящих в него государств следует публично заявить о своей готовности утвердить регламент, относящийся к ТЖК, способствовать замещению трансжиров и контролировать соблюдение такого регламента.

Основная масса населения в настоящее время не знает о вредном воздействии трансжиров на здоровье. Оценки экономического бремени потребления ТЖК должны быть надлежащим образом

доведены до сведения лиц, формирующих политику в данной сфере, до представителей пищевой промышленности и других заинтересованных сторон. Понимание проблематики может быть повышено посредством многоплановой информационной кампании, в рамках которой будут использоваться публикации в СМИ, включая материалы с изложением базовой информации и основных задач, отчеты о соблюдении регламента. Предприятия общественного питания должны быть оповещены об ограничениях на содержание ТЖК в пищевой продукции, о том, как снизить количество ТЖК в продуктах питания без увеличения содержания насыщенных жирных кислот, и о преимуществах замещения ТЖК полезными для здоровья жирами.

Введение ограничений на адресованную детям рекламу пищевых продуктов с высоким содержанием трансжирных кислот, насыщенных жирных кислот, добавленных сахара и соли послужит важным шагом на пути реализации мер по окончательному отказу от ТЖК в пищевой продукции.

В рамках задачи 3.4 Целей ООН в области устойчивого развития мировое сообщество взяло на себя обязательство к 2030 г. на треть сократить преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний. Как показало исследование, принятые в ЕАЭС регламенты нуждаются в расширении охвата, а их применение требует согласованности. У государств — членов ЕАЭС существуют возможности для дальнейшей совместной работы по реализации эффективных мер в целях замещения ТЖК более полезными для здоровья населения жирами. В том числе это разработка стандартизированных методов эпиднадзора и расширение стратегической коммуникации для того, чтобы пищевая промышленность и потребители следовали рекомендациям общественного здравоохранения. Полное выполнение технического регламента и рекомендаций ВОЗ окажет существенное воздействие на общественное здоровье в странах ЕАЭС, а следование остальных стран СНГ примеру их усилий по искоренению ТЖК из продуктов питания, несомненно, приблизит Европейский регион ВОЗ к уменьшению бремени неинфекционных заболеваний.

# Страны СНГ в борьбе против табака: вызовы, достижения и перспективы

**П. С. Король,**

юрист общественной организации «Центр демократии и верховенства права», магистр права (Украина)

**Е. Лебедева,**

консультант программы по борьбе против табака Европейского регионального бюро ВОЗ, магистр общественного здравоохранения

**К. Мауэр-Стендер,**

руководитель программы по борьбе против табака Европейского регионального бюро ВОЗ, магистр права

**А. Чобану,**

технический сотрудник программы по борьбе против табака Европейского регионального бюро ВОЗ, магистр общественного здравоохранения, доктор медицинских наук

**Всемирная организация здравоохранения относит табачную эпидемию к одной из самых значительных угроз для здоровья населения. Ежегодно от нее гибнет более 8 млн человек, среди которых свыше миллиона — это некурящие люди, подвергающиеся воздействию вторичного табачного дыма. Около 18% всех случаев преждевременной смерти в мире обусловлено употреблением табака.**

Согласно выводам, представленным в третьем издании доклада ВОЗ о глобальных тенденциях в употреблении табака, число пользователей табака в мировом масштабе уменьшилось с 2000 г. примерно на 60 млн человек, однако распространенность потребления табака в Европе по-прежнему остается высокой. Вместе с тем ряд стран Европейского региона являются лидерами в осуществлении положений Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) — знакового международного договора в области здравоохранения, вступившего в силу в 2005 г.

В 2018 г. число курильщиков в возрасте от 15 лет в Европейском регионе ВОЗ составляло около 186 млн человек (26%), показатель распространенности курения среди женщин в этих странах тоже был самым высоким в мире (19%). В странах СНГ констатировалось существенное различие в распространенности употребления табака среди взро-

слового населения: 30,9% в Российской Федерации (2016 г.) и 3,6% в Туркменистане (2018 г.).

Употребление бездымного (некурительного) табака наиболее распространено в азиатских странах СНГ: в Таджикистане и Узбекистане (12,5% и 12% соответственно), а в Беларуси и Украине такие показатели составляют 0,1% и 0,2%. Исследования распространенности использования электронных сигарет среди взрослого населения проводились лишь в нескольких странах. Согласно полученным результатам показатели варьируются от 3,5% в России (2016 г.) до 1,7% в Казахстане (2014 г.) и Украине (2017 г.).

Распространенность текущего потребления табака среди школьников тоже варьируется: от 16,3% в Молдове (2019 г.) до 0,3% в Туркменистане (2015 г.). Использование электронных сигарет в ряде стран выше среди школьников, чем среди взрослого населения; например, в Украине такой показатель составляет 18,4% (2017 г.) среди подростков и 1,7% среди взрослых.

По оценкам ВОЗ, на долю смертей от неинфекционных заболеваний (НИЗ), связанных с употреблением табака, в Европейском регионе приходится 18%. То есть почти каждого пятого случая преждевременной смерти от НИЗ можно избежать, если полностью устранить употребление табака в регионе.

Четыре основные группы НИЗ — сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), рак, диабет и хронические респираторные заболевания — связаны с употреблением табака и остаются главными причинами смертности и инвалидности в Европейском регионе, в том числе в странах СНГ, где более 80% общей смертности обусловлено НИЗ. Самую высокую вероятность смерти от основных НИЗ (35%) Всемирная организация здравоохранения определяет среди мужчин в странах СНГ, при этом основной нозологической группой для такого показателя являются ССЗ (26%).

Все страны СНГ присоединились к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, которая представляет собой согласованный на международном уровне и имеющий обязательную юридическую силу пакет основанных на фактических данных мер, причем эффективность таких мер



Эффективная борьба с курением требует объединенных усилий всего мирового сообщества

в уменьшении негативных последствий употребления табака доказана. Целью РКБТ и ее протоколов является защита нынешнего и будущих поколений от разрушительных последствий для здоровья, связанных с употреблением табака, а также от социальных, экологических и экономических последствий употребления табака и воздействия табачного дыма, посредством внедрения соответствующих мер на национальном, региональном и международном уровнях для непрерывного и существенного сокращения распространенности употребления табака и воздействия табачного дыма.

Борьба против табака включена в глобальную политическую повестку, принятую мировыми лидерами на Генеральной Ассамблее ООН в 2016 г., — Цели в области устойчивого развития. В октябре 2018 г. была принята *Глобальная стратегия по ускорению борьбы против табака: содействие устойчивому развитию путем осуществления РКБТ ВОЗ, 2019–2025 гг.*, призванная служить ориентиром для дальнейшей реализации РКБТ.

Одновременно с глобальными обязательствами в области борьбы против табака страны СНГ приняли на себя и региональные обязательства. Они присоединились к реализации *Дорожной карты действий с целью усиления мер по осуществлению Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в Европейском регионе на 2015–2025 гг.* В феврале 2019 г. экспертами стран СНГ был согласован проект Плана совместных действий по предупреждению негативного влияния табака на здоровье населения. Еще одним важным документом является Перспективный план модельного законодательства в Содружестве Независимых Государств на 2020–2022 годы, в рамках которого планируется разработка при поддержке ВОЗ модельного закона «Об охране здоровья граждан от вредного воздействия табачного дыма», устанавливающего минимальные законодательные требования по осуществлению РКБТ.

В середине 2016 г. в Молдове вступило в силу положение антитабачного закона, которым вводится запрет на курение в барах, ресторанах и ночных клубах, а с января 2020 г. был введен запрет на использование других табачных изделий и сходных продуктов, включая электронные сигареты и изделия из нагреваемого табака. Важной нормой законодательства является запрет на курение в радиусе 10 м от входа в закрытые общественные места, включая места общего пользования, а также на рабочие места, от открывающихся окон и от установок забора воздуха для закрытых общественных и рабочих мест. На террасах ресторанов, обустроенных на свежем воздухе, курить можно не менее чем в 10 м от входа, чтобы люди, входящие в помещение ресторанов, не подвергались негативному воздействию табачного дыма от сигарет тех, кто курит около входа.

Модельный закон будет служить основой для разработки национального законодательства, которое может включать более строгие меры, нацеленные на уменьшение заболеваемости и смертности, обусловленных употреблением табака и воздействием табачного дыма.

В 2008 г. с целью содействия полной реализации РКБТ был разработан комплекс стратегий MPOWER, призванных помочь странам в эффективном сокращении спроса на табак среди населения:

- (M) мониторинг употребления табака;
- (P) защита людей от табачного дыма;
- (O) предложение помощи в отказе от употребления табака;
- (W) предупреждение об опасностях, связанных с табаком;

- (Е) обеспечение соблюдения запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий;
- (Р) повышение налогов на табачные изделия.

Далее кратко представлены законодательные меры, связанные с четырьмя из перечисленных стратегий, в странах СНГ.

## Защита людей от табачного дыма

Во всех странах СНГ действуют ограничения на курение в общественных местах. В Молдове, России, Таджикистане и Туркменистане введен полный запрет на курение в учреждениях здравоохранения, образовательных, государственных, культурных учреждениях, на рабочих местах, в общественном транспорте и на объектах общественного питания. Сильное законодательство действует также в Казахстане и Украине, но в Казахстане курение разрешено в специально отведенных местах в ресторанах, а в Украине — на рабочих местах. Законодательство Узбекистана более слабое в плане защиты людей от табачного дыма, так как разрешается создание мест для курения в учреждениях здравоохранения, образовательных, государственных, культурных учреждениях, на объектах общественного питания и на рабочих местах. В Армении в начале 2020 г. были приняты новые законодательные меры по контролю над табаком. Если до марта 2020 г. курение запрещалось в образовательных, культурных и медицинских учреждениях, то новым законом к этому списку были добавлены общественный транспорт и государственные учреждения. С 2021 г. вступает в силу запрет на курение на рабочих местах, а с 2022 г. будет запрещено курить на объектах общественного питания.

Введение полного запрета на курение в помещениях кафе, баров и ресторанов продолжает оставаться проблемным вопросом в ряде стран. Курение в специально отведенных местах на объектах общественного питания до сих пор разрешено в Азербайджане, Беларуси, Казахстане, Кыргызстане и Узбекистане. В соответствии с Руководящими принципами осуществления Статьи 8 РКБТ ВОЗ

Таджикистан — один из мировых лидеров по площади покрытия лицевой и оборотной сторон упаковки табачных изделий графическими предупреждениями об опасности курения: размеры предупреждений превышают рекомендации РКБТ и минимальные требования директивы ЕС к маркировке табачных изделий. Более того, в стране на пачках сигарет размещаются дополнительные текстовые предупреждения о содержании ингредиентов, системных ядов и канцерогенных веществ, они наносятся на боковую часть потребительской упаковки табачной продукции и занимают не менее 17% ее поверхности.

все люди должны быть защищены от воздействия табачного дыма, все рабочие места внутри помещений и общественные места должны быть на 100% свободными от табачного дыма. В связи с этим странам необходимо укрепить и расширить меры по защите людей от воздействия табачного дыма, а именно на законодательном уровне ввести полный запрет на курение во всех закрытых общественных местах, включая кафе, бары и рестораны, а также на рабочих местах в закрытых помещениях и во всех видах общественного транспорта.

## Предупреждение об опасностях, связанных с табаком

Производители табачных изделий обязаны наносить предупреждения о вреде курения на упаковки табачных изделий, хотя размеры и типы этих предупреждений существенно различаются между странами. В Армении, Беларуси, Казахстане, Кыргызстане и России действуют одинаковые требования: на лицевой и оборотной сторонах упаковок табачных изделий размещаются предупреждения, сопровождаемые фотографией или графическим изображением и занимающие 50% площади поверхности двух сторон упаковки, при этом запрещено размещение информации о выделяемых табаком продуктах (таких как смола, никотин и окись углерода). В Украине предупреждения о вреде курения занимают тоже 50% поверхности упаковки, но, в отличие от стран Евразийского экономического союза, на упаковку сигарет разрешено наносить сведения о выделяемых табаком продуктах. Это может создавать обманчивое впечатление, что одни табачные изделия менее вредны, чем другие, и противоречит положениям РКБТ. В Таджикистане, Туркменистане и Молдове размер предупреждений крупнее, чем в вышеупомянутых странах: 75%, 65%, 65% соответственно. А в Азербайджане и Узбекистане на пачках сигарет размещаются предупреждения, содержащие только текст без графического изображения и занимающие менее 50% основной маркированной поверхности пачки (Азербайджан — 30%, Узбекистан — 40%).

Эффективные предупреждения о вреде для здоровья и другие меры, связанные с упаковкой и маркировкой табачных изделий, являются ключевыми компонентами всеобъемлющего и комплексного подхода к борьбе против табака. Странам следует направить усилия на обеспечение охвата такими предупреждениями как можно большей площади основной маркированной поверхности упаковки табачных изделий.

Более сильная мера — введение простой упаковки: черно-белой или с двумя другими контрастными цветами, без логотипов и с крупными предупреждениями (более 65%) об опасности курения. Такая упаковка будет способствовать снижению



В течение прошлого столетия отношение общества к табаку радикально изменилось



привлекательности табачных изделий, устранению воздействия упаковки табака как формы рекламы и повышению эффективности предупреждений о вреде курения для здоровья. В СНГ Армения является единственной страной, которая уже приняла решение о введении простой упаковки с 2024 г.

### Обеспечение соблюдения запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий

Во всех странах СНГ действуют ограничения на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий. Реклама в СМИ, Интернете, торговых точках, выкладка сигарет, рекламные щиты и любая другая наружная реклама запрещены в Беларуси, Молдове, России и Туркменистане. Подобные ограничивающие нормы, кроме запрета

Согласно федеральному закону в России с 1 июня 2014 г. запрещена выкладка сигарет в витринах торговых точек. Пачки сигарет размещаются в специальных коробах над кассами или в других закрытых местах. Информация о табачной продукции для покупателей содержится в виде перечня, текст которого выполнен одинаковыми буквами черного цвета на белом фоне без использования каких-либо графических изображений. Кроме того, запрещена продажа табачных изделий в ларьках и киосках.

на выкладку сигарет в торговых точках, действуют в Азербайджане, Армении, Казахстане, Кыргызстане, Узбекистане и Украине. В Таджикистане, несмотря на запрет на выкладку табачных изделий и другие формы прямой рекламы табачных изделий, в торговых точках разрешено размещать плакаты, рекламирующие табачные изделия. Ситуация в отношении спонсорства табачных изделий — иная. Спонсорство запрещено только в Азербайджане, Молдове, России, Туркменистане и Украине.

Эффективность запретов предполагает их распространение на все виды рекламы, стимулирования продажи и спонсорства, как прямые, так и косвенные. Должна быть законодательно запрещена трансграничная реклама, включая рекламу табака на интернет-сайтах, а также во время международных спортивных и культурных мероприятий. Запреты должны распространяться на такие рекламные стратегии, как применение скидок с цены табачных изделий и их бесплатная раздача населению.

### Повышение налогов на табачные изделия

В большинстве стран СНГ уровень налогообложения табачных изделий низкий. Средняя доля налогов в стоимости пачки сигарет в Азербайджане, Армении, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане, Узбекистане — менее 50%. ВОЗ рекомендует, чтобы доля налога в розничной цене табачных изделий составляла не менее 75%. Эта рекомендация выполняется лучше всего в Украине, где доля налога составляет 74,7%. В то же время цены на табачные изделия в странах СНГ, за исключением Туркменистана, находятся на доступном для населения уровне.

В соответствии с Руководящими принципами осуществления Статьи 6 РКБТ ВОЗ политика налогообложения табачных изделий является эффектив-

Опыт Украины подтверждает, что политика налогообложения табачных изделий является эффективным средством снижения потребления табака, а также пополнения бюджета страны. В период с 2008 г. по 2019 г. общий размер акцизов на сигареты повысился почти в 34 раза. За тот же период продажи сигарет в Украине снизились на 64%, со 125 млрд штук до 45 млрд штук. Поступления в государственный бюджет выросли с 3,6 млрд до 44 млрд гривен, или почти в 13 раз. Верховная Рада Украины поддержала план повышения акцизов на табачные изделия в течение 2018–2024 гг. В 2018 г. акцизный налог на 1000 штук сигарет вырос на 29,7%, в последующие шесть лет табачный акциз будет расти не менее чем на 20% ежегодно. Планируется достичь минимального европейского уровня налогообложения сигарет, который составляет 90 евро на 1000 штук. С 2021 г. в Украине будет введен акциз на жидкости для электронных сигарет, а налоги на табачные изделия для нагревания будут повышены до уровня обложения налогами обычных сигарет.

ным инструментом воздействия на их розничную цену. В большинстве случаев повышение налогов на табачные изделия приводит к росту потребительских цен, что в свою очередь ведет к сокращению потребления табака и, как следствие, к снижению уровня смертности и заболеваемости и улучшению состояния здоровья населения.

Эффективные табачные налоговые меры обеспечивают значительный вклад в государственный бюджет. Все табачные изделия должны облагаться одинаковым налогом, а ставки налогов — регулярно корректироваться с учетом изменений уровня инфляции и роста доходов.

За последнее десятилетие страны СНГ существенно усилили законодательство в области борьбы против табака. На примере России и Украины можно отметить, что распространенность курения как среди взрослого населения, так и среди подростков значительно сократилась. Согласно данным Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака (GATS), в России показатель распространенности употребления табака снизился с 39,4% в 2009 г. до 30,9% в 2016 г.; в Украине численность курильщиков за семь лет сократилась на 19%, а распространенность употребления табака среди взрослого населения снизилась с 28,4% в 2010 г. до 23% в 2017 г.

Борьба с табакокурением стала частью имиджа государств на международной арене. Страны стараются не отставать от антитабачных законодательных трендов своих геополитических соседей. Государства — участники РКБТ обязаны регулярно отчитываться о достигнутом прогрессе, что заставляет более ответственно относиться к принятию мер против курения.

Масштаб борьбы против табака значительно увеличился, осуществляемые меры основываются на научных данных и конкретном опыте стран. Государства, выбравшие в качестве приоритета защиту населения от табака, могут пользоваться уже готовыми и проверенными законодательными инструментами, разработанными на основе РКБТ и ее руководящих принципов.

Несмотря на определенный прогресс в осуществлении РКБТ, этот процесс еще далек от завершения. Одной из проблем является то, что положения РКБТ медленно интегрируются в национальное законодательство. Существуют проблемы и с исполнением законов, поскольку отсутствуют действенные механизмы внедрения, а контролирующие органы не всегда эффективно работают. Кроме того, процедуры контроля за исполнением законодательства нередко бюрократизированы или имеют пробелы, которыми пользуется табачная промышленность. Производители табачных изделий пытаются влиять на законодательные решения с целью предотвратить или отложить ужесточение антитабачных мер.

Табачная и смежная промышленность разрабатывает и выпускает новые продукты, такие как электронные системы доставки никотина, электронные системы доставки продуктов, не являющихся никотином, и изделия из нагреваемого табака, на которые в большинстве стран не распространяется действие антитабачного законодательства, и использует данные пробелы для продвижения этих продуктов, прежде всего среди молодежи. В связи с этим в решении Конференции сторон РКБТ от 6 октября 2018 г. отмечается, что на изделия из нагреваемого табака должны распространяться такие же меры регулирования, как и на любую другую табачную продукцию в соответствии с РКБТ ВОЗ. Этим же решением предусмотрено, что по мере необходимости аналогичные правила следует применять в отношении устройств, предназначенных для употребления таких изделий. Дополнительно особое внимание стоит уделить регулированию электронных систем доставки никотина и электронных систем доставки продуктов, не являющихся никотином.

Для более эффективной защиты населения от пагубного влияния табака необходимо, чтобы национальное законодательство государств СНГ отвечало международным обязательствам в области борьбы против табака, предусмотренным РКБТ ВОЗ, которая устанавливает новые правовые параметры международного сотрудничества в области здравоохранения. Государствам следует включить инициативы по защите общественного здоровья в политическую повестку дня с целью сокращения заболеваемости и смертности, связанных с употреблением табака.

# ВИЧ, мигранты и законодательство

## Для противодействия эпидемии в СНГ необходим равный доступ к диагностике и лечению на территории всего Содружества

**Д. М. Мухамадиев,**

координатор по вопросам здравоохранения в Европейском регионе Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, доктор медицинских наук

**А. С. Мордовин,**

старший советник по вопросам здравоохранения Регионального представительства Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца в России, Беларуси и Молдове

*В прошлом году Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца отметила свой вековой юбилей. В 1919 г., после того, как Первая мировая война, массовые перемещения населения и эпидемии унесли миллионы жизней и истощили Европу, стало ясно: без создания глобальной гуманитарной организации страны мира будут не в состоянии защитить жизнь и здоровье своих граждан, побороть нищету и инфекции. Сто лет спустя федерация по-прежнему неустанно вносит свой вклад в решение самых актуальных задач общественного здравоохранения. В том числе это — обеспечение равного доступа к услугам здравоохранения и противодействие инфекционным заболеваниям.*

*В 1978 г. на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи в Алма-Ате была провозглашена историческая цель «Здоровье для всех» и принята стратегия всеобщего охвата населения услугами здравоохранения. Приверженность этой концепции подтвердили большинство стран мира на прошедшей в 2018 г. в Астане Глобальной конференции Всемирной организации здравоохранения. По сей день ни одна страна мира не может похвастаться стопроцентным охватом населения услугами здравоохранения. Везде существует (а иногда и заметно растет) число людей, которые в силу различных правовых, социальных, экономических и политических причин не имеют доступа к услугам здравоохранения. Эта проблема характерна и для ситуации с распространением ВИЧ.*

По оценкам Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS), в Восточной Европе и Центральной Азии насчитывается 1,7 млн носителей ВИЧ; 34 тыс. человек умерли от СПИДа и ассоциированных заболеваний. И лишь 30% людей с ВИЧ имеют доступ к терапии! Наибольшее число инфицированных в данном регионе приходится на страны СНГ. В то время как в других регионах мира число новых случаев инфицирования ВИЧ и смертей, связанных со СПИДом, сокращается, в СНГ эти показатели растут. Причем вирус в первую очередь распространяется среди молодых людей (наиболее пораженная возрастная группа — от 35 до 39 лет).

Нужно признать, в СНГ совершенствуются механизмы раннего выявления, профилактики и лечения ВИЧ, однако все еще сохраняются медицинские, социальные и правовые барьеры, которые ставят под вопрос достижение показателей принятой UNAIDS глобальной стратегии «90–90–90».

Серьезной проблемой, затрудняющей тестирование на ВИЧ в странах СНГ, являются стигматизация и дискриминация, притом что доступность конфиденциального тестирования оставляет желать лучшего. Многие сдают анализ на ВИЧ только тогда, когда у них уже обнаруживаются симптомы болезни. Из-за страхов, связанных с дискриминацией, в государственные лечебные учреждения обращается лишь 35% людей, живущих с ВИЧ, и в результате более 65% остаются без базовой медицинской помощи со стороны официальной системы здравоохранения. Зачастую анонимные консультативные услуги Красного Креста и Красного Полумесяца, а также других негосударственных организаций оказываются для ВИЧ-инфицированных единственной поддержкой, позволяющей сохранить веру в будущее.



Лишенный права на лечение и боящийся депортации ВИЧ-инфицированный мигрант постарается скрыть свой диагноз в стране пребывания

Еще одна серьезная проблема — доступ к лечению. Как уже говорилось, в большинстве стран СНГ лишь немногим более 30% людей с ВИЧ получает адекватную бесплатную антиретровирусную терапию и сопутствующие медицинские услуги. А ведь неполноценный прием АРВ-препаратов, прерывание лечения (или его полное отсутствие) угрожают не только здоровью конкретного человека. Это еще и фактор дальнейшего распространения эпидемии. Необходимо особое внимание к обеспечению профилактики и лечения ВИЧ для так называемых ключевых групп населения (в терминологии UNAIDS — это мужчины, имеющие гомосексуальные контакты, работники секс-бизнеса, трансгендеры, лица, употребляющие инъекционные наркотики, а также заключенные и содержащиеся под стражей). В странах Центральной Азии и Восточной Европы на представителей ключевых групп приходится более половины новых случаев заражения ВИЧ, причем эти люди имеют очень ограниченный доступ к услугам здравоохранения либо вообще лишены его. Нередко заболеваемость в ключевых группах растет на фоне общей стабилизации или снижения.

До сих пор не урегулированы медицинские и правовые аспекты доступа к диагностике и лечению ВИЧ для трудовых мигрантов и вынужденных переселенцев. Возникают сложности с непре-

рванным лечением ВИЧ-инфицированных в странах исхода и странах приема. Кроме того, необходимо пересмотреть целесообразность такой меры, как ограничение на въезд при выявлении у иностранного гражданина ВИЧ-инфекции. Практика показывает, что это не становится эпидемиологически эффективной мерой и создает серьезный барьер для своевременного выявления новых случаев заражения ВИЧ. Иными словами, мигранты, боясь обращаться в официальную систему здравоохранения, стараются уйти «в тень». Нужно разрабатывать сбалансированные административные и эпидемиологические подходы, с одной стороны, способствующие обеспечению максимального доступа к профилактике, диагностике, АРВ-терапии и другим необходимым медицинским услугам, а с другой — не вызывающие ухудшения эпидемиологической ситуации. Сейчас в мире осталось лишь 48 стран, запрещающих въезд лиц с ВИЧ, и в числе этих стран — несколько государств СНГ. Мы присоединяемся к призыву UNAIDS и других наших партнеров как можно скорее снять эти ограничения.

На протяжении десяти лет на различных площадках неоднократно обсуждались, но так и не были внедрены на практике — единый стандарт качества обследования мигранта на всем пути его продвижения, признание результатов медицинского



освидетельствования и единая медицинская (санитарная) книжка для мигранта на всем пространстве СНГ. Если эта инициатива будет реализована, мигранты смогут получать АРВ-терапию и весь комплекс связанных с ней услуг в любой точке Содружества. В мировой практике есть отличные примеры эффективного решения подобной задачи, которые мы готовы представить для обсуждения и внедрения.

Ни одно государство, даже если оно обладает самой сильной экономикой, не может решить все проблемы здравоохранения в одиночку, без тесного сотрудничества национальных систем здравоохранения, негосударственных, общественных организаций, бизнеса. И в странах СНГ уже есть прекрасные примеры подобного взаимодействия, обеспечивающего значительное улучшение доступа к медико-социальной помощи для самых уязвимых категорий населения. Этот подход должен применяться и в борьбе с распространением ВИЧ.

Международное движение Красного Креста и Красного Полумесяца имеет хороший опыт мобилизации и объединения усилий государственных органов, общественных организаций, академического сообщества и международных структур для обеспечения доступности медицинской помощи, в том числе в условиях острых и хронических гуманитарных кризисов. Большое внимание уделяется повышению осведомленности мигрантов в вопросах доступа к услугам здравоохранения, а также представлению интересов наиболее уязвимых категорий населения в государственных органах, парламентах, министерствах и ведомствах. Активное использование данного опыта может повысить эффективность мероприятий, направленных на прекращение эпидемии СПИДа к 2030 г., а также на достижение целей стратегии «90–90–90».

В СНГ федерация, совместно с региональными обществами Красного Креста и Красного Полумесяца, активно взаимодействует с национальными парламентами, министерствами и профильными учреждениями здравоохранения, формулируя предложения по организации комплексной помощи людям с ВИЧ. Так, в России нами были организованы информационные мероприятия совместно с Российским Красным Крестом и Советом Федерации; налажено сотрудничество с региональными органами власти и лечебными учреждениями по предоставлению доступа мигрантам к медицинским услугам, включая диагностику и лечение ВИЧ. Систематически обсуждает и вносит предложения по гармонизации национального законодательства в сфере противодействия ВИЧ Азербайджанское

общество Красного Полумесяца, которое приняло активное участие в разработке и обсуждении дополнений к Закону Азербайджанской Республики «О борьбе с заболеванием, вызванным вирусом иммунодефицита человека» (2010 г.), организовало широкое обсуждение законодательных актов государств СНГ по ВИЧ/СПИДу с парламентариями, представителями системы здравоохранения, научного сообщества и НКО. Азербайджанский Красный Полумесяц проводит постоянную работу по профилактике ВИЧ, в первую очередь среди молодежи, тестирование на ВИЧ среди студентов университетов и колледжей, представляет интересы мигрантов в данной сфере.

Значительные успехи в профилактике ВИЧ среди населения, особенно в отношении мигрантов и членов их семей, демонстрирует Армянское общество Красного Кре-

ста, обладающее разветвленной сетью отделений. Большой интерес представляют проекты фонда «СПИД Инфосвязь» в Армении, Кыргызстане и Таджикистане, реализуемые совместно с обществами Красного Креста и Красного Полумесяца, а также медицинскими учреждениями в рамках *Программы технической помощи странам Восточной Европы и Центральной Азии в области профилактики, контроля и надзора за ВИЧ/СПИД и другими инфекционными заболеваниями.*

Яркий пример взаимодействия государственных структур в странах СНГ с обществами Красного Креста и Красного Полумесяца — серия информационных кампаний в поездах, следующих из Душанбе в Москву. Нашими партнерами по данному проекту стали представительства Министерства труда, миграции и занятости населения Республики Таджикистан в Российской Федерации и ГУП «Таджикская железная дорога». В течение четырех суток движения поезда между столицами Таджикистана и России сотрудники и добровольцы национальных обществ Красного Полумесяца Таджикистана и Казахстана, а также Российского Красного Креста рассказывали трудовым мигрантам о профилактике социально значимых заболеваний, о преимуществах здорового образа жизни и возможностях для дальнейшей социальной адаптации в стране пребывания. Этой информационной работой было охвачено более 3 тыс. выходцев из Таджикистана.

В течение ряда лет Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца активно сотрудничает с Межпарламентской Ассамблеей государств — участников СНГ. Еще в 2007 г. МПА СНГ приняла *Концепцию модельного закона «О противодействии ВИЧ/СПИДу*

#### Цели стратегии «90–90–90»: к 2020 году

- 90% всех людей, живущих с ВИЧ, должны знать о своем статусе
- 90% всех людей с ВИЧ должны стабильно получать антиретровирусную терапию
- у 90% людей, получающих антиретровирусную терапию, должна наблюдаться вирусная супрессия

в государствах — участниках СНГ», предназначенную для унификации, гармонизации и приведения национальных законов в данной сфере в соответствие с международными стандартами. В 2017–2018 гг. нами совместно с МПА СНГ и российским фондом «СПИД Инфосвязь» был подготовлен Обзор законодательства в сфере ВИЧ/СПИДа и миграции в государствах — участниках СНГ. Этот обзор выявил отсутствие координации в национальных законодательствах стран Содружества, которое при этом представляет собой единое миграционное и эпидемиологическое пространство. Одной из целей подготовки данного документа было сближение подходов и достижение большей координации в сфере обеспечения доступной комплексной помощи мигрантам с ВИЧ на всем пути их перемещения из стран происхождения и транзита в страны назначения. Недавно мы совместно с МПА СНГ начали работу над модельным законом «Об обеспечении равного доступа к услугам по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции в государствах — участниках СНГ», что также послужит серьезным подспорьем в разработке и внедрении нормативных актов по ВИЧ/СПИДу в странах СНГ.

Помимо неурегулированного законодательства препятствием для профилактики, выявления

и лечения ВИЧ у трудовых мигрантов и вынужденных переселенцев в СНГ являются проблемы финансирования. Сегодня бесплатное лечение иностранным гражданам в Армении, Казахстане, Кыргызстане и Таджикистане предоставляется за счет средств Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, а в ряде стран — за счет государственного бюджета. Законодательное закрепление возможности такого лечения и доступность АРВ-терапии всем иностранным гражданам с ВИЧ, находящимся на территории государства, станет важным шагом по противодействию ВИЧ-эпидемии.

В целом гармонизация законодательства по ВИЧ/СПИДу приведет к замедлению развития эпидемии на пространстве СНГ, смягчению ее последствий как на индивидуальном, так и на общественном уровне. Наряду с модельными законами нужны и модельные комплексные межправительственные соглашения. Врачи и организаторы здравоохранения хорошо понимают, что за статистикой ВИЧ стоят живые люди, граждане наших государств. И мы должны общими усилиями создавать дружественную, здоровую, социально благополучную, гарантирующую равный доступ к услугам здравоохранения среду.



# Здравоохранение Республики Беларусь:

## основные достижения и перспективы развития

**Е. Л. Богдан**, заместитель Министра здравоохранения Республики Беларусь

**Л. Э. Макарина-Кибак**, председатель Постоянной комиссии Палаты представителей Национального собрания Республики Беларусь по здравоохранению, физической культуре, семейной и молодежной политике

**М. М. Сачек**, директор Республиканского научно-практического центра медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения Республики Беларусь

**В. В. Курсевич**, заместитель председателя Постоянной комиссии Палаты представителей Национального собрания Республики Беларусь по здравоохранению, физической культуре, семейной и молодежной политике

*Беларусь занимает лидирующие позиции среди стран СНГ по качеству и доступности медицинской помощи, а также ее влиянию на уровень здоровья граждан. Поиск баланса между ресурсосбережением и сохранением максимальной доступности помощи привел к созданию в стране уникальной системы здравоохранения, которая пользуется заслуженным уважением мирового сообщества и успешно противостоит современным вызовам, таким как старение населения, спрос на лечение хронических заболеваний, внедрение информационных технологий, переход к превентивной медицине и, конечно же, пандемия коронавирусной инфекции.*

Республика стала одним из немногих государств постсоветского пространства и Европейского региона, где бюджетная система финансирования здравоохранения была сохранена и адаптирована к текущим социально-экономическим условиям. В последние годы благодаря Правительству на нее выделяется не менее 4% ВВП из государственного бюджета, что соответствует пороговому значению индикатора социальной безопасности, рекомендованного ВОЗ и предусмотренного Концепцией национальной безопасности Республики Беларусь.

Особенностью белорусской системы здравоохранения является приоритетное развитие государственного сектора, в то время как частный сектор в основном ориентирован на аптечную сеть, стоматологические и диагностические услуги. В отличие от других стран, республика выделяет бюджетные средства на все виды медицинской помощи: не только на первичную, но и на специализированную, высокотехнологичную, паллиативную и медико-социальную помощь.

Внедренный в 2001 г. механизм планирования средств отрасли (основанный на нормативе бюджетной обеспеченности медицинских расходов в расчете на одного жителя) учитывает множество факторов, в том числе половозрастной состав населения, необходимость высокотехнологичной помощи, функционирование республиканских центров и пр. Он позволил уменьшить диспропорцию в распределении средств по регионам, однако нуждается в дальнейшей доработке.

Сегодня в республике функционирует 1400 организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях (в том числе амбулатории врача общей практики), 2033 фельдшерско-акушерских пункта и 599 организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях. Работают диспансеры, центры гигиены, эпидемиологии и другие учреждения.

Медицинская помощь в регионах Беларуси организована по принципу вертикали от фельдшерско-акушерского пункта до областных организаций. Она доступна гражданам вне зависимости от их социального статуса, уровня дохода и места жительства. Работа системы основана на территориальном закреплении жителей за конкретной организацией здравоохранения, оказывающей все виды медицинской помощи. При этом соблюдаются социальные стандарты, предписывающие выделение врачей первичного звена для определенного количества пациентов, наличие коечного фонда краткосрочного пребывания, обеспеченность аптеками,

*В рейтинге эффективности национальных систем здравоохранения агентства Bloomberg за 2018 г. (основанном на данных ВОЗ и Всемирного банка) Беларусь заняла 49-е место, опередив США и Российскую Федерацию.*

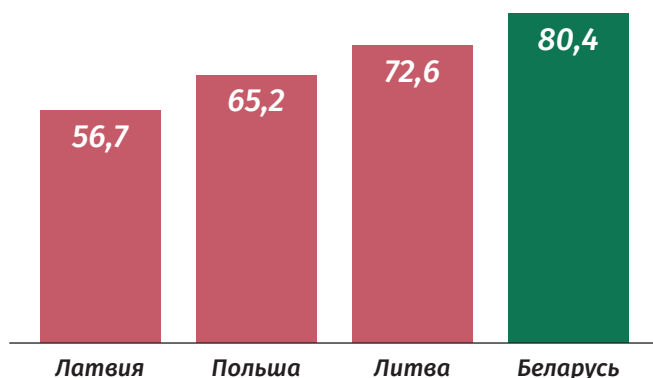
бригадами скорой медицинской помощи и автотранспортом амбулаторий, участковых больниц и больниц сестринского ухода.

Почти во всех районах Беларуси — даже там, где проживает 15 тыс. человек — есть больница общего профиля (центральная районная больница) и, как правило, дополнительные районные больницы и иные учреждения здравоохранения. В каждой больнице работают специалисты, способные выполнять сложные хирургические вмешательства, и имеется отделение интенсивной терапии. Койки интенсивной терапии распределены по регионам в зависимости от численности населения и оснащены аппаратами искусственной вентиляции легких.

В стране сформирована сеть республиканских научно-практических центров, обладающих мощной материально-технической базой и высококвалифицированными кадрами, которые владеют новейшими достижениями мировой медицинской науки. Эти центры оказывают организационную и методическую помощь регионам, обучают специалистов и продвигают новые технологии.

В 360 больницах, имеющих отделения интенсивной терапии, насчитывается 2575 коек интен-

**Обеспеченность больничными койками краткосрочного пребывания на 10 тыс. населения в 2019 г. по сравнению с соседними странами**



сивной терапии, т. е. 26 коек на 100 тыс. населения (для сравнения: в Германии — 33 койки на 100 тыс. населения, в США — 20).

В последние годы большое внимание уделяется оптимизации кадрового состава организаций здравоохранения путем развития системы медицинского образования, внедрения прогрессивных

## Законодательные аспекты здравоохранения Беларуси

Впечатляющие успехи Республики Беларусь в области здравоохранения явились следствием продуманной государственной политики, в том числе — создания надлежащей законодательной базы.

Сегодня законодательство страны о здравоохранении насчитывает около 1700 нормативных правовых актов. В их числе — 31 закон («О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «Об оказании психиатрической помощи», «О трансплантации органов и тканей человека», «О вспомогательных репродуктивных технологиях», «О донорстве крови и ее компонентов» и др.), более 30 декретов и указов Президента, около 200 постановлений Правительства, свыше 700 постановлений и приказов Министерства здравоохранения.

Неотъемлемая часть белорусского законодательства — международные документы ООН, ВОЗ и двусторонние соглашения, такие как «Об оказании медицинской помощи гражданам государств — участников Содружества Независимых Государств» от 27 марта 1997 г.; «О сотрудничестве в области охраны здоровья населения» от 26 июня 1992 г.; «О взаимном предоставлении гражданам Респуб-

ки Беларусь, Республики Казахстан, Кыргызской Республики и Российской Федерации равных прав в получении скорой и неотложной медицинской помощи» от 24 ноября 1998 г.; Договор о Евразийском экономическом союзе от 29 мая 2014 г. и пр.

Базовым нормативным актом республики в сфере медицины является Закон «О здравоохранении». Его положения закрепляют основы государственного регулирования в этой области, гарантируют гражданам право на доступное медицинское обслуживание и регламентируют механизм его обеспечения. С этой целью в документе определен объем финансирования медицинских услуг за счет средств республиканского или местных бюджетов.

Законом предусмотрено оказание разных видов медицинской помощи: первичной, специализированной, высокотехнологичной, медико-социальной и паллиативной. Кроме того, указано, что помощь может быть скорой и плановой, оказываться в амбулаторных и стационарных условиях, в условиях отделения дневного стационара и вне организации здравоохранения.

Особое внимание уделено вопросам репродуктивного здоровья граждан, оказанию медицинской

форм обучения и технологий непрерывного профессионального образования. Обеспечение учреждений специалистами планируется на среднесрочную перспективу, а особый комплекс мер призван стимулировать заинтересованность в длительном прикреплении к первому рабочему месту.

В 2019 г. было распределено 100% выпускников бюджетной формы подготовки, а также 90% выпускников медицинских университетов и 84% выпускников медицинских колледжей, получивших образование за счет собственных средств. Более 70% направлены в организации здравоохранения, оказывающие первичную медицинскую помощь. В приоритетном порядке специалистами укомплектовывают амбулаторно-поликлинические службы и организации, обслуживающие сельское население.

Как и в других государствах, в Беларуси есть проблема нестабильности состава медицинских работников, обусловленная внутренней и внешней миграцией. Сейчас в стране планируется внедрение системы допуска медицинских работников к профессии посредством лицензирования, а также совершенствование оплаты труда.

помощи женщинам во время беременности, родов и в послеродовой период, а также несовершеннолетним.

Закон определяет виды медицинских экспертиз, особенности их проведения и, что немаловажно, порядок оказания помощи пациентам с заболеваниями, представляющими опасность для жителей республики. Наконец, в нем закреплена правовая статус пациентов и работников сферы здравоохранения.

Документ не раз подвергался корректировке вследствие изменений, затронувших как отрасль, так и общество в целом.

Так, в целях усиления профилактической направленности здравоохранения в закон были внесены дополнения, регулирующие проведение диспансеризации и медицинской профилактики, а также определяющие меры по охране здоровья. К числу последних были отнесены развитие физической культуры и спорта, оздоровление окружающей среды, совершенствование охраны труда и формирование у граждан навыков здорового образа жизни, ответственности за свое и чужое здоровье.

В настоящее время на рассмотрении в Палате представителей Национального собрания Республики Беларусь находится законопроект, предусматривающий новые изменения. В частности, планируется введение аккредитации государственных учреждений здравоохранения, которая позволит

*В 2019 г. показатель обеспеченности практикующими врачами на 10 тыс. населения в Беларуси составил 41,3, что выше, чем в странах ЕС (33,4) и странах СНГ (38,1), а показатель обеспеченности средними медицинскими работниками — 122,3 на 10 тыс. населения, что значительно выше аналогичного показателя в странах ЕС (86,8).*

Здравоохранение Республики Беларусь укрепило свои позиции в международном медицинском сообществе благодаря достижениям в области охраны материнства и детства, а также в трансплантологии, кардиохирургии, травматологии, нейрохирургии, офтальмологии, онкологии и онкогематологии. Младенческая смертность в стране снижена до 2,4 промилле, а выживаемость детей с низкой и очень низкой массой тела составляет 78,7%. В 2016 г. Беларусь получила сертификат ВОЗ об элиминации передачи ВИЧ и сифилиса от матери ребенку, став первым и единственным государством в Европе и третьим в мире, где удалось сократить передачу обеих опасных инфекций до

подтвердить соответствие их лечебно-диагностических возможностей условиям оказания различных видов медицинской помощи. Другая цель новшества — содействие созданию межрайонных центров на базе центральных районных больниц, имеющих достаточно ресурсов для выполнения сложных хирургических операций.

Кроме того, в соответствии с программой деятельности Правительства на 2018–2020 гг. и в целях выявления нарушений планируется внедрить экспертизу качества медицинской помощи. Она будет оцениваться не только для выявления недостатков, но и для устранения причин их возникновения, а также разработки комплекса мероприятий по обеспечению безопасности, эффективности и доступности обслуживания.

Другой новой мерой станет расширение использования отделений дневного пребывания государственных медучреждений в рамках развития стационарозамещающих технологий и хирургии одного дня. При получении помощи в таких отделениях граждане Беларуси будут обеспечиваться лекарственными средствами и медицинскими изделиями в пределах республиканских формуляров за счет средств республиканского и (или) местных бюджетов. Это позволит снизить уровень госпитализации в круглосуточные стационары, сократить среднюю длительность временной нетрудоспособности и уменьшить расходы на оказание дорогостоящей стационарной помощи.



Республика Беларусь по праву гордится своими  
лечебными учреждениями

уровня, не представляющего угрозы для общества. По количеству органных трансплантаций на 1 млн населения (50) Беларусь не только является лидером на постсоветском пространстве, но и опережает многие европейские страны (55,9 — средний показатель Европы, 10,1 — России). Обычными стали операции по трансплантации печени и сердца.

Республика также известна активной разработкой и внедрением инновационных подходов к лечению. Так, была создана уникальная методика выращивания искусственной трахеи и проведены три успешные ее пересадки пациентам с онкологией. В 2019 г. внедрена методика 3D-моделированной миосептэктомии у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией.

Инвестиционные проекты в сфере фарминдустрии способствуют появлению новых отечественных лекарственных средств — всего их зарегистрировано около 1,7 тыс., а их доля на внутреннем рынке в стоимостном выражении составила 48,9% в 2019 г. (в переводе на упаковки — порядка 70%). Отечественные препараты значительно дешевле импортных: по данным агентства IMS Health, в рознице их средняя цена ниже в три раза, а в госпитальном секторе — в 12 раз. Более 33% белорусских лекарств имеют отпускную цену менее 1 долл. США.

С марта 2020 г. белорусская фармацевтическая промышленность работает в усиленном режиме.

*Обеспечением населения лекарственными средствами занимаются 3754 аптеки (1986 государственных и 1768 негосударственных). В сельской местности за розничную реализацию препаратов отвечают работники фельдшерско-акушерских пунктов, амбулаторий и участковых больниц (всего 2724 пункта).*

В сложной эпидемической ситуации, несмотря на логистическую нестабильность, отечественные производители лекарственных средств смогли обеспечить бесперебойные поставки около 150 препаратов, используемых для лечения больных с пневмониями и COVID-19.

Государственный санитарный надзор на республиканском и местном уровнях осуществляет санитарно-эпидемиологическая служба. В Беларуси на постоянной основе проводится мониторинг циркуляции инфекционных заболеваний, собрана уникальная коллекция их возбудителей и организовано производство собственных тест-систем. Высокий процент охвата населения иммунизацией обеспечил отсутствие регистрации случаев полиовирусной инфекции, острого вирусного гепатита В, дифтерии, краснухи и столбняка. В 2018–2019 гг. удалось не допустить массового распространения кори.

*В рейтинге государств по индексу человеческого развития Беларусь занимает 53-е место из 188. Ожидаемая продолжительность жизни в республике выросла с 70,4 года в 2010 г. до 74,5 года в 2019 г., составив 69,3 года у мужчин и 79,4 года у женщин. При этом большой гендерный дисбаланс в ожидаемой продолжительности жизни сохранился (в европейских странах он составляет 5–6 лет).*

Меры быстрого реагирования в ситуации эпидемиологического неблагополучия, вызванного COVID-19, позволили Беларуси набрать 46,6 балла в рейтинге стран по Глобальному индексу безопасности здоровья (по итогам 2019 г. республика занимала 108-е место из 195, получив 35,3 балла). Были разработаны планы на случай реализации различных сценариев, детально продумана система обеспечения медицинских учреждений кадровым составом, финансами, оборудованием, лекарствами и койками.

Мониторинг обстановки проводился в каждом районе, а около 70% медицинских работников могли быть привлечены дополнительно к оказанию помощи пациентам с COVID-19. В результате, благодаря организованным действиям на опережение, коллапс системы здравоохранения был предотвращен.

В рамках Стратегии развития информатизации в Республике Беларусь на 2016–2022 годы, а также Государственной программы развития цифровой экономики и информационного общества на 2016–2020 годы в стране осуществляется информатизация здравоохранения. Сейчас в отрасли эксплуатируется более 11 информационных систем национального уровня и свыше 10 информационных медицинских регистров (среди них — ВИЧ/СПИД, туберкулез, сахарный диабет). Проводятся мероприятия по гармонизации информационных систем, их стандартизации и интеграции с государственными информационными ресурсами.

263 организации здравоохранения используют технологии телемедицинского консультирования, позволяющие повысить доступность и качество медицинской помощи независимо от места проживания пациента, снизить как финансовые, так и временные затраты. За первое полугодие 2020 г. было проведено 14 585 телеконсультаций. Актуальность телемедицины подтвердилась в условиях эпидемической ситуации, связанной с распространением коронавирусной инфекции.

Рывок в сфере информатизации должен произойти по завершении проекта «Модернизация системы здравоохранения Республики Беларусь». Он призван обеспечить оперативный обмен информацией между организациями здравоохранения всех уровней, а также дать пациентам доступ к меди-

цинским данным через личный кабинет. Электронное здравоохранение открывает принципиально новые пути развития отрасли, качественно меняя взаимодействие граждан и медработников.

Сегодня перед системой здравоохранения республики стоят важнейшие задачи: увеличение продолжительности жизни; снижение заболеваемости, а также смертности от социально значимых болезней; внедрение института врача общей практики и обеспечение командного метода в работе первичного звена; открытие межрегиональных центров высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи; создание системы электронного здравоохранения в рамках трансформации экономики; формирование действенной системы подготовки кадров, учитывающей реальные потребности страны; продвижение государственно-частного партнерства в сфере медицинской помощи; развитие фармацевтической и медицинской промышленности.

Министерством здравоохранения Беларуси взят курс на формирование у населения приверженности здоровому образу жизни. Среди профилактических мер — проект «Здоровые города и поселки», к началу 2020 г. стартовавший в 102 населенных пунктах. Его воплощение подразумевает внедрение «здорового» городского планирования, мониторинг поведенческих факторов риска, проведение спортивно-оздоровительных и информационно-образовательных кампаний.

Об успехах белорусского здравоохранения ярко свидетельствует тот факт, что все больше иностранных граждан привлекает возможность получить высокотехнологичную медицинскую помощь и пройти реабилитацию именно здесь. Лечение в Беларуси — это европейское качество по приемлемой цене. За 2019 г. белорусские врачи оказали медицинские услуги более 160 тыс. граждан из 130 стран мира, в том числе из Израиля, Ливии, Китая, Армении, США, Японии и Германии. Впрочем, основными получателями медицинских услуг в республике являются россияне, украинцы и казахи. Наиболее востребованы стоматологические (имплантация и протезирование), офтальмологические, кардиологические и кардиохирургические услуги, услуги в области онкологии, а также протезирование суставов, трансплантация клеток, органов и тканей.

*Медицинскими информационными системами в организациях здравоохранения Беларуси охвачено более 70% рабочих мест, в Минске — 98%. 95,3% врачей имеют возможность оформлять рецепты в электронном виде. К системе подключены 599 учреждений здравоохранения, все государственные и 70% коммерческих аптек.*

# Молдова и коронавирус — противостояние продолжается

**И. К. Киселев,**

*Cenzura.md (Республика Молдова)*

*Сегодня уже можно утверждать, что пандемия коронавируса стала для человечества главным событием 2020 г., нарушив планы миллиардов людей, отменив десятки тысяч значимых событий, установив новые границы с особыми правилами их пересечения. Вряд ли возможно будет точно определить тот урон, который нанесен мировой экономике в целом и каждой стране в отдельности.*

Проявление и распространение коронавируса в странах происходило по-разному. Точно так же и стратегия борьбы с инфекцией различалась в зависимости от особенностей каждой страны. Наверное, главными особенностями распространения COVID-19 в Молдове можно назвать наличие большой диаспоры в Европе и влияние национальных традиций, которые входят в серьезное противоречие с правилами предохранения от коронавируса.

Большую роль в проникновении вируса в Республику Молдова сыграло то, что самая крупная молдавская диаспора в Европе находится в Италии, которая из всех европейских стран наиболее пострадала от пандемии. Границы Италии были закрыты далеко не сразу после начала пандемии, и часть молдавских гастарбайтеров успела завезти коронавирус на родину. Необходимо отметить, что власти Молдовы готовились к его появлению в стране: была создана чрезвычайная комиссия во главе с Премьер-министром И. Кику, которая начала заранее проводить мероприятия по борьбе с инфекцией.

Насколько успешно действовала чрезвычайная комиссия? Об этом можно судить хотя бы по тому факту, что в течение целых 10 дней с момента первого положительного теста на COVID-19 не было зарегистрировано ни одного случая передачи вируса внутри страны, все обнаруженные больные оказались приезжими. Своевременно были приняты меры по подготовке и резервации больничных

коек для инфицированных, подготовлены аппараты ИВЛ. В Кишиневе, в павильонах выставочного центра «Молдэкспо», был создан Центр COVID-19, который стал главным диагностическим и распределительным медицинским учреждением столицы. Здесь обеспечили условия для изоляции и тестирования тех, кто почувствовал симптомы коронавируса. В соответствии с результатами тестов больные распределялись по медицинским учреждениям или отправлялись домой на самоизоляцию.

Что касается материально-технической базы системы здравоохранения, то большую роль сыграла гуманитарная помощь, оказанная Молдове. Первым государством, предоставившим помощь в виде защитных масок и тест-систем, стал Китай. Гуманитарный груз был отправлен в Республику Молдова российским грузовым самолетом, предоставленным для выполнения этой задачи на безвозмездной основе. Еще один грузовой самолет доставил российскую гуманитарную помощь — защитные комбинезоны, маски и тест-системы. Позже поступила гуманитарная помощь от ряда стран Евросоюза и США.

Основной задачей властей было избежать развития событий по «итальянскому варианту», обеспечить госпитализацию инфицированных и сохранить резерв больничных коек на случай непредвиденного развития ситуации. Для этого правительство решило прибегнуть к жестким мерам. В марте было объявлено чрезвычайное положение — прекращена деятельность всех предприятий общепита, гостиниц, спортивных залов, закрыты все торговые центры и рынки. Перестали работать магазины, кроме продовольственных, но и в них действовали строгие правила: внутри могло находиться только определенное число человек, которое рассчитывалось исходя из площади торгового предприятия. Отдельные отрасли производственной сферы также прекратили работу. Городской транспорт в Кишиневе и Бельцах не работал, были приостановлены междугородние пассажирские перевозки.

В сложившейся ситуации школьное образование перевели на онлайн-обучение посредством видеоконференций и оперативно разработанного про-



граммного обеспечения для контроля выполнения домашних заданий. Правда, в условиях самоизоляции пришлось отказаться от проведения экзаменов, в том числе и выпускных. Аналогичная ситуация сложилась и в системе высшего образования.

Такие меры позволили сдержать рост инфицированных коронавирусом на уровне 100–150 человек в день. Но уровень был бы еще ниже, если бы граждане соблюдали предписания чрезвычайной комиссии в области здравоохранения. В тот период был отмечен целый ряд случаев, когда вернувшиеся из Европы гастарбайтеры вместо самоизоляции устраивали застолья по поводу возвращения на родину, а через две недели все участники мероприятия оказывались соседями по больничной палате.

Конечно же, введенные ограничения долго действовать не могли. Экономика несла огромные потери, а население «проедало» последние сбережения. Через месяц после введения чрезвычайного положения было принято решение постепенно ослаблять режим ограничений. Этот момент совпал с Радоницей, православной религиозной датой, связанной с поминовением усопших и строго отмечаемой в Молдове. И хотя все кладбища были закрыты, а церковные службы в закрытых помещениях были запрещены, люди, пробывшие целый месяц в самоизоляции, не усидели дома.

После отмены мер, введенных чрезвычайной комиссией в области здравоохранения, в динамике количества инфицированных наметился резкий рост, положительный результат теста на COVID-19 порой получало более 400 человек за сутки. Значительную роль в резком росте количества заболевших сыграло самоуправство местных властей в отдельных регионах Молдовы, а именно отказ выполнять рекомендации чрезвычайной комиссии. Так, в Бельцах, втором крупнейшем городе республики, местные рынки открылись на две недели раньше, чем поступило разрешение Министерства здравоохранения, труда и социальной защиты. Это привело к вспышке коронавируса в «северной столице» Молдовы, которая вышла на одно из первых мест в стране по количеству инфицированных.

В определенный момент ситуация с распространением коронавируса стабилизировалась: 3 июля показатели заболевших и выздоровевших сравнялись — по 252 человека. Правительство даже начало планировать открытие детских садов с 15 июля. Однако очередное послабление оказалось преждевременным. Резкий всплеск заболеваемости COVID-19 в соседних странах — на Украине и в Румынии не мог не отразиться на ситуации в Молдове. Свой вклад в ухудшение положения внесло и открытие курортных центров в Турции и Египте. Отдыхавшие там граждане Молдовы не всегда выдерживали необходимые две недели самоизоляции по возвращении из-за границы.



*И. Н. Додон в отделении больных коронавирусом*

В конце августа ежедневные показатели новых инфицированных коронавирусом возросли до 500–600 человек в день. Тем не менее на таком фоне было принято решение, что учебный год в Молдове начнется 1 сентября, как обычно. Правда, в новых условиях Министерство образования, культуры и исследований разработало семь вариантов проведения учебного процесса с учетом эпидемиологической ситуации. Они предусматривают организацию учебы в две смены — по половине класса в каждую смену; вариант, при котором половина класса учится в школе, а вторая половина следит за уроком онлайн, на следующий день дети меняются и т. д. При этом все школы были снабжены как оборудованием для онлайн-обучения (компьютеры, видеокамеры, планшеты), так и необходимыми защитными и дезинфицирующими средствами.

Большие надежды на преодоление проблем, вызванных пандемией, руководство Молдовы возлагает на вакцинирование населения, и в первую очередь речь идет об уже разработанной российской вакцине от COVID-19. В августе Президент И. Н. Додон даже сделал заявление, что готов сам вакцинироваться, чтобы обеспечить скорейшее поступление вакцины в Молдову. По предварительным данным, республике необходимо не менее 100 тыс. единиц вакцины.

Вероятно, в противодействии пандемии руководством Молдовы были допущены какие-то ошибки. Однако ясно, что с подобным противостоянием инфекции человечество не сталкивалось уже очень давно и четкого плана действий не было ни у одного правительства, ни у одной международной организации типа ВОЗ. Всем приходилось действовать в значительной степени на свой страх и риск. Несмотря на то что весь период пандемии деятельность кабинета И. Кикучи по борьбе с коронавирусом подвергалась жесткой критике со стороны оппозиции, очевидно, сделать больше в сложившейся ситуации вряд ли было возможно.

# О врачебной тайне, медицине будущего и правовых последствиях пандемии



**Интервью с И. М. Акулиным — заведующим кафедрой организации здравоохранения и медицинского права СПбГУ, доктором медицинских наук, членом Экспертного совета по здравоохранению при МПА СНГ**

— Вы проводите большую работу по анализу законодательства в сфере защиты врачебной тайны. Объем информации в современном мире растет как снежный ком, появляются новые способы ее передачи, в том числе незаконной. Это касается и персональной информации о состоянии здоровья человека. Однако давайте вернемся к истокам понятия врачебной тайны. Все знают, что она должна соблюдаться, но чем ее разглашение принципиально отличается от любой другой огласки? Ну, допустим, некто проиграл выборы в парламент, и все из-за того, что мир узнал о его грыже. А ведь Рузвельту в 1944 г. инвалидная коляска не помешала в четвертый (!) раз избраться в президенты США. Может, мы преувеличиваем значение врачебной тайны?

— Защита ставших доступными врачу сведений о пациенте имеет долгую историю. Обычно в качестве этической основы современного понятия врачебной тайны приводятся слова из древнегреческой клятвы Гиппократов: «Что бы при лечении, как и без лечения, я ни увидел и ни услышал относительно жизни людей из того, о чем не нужно когда-либо попусту говорить, буду молчать, так как таким вещам не следует быть рассказанными публично». Запрет врачу «пустословить» о том, что ему стало известно о пациенте, фактически не исключал сообщения врачом сведений, которые должны быть разглашены ввиду тех или иных важных обстоятельств. Это, в частности, сведения о состоянии здоровья пациента, которые следует сообщить его близким для надлежащего ухода за больным, или сведения о наличии у пациента опасного инфекционного заболевания, которые нужно предоставить публичным властям. Использование предложенного Гиппократом разумного подхода к разглашению врачом сведений о пациенте не лишне и в наше время.

Этот вопрос напрямую связан с другим: является ли медицинская деятельность особым видом


профессиональной деятельности и в чем ее уникальность?

Назову пять особенностей медицинской деятельности.

1. *Обязанность медицинских работников при оказании экстренной помощи безотлагательно осуществлять медицинскую деятельность.* С этим связан риск неосторожного причинения вреда. Где бы ни находился врач — на улице, в самолете и т. д., — он обязан оказать посильную медицинскую помощь. Такой посыл есть в законодательстве многих стран, придающих институту врачебной клятвы особое значение. К примеру, согласно статье 71 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» клятва врача включает: «быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к пациенту, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств».

2. *Наличие у медицинских работников власти особого рода (профессиональной власти) в отношении пациента.* Медицинская помощь может оказываться против воли пациента, если тот, например, находится в бессознательном состоянии или представляет опасность для себя либо окружающих. При этом увеличивается риск недостаточной профессиональной компетентности врача. Однако никакое информированное согласие не является индульгенцией для врача, он должен досконально знать свою профессию и постоянно повышать компетентность соответственно уровню развития медицины.

3. *Доверие в отношениях медицинского работника и пациента при их фактическом неравенстве.*



*Информированное согласие не является индульгенцией для врача, он должен досконально знать свою профессию и постоянно повышать компетентность соответственно уровню развития медицины.*

Риск злоупотребления доверием всегда присутствует в деятельности врача, несмотря на некое условное равноправие пациента и врача при выборе способа лечения.

4. *Неопределенность в выборе адекватных для пациента и его болезни средств.* Существует риск излишнего медицинского вмешательства и неосторожного причинения вреда, когда врач не уверен в выборе тактики лечения. В законодательстве Германии, к примеру, предусмотрено, что, если врач не уверен в своих профессиональных возможностях, он обязан направить пациента к более компетентному коллеге. Если же врач берется за лечение пациента, то он несет полную ответственность за результаты этого решения. Большинство врачей тяжело переживают свои профессиональные неудачи. Не все ошибки можно исправить, но их разбор — путь совершенствования медицины в целом. Я не сторонник жесткого наказания за причинение вреда по неосторожности, надо учитывать отношение врача к совершенной ошибке, предусмотреть возможность раскрытия механизма ошибки для коллег с целью повышения качества диагностики и лечения.

5. *Независимость в принятии решений медицинскими работниками, возможность действовать вне указаний работодателя.* Отсюда риск индивидуальной ответственности в случаях ятрогенных правонарушений.

Поэтому информация о здоровье человека все же имеет особую природу. Институт врачебной тайны соотносится с правами человека, сохранением его автономии и основных свобод. Разглашение врачебной тайны в силу закона является особенностью профессиональной деятельности. Публичное же разглашение такой информации может нарушить семейный уклад, затронуть наследственные права, повлиять на профессиональную или

политическую карьеру. Защита врачебной тайны, особенно в условиях развития новых технологий, связанных с генетической информацией и раскрытием генетического кода многих болезней, должна усиливаться.

По законодательству многих стран информация о состоянии здоровья политических лидеров является публично значимой и может стать достоянием общественности. Но это касается только первых лиц государства, и, на мой взгляд, такая информация должна носить оценочный характер: «здоров» или «может продолжать свою деятельность по состоянию здоровья». Вы привели пример Рузвельта, но он не скрывал состояния своего здоровья, тем более подобные осложнения основной болезни трудно скрыть от общества. Однако раскрытие своей медицинской тайны — личный выбор каждого. Такая информация, как правило, предоставляется с согласия человека. Врач же за разглашение подобных сведений несет юридическую ответственность и находится под риском компенсации морального вреда конкретной денежной суммой.

— *Можно ли определить границы разумного соблюдения врачебной тайны? Например, опасность распространения безответственным гражданином инфекции — повод для передачи медицинской информации о нем в те или иные административные органы. А, скажем, наличие у человека психиатрических проблем?*

— Такие границы есть в законодательстве большинства стран, и связаны они с гарантиями безопасности и сохранением общественного здоровья. Если говорить о личной ответственности, можно упомянуть об уголовной ответственности за заражение ВИЧ-инфекцией, когда пациент заведомо знал об этой патологии. Такая же ответственность



установлена и для больных венерическими заболеваниями, туберкулезом, другими опасными заболеваниями. Перечень случаев предоставления сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя приведен, например, в статье 13 упомянутого российского федерального закона. К таким случаям, в частности, относятся: проведение медицинского обследования и лечения гражданина, который не способен выразить свою волю; угроза распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; оказание медицинской помощи несовершеннолетнему и информирование его родителей или иных законных представителей; информирование органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий; проведение экспертизы; расследование несчастного случая на производстве или профессионального заболевания.

Отдельная проблема — финансовый контроль. В системе ОМС обезличенная информация собирается для контроля расходования финансовых средств текущего периода и планирования финансирования на предстоящий период. Это требует статистики реальной обращаемости в медицинские организации. Есть ли риск раскрытия информации о пациенте в системе учета ОМС? Конечно есть. Поэтому такая информация подлежит усиленной защите в условиях цифровизации здравоохранения. Кроме того, на наш взгляд, личная информация должна быть доступна гражданину для ознакомления и в некоторых случаях ограничения ее использования.

В связи с расширяющимися контактами стран СНГ, возрастающей миграцией населения внутри этих стран появляется необходимость цифрового взаимодействия в здравоохранении, особенно когда информация становится жизненно необходимой для экстренного решения по тактике диагностики и лечения пациента.

*— Существуют определенные законодательные лакуны в отношении передачи персональной информации медицинского характера из одной страны СНГ в другую. По большому счету, этот вопрос в настоящее время вообще не урегулирован. В каких конкретных ситуациях, помимо оказания экстренной помощи, циркуляция сведений о состоянии здоровья граждан на пространстве Содружества действительно необходима (или желательна)?*

— С коллегами из стран Содружества и экспертами ВОЗ мы работаем сейчас над модельным законом, который регулировал бы такие отношения. Российская Федерация, как, кстати, и Европейский союз, придерживается жесткого ограничительного регулирования и введения закрытого списка оснований для трансграничной передачи «особо чувствительной» персональной информации, к которой относится и информация медицинского характера. Передача данных законодательно разрешена в случаях, когда это необходимо для спасения жизни или здоровья отдельных лиц, а также когда сам субъект данных дает информированное согласие на их передачу. В соответствии с *Европейским общим регламентом по защите данных (GDPR)* трансграничный обмен медицинскими сведениями возможен, если это необходимо

по причинам общественного интереса, причем такое действие должно быть пропорционально преследуемой цели и предусматривать приемлемые и конкретные меры для защиты основных прав и интересов субъекта данных.

Думаю, СНГ в этом отношении вполне может ориентироваться на опыт ЕС, поскольку многие проблемы нормативно-правового регулирования являются общими. Например, проблема незащищенности прав субъекта персональных данных при передаче информации о состоянии его здоровья в третьи страны в отсутствие специального международного соглашения. Особую остроту приобретает необходимость усиления международного взаимодействия по вопросам безопасности электронных данных и противодействия киберпреступности. Кроме того, даже в случае запроса из зарубежного государства о передаче данных и наличия правовых оснований для его удовлетворения в национальных законодательствах не предусмотрены инструменты, обеспечивающие исполнение такого запроса стороной, данные у которой запрашиваются. Актуальной является проблема совместимости национальных и международных цифровых систем в сфере здравоохранения. На наш взгляд, эти проблемы следует решать путем заключения соглашения между государствами СНГ, в котором все указанные вопросы должны найти детальное регулирование.

**— Взглядываясь в наступающий «дивный новый мир», люди пытаются представить не только фантастические возможности медицины будущего, но и то, как изменится роль системы здравоохранения в жизни общества. Например, раздаются голоса: нужно по генетическим показаниям ограничивать репродуктивную активность некоторых индивидов. Евгеника? До каких пределов общественное здравоохранение может вмешиваться в жизнь отдельных граждан? Кстати, еще одно проявление последних лет — разговоры о моде на смену пола детям в особо «прогрессивных» странах. Пока родителей к этому не принуждают, но психологи их морально обрабатывают. В СНГ подобное сейчас кажется дичью, но, возможно, это тоже лишь вопрос времени?**

— Медицина всегда занимала гуманную позицию: «делай благо». Является ли благом смена пола или отбор для семьи пола ребенка, действие по «заказу потребителя»? Надо ли поощрять заказы родителей на цвет глаз, волос, другие особенности будущего ребенка? Разумеется, я против такого. Это противоестественно для врачебной деятельности, основная задача которой — спасти жизни, ликвидировать болезни, лечить духовное и физическое несовершенство человека. Подобные новшества появились с развитием рынка меди-

цинских услуг. Врач по своей натуре исследователь, ему интересно осваивать новые медицинские технологии, экспериментировать, найти такой подход, который никто не использовал ранее, и решить проблему пациента. Конечно, всегда найдется врач, готовый исполнить «любой заказ». Задача общества — ограничить таких любителей рисковать в медицине. Мне кажется, что роль врача должна быть сопряжена с политическими решениями, которые всесторонне обдуманы и публично обсуждены.

Операции по смене пола проводятся в России уже около 40 лет. Особых проблем в технике и терапевтическом сопровождении данного перерождения нет. Проблемы у пациентов есть в социальном положении, но это уже не медицинские, а социально-политические аспекты. Политики должны выбирать адекватный путь решения вопросов, которые носят скорее не медицинский характер: смена пола ребенку, который, по мнению родителя, якобы ощущает себя другим индивидуумом; изменение генетического паспорта в связи с клонированием и т. д. В медицине и без того много проблем, требующих решения, особенно в сфере врожденных наследственных заболеваний.

Что касается новых возможностей, то задача современного здравоохранения — внедрение новой концепции медицины, основанной на принципах четырех П: персонализация, предикция, превентивность, партисипативность (некоторые добавляют в качестве пятого компонента позитивную медицину). В основе 4П-медицины лежит идеология индивидуального подхода к пациенту в целях доклинического выявления заболеваний и разработки комплекса профилактических мер. Выделить факторы риска, определить предрасположенность пациента к тем или иным болезням и предотвратить их появление — данный подход предполагает весьма дорогие технологии, и пока их доступность для основной части населения планеты вызывает беспокойство. Реализация основополагающих принципов 4П-медицины на практике становится возможной благодаря открытиям в сфере биоинформатики, транскриптомики, генетики и других дисциплин.

Обращаясь к «медицине будущего», практикующий врач больше не может ориентироваться на непосредственные локальные проявления заболевания. Теперь внимание должно быть направлено на функциональные молекулярные и клеточные сдвиги, которые позволят отследить все физиологические и клеточные процессы, определить степень рисков, предугадать развитие заболеваний, разработать профилактику. Многочисленные базы данных по молекулярной биологии, биохимии, структурам белков, хранилища первичных структур ДНК позволяют анализировать транскриптомные данные конкретного пациента. На основе

такого анализа и составляются индивидуальные стратегии профилактики и лечения (первая П — персонализация). Подобные программы позволяют подбирать лекарственные средства и профилактические процедуры с невероятной точностью, вовремя вносить коррективы в план лечения, а также минимизировать возникновение побочных эффектов.

В рамках реализации принципа индивидуального подхода большое распространение получает создание генетического паспорта пациента. Предикция (вторая П) предполагает выявление предрасположенностей на основе такого паспорта и создание прогноза здоровья. Превентивность — третий принцип, суть которого составляет полное предотвращение либо снижение риска развития заболевания. Последняя П — это партисипативность, или вовлеченность пациента в процесс лечения (иногда трактуется как «партнерство»). Популяризация здорового образа жизни, информированность о рисках и возможностях, развитие научной базы и обучение практикующих врачей верной интерпретации данных, полученных в результате генетических тестирований, — условия практической реализации концепции 4П-медицины.

Так что проблемы евгеники, смежные пола и т. п. — не самые глобальные для медицины будущего. На мой взгляд, более перспективны проблемы цифровизации здравоохранения, применения интеллектуальных систем, частично заменяющих решения врача или «подсказывающих» эти решения, а также вопросы правового статуса медицинских изделий, особенно имеющих комбинированное биотехническое решение, — вот что надо поддерживать в медицине.

**— Чему научил нас опыт борьбы с пандемией COVID-19? Несколько месяцев назад наши привычные представления о правах и обязанностях в одночасье претерпели значительные изменения. Это не могло не породить вопросы о целесообразности тех или иных принимаемых мер, об их правовой состоятельности, об ответственности властей и граждан в данной ситуации...**

— Это тоже вопрос безопасности общественно-го здоровья и общества в целом. Когда надо ограничить индивидуальные права перед лицом особо опасной инфекции или неизвестной болезни и когда такие меры не столь необходимы?

Опыт борьбы с коронавирусом показал, что на первых порах мы не были готовы принимать жесткие меры. Демократические начала в сфере общественного здравоохранения (право отказа от соблюдения ограничительных мер, отказа от лечения

и т. д.) стали неприемлемы для сохранения устойчивости и экономической безопасности государства в условиях пандемии. Так, в России наконец-то обратили внимание на статью 10 Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», в которой, в частности, установлено, что граждане обязаны выполнять требования санитарного законодательства, постановлений и предписаний осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор должностных лиц, а также не осуществлять действий, влекущих за собой нарушение прав других граждан на охрану здоровья и благоприятную среду обитания. А в статье 27 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» говорится, что граждане, страдающие заболеваниями, которые представляют опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний; граждане,

находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. Если обязаны, то какова мера ответственности?!

Ограничительные меры в силу закона предусматривали ряд принудительных действий. Однако государство отнеслось к своим гражданам гуманно, применяя санкции мягко и осторожно. Опыт пандемии напомнил нам об обязанностях перед сво-

ими близкими и обществом в целом. На мой взгляд, важно не только развивать законодательство и разъяснять необходимость жестких мер по отношению к распространителям инфекции, но и возобновить профилактическую работу, которая включает индивидуальную профилактику, своевременные профилактические осмотры, диспансеризацию. Обратите внимание, как значимы стали такие простые меры — мытье рук и их санитарная обработка, ношение масок, уборка улиц, общественных мест и т. д. Начинать надо с индивидуальной, несложной, но очень эффективной профилактики. Это необходимо снова внедрять в сознание населения. Борьба за свое здоровье начинается не в медицинской организации, а в семье, школе, на работе. COVID-19 показал обществу значение системы здравоохранения, исключительно важный вклад медицинских работников в безопасность страны при условии правильных стратегических решений.

*Интервью: И. А. Краснов*

*Важно не только развивать законодательство и разъяснять необходимость жестких мер по отношению к распространителям инфекции, но и возобновить профилактическую работу, которая включает индивидуальную профилактику, своевременные профилактические осмотры, диспансеризацию.*

## МЕЖДУНАРОДНЫЙ СОВЕТ ЖУРНАЛА

**А. В. Абовян**, член Постоянной комиссии Национального Собрания Республики Армения по внешним связям;

**В. А. Бороденя**, первый проректор Академии управления при Президенте Республики Беларусь, кандидат экономических наук;

**Р. С. Гринберг**, член-корреспондент Российской академии наук, научный руководитель Института экономики РАН, доктор экономических наук, профессор;

**В. М. Джабаров**, первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации по международным делам, кандидат технических наук;

**А. А. Дынкин**, президент Института мировой экономики и международных отношений им. Е. М. Примакова, академик Российской академии наук, доктор экономических наук, профессор;

**А. У. Жапаров**, член Комитета Жогорку Кенеша Кыргызской Республики по бюджету и финансам, заслуженный экономист Кыргызской Республики, доктор экономических наук;

**Д. А. Кобицкий**, Генеральный секретарь Совета Межпарламентской Ассамблеи государств — участников СНГ;

**М. И. Кротов**, руководитель аппарата Комитета Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации по делам Содружества Независимых Государств, евразийской интеграции и связям с соотечественниками, доктор экономических наук, профессор;

**И. А. Максимцев**, ректор Санкт-Петербургского государственного экономического университета, доктор экономических наук, профессор;

**И. А. Марзалюк**, председатель Постоянной комиссии Палаты представителей Национального собрания Республики Беларусь по образованию, культуре и науке, член-корреспондент Национальной академии наук Беларуси, доктор исторических наук, профессор;

**С. А. Мирзоев**, руководитель Аппарата Милли Меджлиса Азербайджанской Республики, кандидат юридических наук;

**М. В. Мясникович**, Председатель Коллегии Евразийской экономической комиссии, член-корреспондент Национальной академии наук Беларуси, доктор экономических наук, профессор;

**Г. В. Пальчик**, ректор Академии управления при Президенте Республики Беларусь, доктор педагогических наук, профессор;

**Ф. Рахими**, президент Академии наук Республики Таджикистан, доктор физико-математических наук, профессор;

**К. С. Султанов**, член Комитета Мажилиса Парламента Республики Казахстан по международным делам, обороне и безопасности, доктор политических наук, профессор;

**А. В. Торкунов**, ректор Московского государственного института международных отношений (университета) Министерства иностранных дел Российской Федерации, академик Российской академии наук, доктор экономических наук, профессор;

**В. А. Шамахов**, директор Северо-Западного института управления Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, доктор экономических наук, профессор

### И. о. главного редактора

**И. А. Краснов**, кандидат исторических наук

## УЧРЕДИТЕЛЬ МЕЖПАРЛАМЕНТСКАЯ АССАМБЛЕЯ ГОСУДАРСТВ — УЧАСТНИКОВ СОДРУЖЕСТВА НЕЗАВИСИМЫХ ГОСУДАРСТВ

ЖУРНАЛ «ДИАЛОГ: ПОЛИТИКА, ПРАВО, ЭКОНОМИКА»

Выход в свет 14.11.2020. Подписано в печать 30.10.2020.  
Тираж 1000 экз. Заказ № 39463

191015, Санкт-Петербург, Шпалерная ул., д. 47.  
<http://iacis.ru>; [kanz@iacis.ru](mailto:kanz@iacis.ru), [kia@iacis.ru](mailto:kia@iacis.ru)

Телефон редакции: +7 (812) 404-57-05

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

Регистрационное свидетельство ПИ № ФС 77-67178 от 16 сентября 2016 года

Отпечатано с оригинал-макета в типографии «Греит Принт»:

198095, Санкт-Петербург, ул. Швецова, д. 12, корп. 2, лит. А, пом. 6-Н, ком. 6.  
[www.great-print.ru](http://www.great-print.ru). Тел. +7 (812) 622-00-22

При перепечатке материалов ссылка на журнал обязательна.

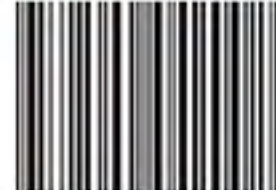
Точка зрения редакции может не совпадать с мнением авторов статей.

Распространяется бесплатно. 16+

© Секретариат Совета Межпарламентской Ассамблеи государств — участников Содружества Независимых Государств, 2020



ISSN 2500-042X



9 772500 04200 2