



МЕДИЦИНА

№2
2015

Оглавление

| | |
|---|----|
| Плавинский С. Л., Давыдов К. В. Оценка стоимости-эффективности и влияния на бюджет Российской Федерации использования флувоксамина вместо трициклических антидепрессантов в терапии рекуррентного депрессивного расстройства | 1 |
| Данишевский К. Д. Оценка экономической эффективности в здравоохранении | 11 |
| Целинский Б. П. Особенности законодательства о несовершеннолетних, которые следует учитывать в деятельности врачей психиатров-наркологов | 20 |
| Говорин Н. В. Сохранить и укрепить кадровый потенциал в сфере здравоохранения – национальная задача страны | 40 |
| Иванов В. П. О создании национальной Системы комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях | 44 |
| II Международная научно-практическая конференция "Современная химико-токсикологическая экспертиза", Москва, 6-7 октября 2015 | 52 |

**БЕСПЛАТНОЕ РЕЦЕНЗИРУЕМОЕ НАУЧНОЕ
ИНТЕРНЕТ-ИЗДАНИЕ С ОТКРЫТЫМ ДОСТУПОМ,
ПУБЛИКУЮЩЕЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРИГИНАЛЬНЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
ВО ВСЕХ ОБЛАСТЯХ МЕДИЦИНЫ**

Журнал «Медицина»

бесплатное рецензируемое научное интернет-издание
с открытым доступом

№ 2, 2015

Главный редактор

Данишевский К. Д., д. м. н., профессор

Председатель Редакционного совета

Стародубов В. И., академик РАМН

Редколлегия

Андрусенко А. А., к. м. н.

Барях Е. А., к. м. н.

Власов В. В., д. м. н., профессор

Немцов А. В., д. м. н., профессор

Плавинский С. Л., д. м. н., профессор

Савчук С. А., д. х. н.

Тетенова Е. Ю., к. м. н.

Шабашов А. Е., к. м. н.

Редакционный совет

Боярский С. Г., к. м. н.

Гаспаришвили А. Т., к. ф. н.

Новиков Г. А., д. м. н., проф.

Фролов М. Ю., к. м. н.

Ответственный секретарь редакции

Колгашкин А. Ю.

Адрес издания в сети Интернет: fsmj.ru

Свидетельство о регистрации средства массовой информации Эл № ФС77-52280
от 25 декабря 2012 года выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций

© Журнал «Медицина», 2015

Оценка стоимости-эффективности и влияния на бюджет Российской Федерации использования флувоксамина вместо трициклических антидепрессантов в терапии рекуррентного депрессивного расстройства

Плавинский С.Л.

д.м.н., профессор Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова

Давыдов К.В.

к.м.н., Московский НИИ Психиатрии, заместитель главного врача по медицинской части

Трициклические антидепрессанты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина являются основными препаратами, используемыми в клинической практике для лечения рекуррентного депрессивного расстройства. В исследовании была проанализирована затратная эффективность и влияние на бюджет замещения ингибитором обратного захвата серотонина флувоксамином трициклических антидепрессантов в терапии рекуррентного депрессивного расстройства. Показано, что при учете не прямых затрат (потерь ВВП от нетрудоспособности) назначение флувоксамина приводит к экономии средств бюджета, если не прямые затраты игнорируются и препарат назначается вместо amitriptyline и clomipramine, то рост расходов (77,6 тыс. руб. за QALY) не превышает порога готовности заплатить. Если учитываются не прямые затраты, то экономия бюджета Российской Федерации от использования флувоксамина вместо amitriptyline и clomipramine в 50% случаев составляет 3632 млн. руб. в год, если происходит замена только clomipramine – 1695 млн. руб. в год.

Ключевые слова: флувоксамин, amitriptyline, clomipramine, рекуррентное депрессивное расстройство

Рекуррентное депрессивное расстройство (РДР) является распространенной проблемой в клинической практике и часто представляет значительные сложности для врачей. Согласно МКБ-10, рекуррентное депрессивное расстройство – это расстройство, характеризующееся повторными эпизодами депрессий, от легкой до тяжелой степени, без анамнестических данных об отдельных эпизодах приподнятого настроения, гиперактивности, которые могли отвечать критериям мании. Возраст начала, тяжесть, длительность и частота эпизодов депрессии очень разнообразны. В целом, первый эпизод возникает позже, чем при биполярной депрессии: чаще всего на пятом десятилетии жизни. Продолжительность эпизодов составляет от 3 до 12 месяцев (средняя продолжительность — около 6 месяцев), но они имеют тенденцию к более редкому повторению. Хотя выздоровление обычно полное в межприступном периоде, небольшая часть больных обнаруживают хроническую депрессию, особенно в пожилом возрасте. Отдельные эпизоды любой тяжести часто провоцируются стрессовой ситуацией, и во многих странах отмечаются в 2 раза чаще у женщин, чем у мужчин [1].

По некоторым оценкам, количество пациентов, достигших ремиссии в результате исходно назначенной терапии антидепрессантами, составляет менее 35% от общего количества получавших лечение пациентов [2].

Для лечения РДР используются различные препараты, в основном относящиеся либо к группе ингибиторов обратного захвата серотонина, либо к трициклическим антидепрессантам (ТЦАД).

В данном исследовании было проведено сравнение экономической эффективности терапии ТЦАД и препаратом флувоксамин. Сравнение не проводится с более дорогими инновационными препаратами, в том числе, входящими в льготные списки в связи с очевидностью ценового преимущества ТЦАД и флувоксамина. Последний был исключен из льготного списка ОНЛС¹ с марта 2015 года. Флувоксамин не входит в список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), однако наиболее широко применяется у льготных категорий граждан, а до исключения из ОНЛС его доля составляла около 30% в структуре государственных закупок антидепрессантов. При этом по данным исследования DIANA (проходившего в 2012-2013 годах), до 10% всех пациентов с РДР принимали флувоксамин [3]. Таким образом, наше исследование направлено на изучение вопроса об экономической целесообразности включения флувоксамина в льготные списки.

Материал и методы

Описание модели

Для фармакоэкономического анализа была использована модель, которая базировалась на стандартной аналитической технике и модели, предложенной Nuijten и соавт. [4]. Она была сконструирована таким образом, чтобы оценить потребление ресурсов, стоимость и эффективность лечения депрессии на протяжении 18 месяцев либо флувоксамином, либо трициклическими антидепрессантами (ТЦАД). Поскольку состояния могли повторяться, используемая модель являлась марковской. Временной период был выбран равным 18 месяцам, и соответствовал трем периодам терапии депрессии: первоначальное активное лечение (6 недель), продолжение терапии при наступлении эффекта (18 недель) и поддерживающая терапия (52 недели). Временной период был разделен на циклы так, чтобы за 18-месячный период было 12 циклов: первоначальная терапия занимала один цикл, продолжение терапии – 3 цикла и поддерживающая терапия – 8 циклов. В каждом

¹ Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи

цикле пациент мог перейти из одного состояния в другое в зависимости от вероятностей переходов, специфицированных в модели.

В рамках марковской модели все пациенты начинали в состоянии депрессивного эпизода и затем могли перейти в другое состояние. Предполагалось, что вначале препарат назначается в обычной дозе, затем, в случае неуспеха, доза повышается. Если повышенная доза также оказывается неэффективной, пациент переводится на терапию препаратами другой группы (с флувоксамина на ТЦАД и наоборот). Если после перевода состояние не улучшается, доза препарата повышается и, если это также не помогает, его госпитализируют. Либо исходный препарат, либо препарат замены может оказаться эффективным и тогда пациент избавляется от депрессии, но находится на поддерживающей терапии. После истечения курса поддерживающей терапии пациент перестает принимать препараты и не страдает депрессией. Вместе с тем, как в периоде поддерживающей терапии, так и в периоде без терапии мог наступить рецидив депрессии. Таким образом, модель имела 10 состояний здоровья, хотя возможность прямого перехода существовала не для всех состояний. Вероятности перехода из одного состояния в другое были взяты из работы Nuijten и соавт. [4] и представлены в таблице 1

Таблица 1. Вероятности перехода из одного состояния в другое, за цикл

| Состояние | Вероятность за цикл |
|--|---------------------|
| Флувоксамин эффективен в обычной дозе | 0,6 |
| Флувоксамин эффективен в повышенной дозе | 0,3 |
| ТЦАД эффективны в обычной дозе | 0,6 |
| ТЦАД эффективны в повышенной дозе | 0,3 |
| Возврат (обострение) депрессии на поддерживающей дозе флувоксамина | 0,011 |
| Рецидив депрессии после терапии флувоксамином | 0,017 |
| Возврат (обострение) депрессии на поддерживающей дозе ТЦАД | 0,066 |
| Рецидив депрессии после терапии ТЦАД | 0,013 |

Хотя риск самоубийства у лиц с депрессией повышен, в рамках анализируемого периода – 18 месяцев – он достаточно мал по абсолютной величине и поэтому риск самоубийства и ассоциированные с самоубийством расходы не анализировались в данном исследовании, а также в модели Nuijten и соавт. [4] и Jonsson и Bebbington [5].

Для анализа эффективности использовались такие показатели, как время без депрессии (TWiST – time without symptoms or toxicity), а также года жизни, откорректированные на качество. При этом анализе предполагалось, что полезность (качество жизни) пациента вне депрессивного эпизода составляет 0,81, а вот депрессия снижает уровень полезности на 0,24. В рамках модели суммировалось количество недель, проведенных пациентом в каждом из состояний, и полученная величина делилась на 52 для того, чтобы от недель качественной жизни перейти к годам.

Оценка стоимостных показателей

Стоимости препаратов определялись как медианная стоимость дневной дозы для препаратов, зарегистрированных в списке ЖНВЛП (<http://grls.rosminzdrav.ru/PriceLims.aspx>, доступ осуществлен 30/03/2015) и увеличивалась на предельную оптовую надбавку для г. Санкт-Петербурга в зависимости от стоимости цены регистрации (Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 06.09.2010 N 1190², (ред. от 25.12.2013), «Об установлении надбавок на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты») и на ставку НДС (10%), к чему затем добавлялась предельная розничная надбавка³.

Для флувоксамина были взяты цены на препарат с сайта medlux.ru (аптеки Москвы, доступ 27/06/2015).

Для сравнения адекватности выбранной оценки стоимости были сравнены рассчитанные с помощью описанной выше методики через зарегистрированные цены и полученные с помощью сайта medlux.ru цены для препарата амитриптилин (на момент поиска в аптечной базе (27/08/2015) кломипрамин отсутствовал). Расчетная медианная стоимость дневной дозы амитриптилина по зарегистрированной цене составила 4,6 руб., медианная аптечная цена составила 4,3 руб. Расхождения составили 0,3 руб., для финальной модели это давало погрешность менее 0,2%.

Для того чтобы выбрать ТЦАД сравнения были взяты результаты крупного неинтервенционного наблюдательного исследования DIANA [3], которое как раз анализировало частоту использования различных антидепрессантов при рекуррентном депрессивном расстройстве. Было установлено, что наиболее часто использовавшимися ТЦАД были амитриптилин (21,2% всех антидепрессантов) и кломипрамин (12,6% всех антидепрессантов). Остальные антидепрессанты использовались реже. Поэтому в модели было предположено, что пациенты в качестве ТЦАД могут получать либо амитриптилин, либо кломипрамин в соотношении 2:1 (как это наблюдалось в исследовании DIANA). Соответственно, стоимость лекарственной терапии была представлена взвешенной стоимостью амитриптилина и кломипрамина. Предполагалось, что, кроме разницы в назначаемой терапии и частоты госпитализации, другие ресурсы здравоохранения при терапии ТЦАД и флувоксамином потребляются с одинаковой частотой.

Стоимость госпитализации была взята из прейскуранта платных услуг⁴ по лечению депрессии в стационаре (ФГБУ НЦПЗ).

² 20% для препаратов стоимостью до 50 руб., 15% для препаратов стоимостью от 50 до 500 руб. и 14% для препаратов стоимостью свыше 500 руб.

³ 28% для препаратов стоимостью до 50 руб., 22% для препаратов, стоимостью от 50 до 500 руб. и 18% для препаратов, стоимостью свыше 500 руб. Предполагалось, что стоимость формируется для аптечного учреждения, освобожденного от уплаты НДС

(http://admtyumen.ru/ogv_ru/finance/price_tarif/more.htm?id=11135290@cmsArticle).

⁴ <http://www.psychiatry.ru/stat/22>

Было проанализировано два варианта модели, один учитывал потери ВВП ввиду нетрудоспособности, второй не принимал эти данные во внимание. Количество дней нетрудоспособности в цикле в зависимости от состояния и используемой терапии было взято из работы Nuijten и соавт., для госпитализации было принято, что пациент на период госпитализации нетрудоспособен и данные по ВВП на душу населения были взяты с сайта Росстата⁵ за 2014 год.

Основные стоимостные показатели приведены в таблице 2.

Таблица 2. Оценки расходов, ассоциированных с терапией

| | мг | Стоимость в день (руб.) | Потеряно дней трудоспособности за цикл |
|------------------------------|-----|-------------------------|--|
| Флувоксамин, исходная доза | 100 | 55,67 | 7 |
| Флувоксамин, повышенная доза | 200 | 111,33 | 7 |
| ТЦАД, исходная доза | 100 | 21,48 | 14,125 |
| ТЦАД, повышенная доза | 150 | 32,22 | 14,125 |
| Госпитализация | | 3100 | |
| ВВП/ душу населения | | 1339,12 | |

В рамках анализа на основе марковской модели, исходя из времени, проведенном в каждом из состояний было проанализировано время без депрессии, QALY, расходы на терапию. Далее были рассчитаны показатели стоимости-эффективности для флувоксамина в сравнении с ТЦАД. Кроме того, был выполнен сравнительный анализ только с кломипрамином.

Данные для оценки влияния на бюджет

Для анализа влияния на бюджет Российской Федерации замены части ТЦДА в терапии рекуррентной депрессии на флувоксамин необходимо было вначале выяснить, какое количество пациентов ежегодно страдают от рекуррентной депрессии. Согласно данным европейского исследования, 12-месячная распространенность большой депрессии составляет 6,9% [6], хотя, например, в Хорватии она составила 2,2% [7]. Данные крупного финского исследования показывают, что годовая заболеваемость депрессией составляет около 3% при том, что только 8.5 случаев на 1000 человек были повторными [8]. Соответственно, было сделано предположение, что годовая частота случаев рекуррентного депрессивного расстройства составляет 0,85%. и служит хорошей аппроксимацией количества случаев депрессии, рассматривавшихся в модели. Из этого числа, на основе данных исследования DIANA были выделены те, кто получает терапию amitriptyline или clomipramine. Для анализа влияния на бюджет был сделан анализ исходя из предположения, что примерно половина пациентов начнут получать

⁵ <http://www.gks.ru/>

флувоксамин вместе amitриптилина/ кломипрамина. Также был проведен анализ влияния на бюджет в случае, если флувоксамин будет использоваться вместо ТЦАД только у пациентов, которые ранее получали бы кломипрамин.

Модель построена в системе Microsoft Excel и позволяет варьировать исходными параметрами.

Результаты

Результаты анализа затратной эффективности (стоимость - эффективность)

Основные результаты анализа стоимости-эффективности приведены в таблицах 3 и 4.

Таблица 3. Результаты анализа стоимости и времени без депрессии

| Модель | Время без депрессии | | Расходы | | Разница расходов |
|----------------------|---------------------|-------|------------|-------|------------------|
| | Флувоксамин | ТЦАД | Флувоксами | ТЦАД | |
| Без учета потерь ВВП | 0,769 | 0,704 | 28118 | 26333 | 1785 |
| С учетом потерь ВВП | 0,769 | 0,704 | 59589 | 85881 | -26292 |

Как видно из таблицы (**Ошибка! Источник ссылки не найден.**), время, проведенное без депрессии, было больше на флувоксамине в сравнении с ТЦАД, несмотря на их одинаковую первичную эффективность. Очевидной причиной таких результатов была большая частота возврата депрессии на поддерживающей дозе ТЦАД в сравнении с флувоксамином. Если ориентироваться на год, то пациенты на флувоксамине, в рамках данной модели, проводили на 23 дня меньше в состоянии депрессии. Стоимость терапии флувоксамином была выше, чем стоимость терапии ТЦАД (в первую очередь благодаря крайне низкой цене amitриптилина – дневная доза этого препарата составляет 4,6 руб., в сравнении с 50 рублями за кломипрамин и 28 рублями за сертралин). Вместе с тем, обращает на себя внимание то, что преимущество ТЦАД исчезало в модели, где учитывались потери ВВП в результате нетрудоспособности. Если в модели, где эти потери не учитывались, терапия флувоксамином оказывалась на 1785 руб. больше, то в случае учета потерь она была уже на 26292 рублей меньше. Если флувоксамин использовался только вместо кломипрамина, то это приводило к экономии средств на 4789 руб. на пациента на эпизод без учета потерь ВВП и 32867 руб. на эпизод с учетом ВВП.

Таблица 4. Анализ стоимости-эффективности назначения флувоксамина вместо ТЦАД при терапии РДР

| Модель | QALY | | Разность QALY | Инкрементный коэффициент стоимости-эффективности |
|----------------------|-------------|-------|---------------|--|
| | Флувоксамин | ТЦАД | | |
| Без учета потерь ВВП | 1,132 | 1,109 | 0,023 | 77626 |
| С учетом потерь ВВП | 1,132 | 1,109 | 0,023 | Назначение флувоксамина – доминирующая стратегия |

Назначение флувоксамина вместо ТЦАД за счет сокращения времени без депрессии приводило к увеличению количества лет жизни, откорректированных на качество на 0,023 (**Ошибка! Источник ссылки не найден.**). Соответственно, поскольку в базовой модели стоимость терапии была выше, но и эффективность выше, можно было рассчитать инкрементный коэффициент стоимости-эффективности, который показывал стоимость одного дополнительного года качественной жизни.

Как видно из данных, приведенных в таблице стоимость одного QALY составила в базовой модели без учета ВВП 77626 руб., что значительно ниже порога «готовности заплатить», который равен утроенному ВВП на душу населения [9] и, соответственно, превышает 1,2 млн. рублей. Стоимость одного QALY оказывается ниже даже удвоенного значения ВВП на душу населения, что позволяет назвать вмешательство в базовой модели крайне стоимостно-эффективным.

С учетом потерь ВВП использование флувоксамина было ассоциировано со снижением затрат, поэтому стратегия назначения его вместо ТЦАД была доминирующей, т.е. она приводила как к снижению затрат, так и повышению эффективности лечения.

Если рассматривать модель в которой флувоксамин использовался только вместо кломипрамина, то, ввиду большей стоимости терапии кломипрамином в сравнении с амитриптилином, затраты при использовании флувоксамина оказывались ниже и стратегия назначения флувоксамина доминировала как в модели, учитывавшей потери ВВП, так и в модели не учитывавшей эти потери. В обоих случаях терапия была более дешевой и более эффективной.

Результаты анализа влияния на бюджет Российской Федерации

Результаты анализа влияния на бюджет различных стратегий замены ТЦАД на флувоксамин приведены в таблице 5.

Таблица 5. Результаты анализа влияния на бюджет, млн. руб.

| Модель | Замена ТЦАД | Замена только кломипрамина |
|----------------------|-------------|----------------------------|
| Без учета потерь ВВП | 246,7 | -247,0 |
| С учетом потерь ВВП | -3632,3 | -1695,1 |

Напомним, что анализ влияния на бюджет исходил из того, что РДР наблюдается с частотой 8,5 случаев на 1000 населения в год, происходит 50% замена терапии такими ТЦАД как amitriptilin и clomipramin и частота использования ТЦАД соответствует таковой, выявленной в ходе исследования DIANA [3].

Единственным вариантом модели, при которой наблюдался рост расходов бюджета была модель, в которой флувоксамин использовался вместо amitriptilina или clomipramina и при этом не учитывались потери вследствие нетрудоспособности пациентов. Рост расходов составлял 246,7 млн. рублей в год. Если же флувоксамин использовался только вместо clomipramina, то даже без учета потерь вследствие нетрудоспособности, должна была наблюдаться экономия средств в размере 247,0 млн. рублей в год.

Если учитывались потери вследствие нетрудоспособности, то стратегия замены всегда приводила к экономии средств, при этом в случае замены как clomipramina, так и amitriptilina, число пациентов, получавших флувоксамин, было большим. Экономия, соответственно, также была большей – 3632 млн. руб. в год против 1695 млн. руб. в год, если заменялся только clomipramin. Очевидно, что если замена происходила не с частотой 50%, а с большей или меньшей, значения менялись бы пропорционально.

Для анализа чувствительности вместо потерь ВВП были использованы потери налоговых поступлений в виде подоходного налога (13%) на среднюю заработную плату. Поскольку в июне 2015 года, согласно данным Росстата⁶ средняя заработная плата составила 35395 руб., то можно было оценить, какую сумму недополучал бюджет за те дни нетрудоспособности, которые были ассоциированы с отсутствием эффекта от лечения. Было установлено, что при учете потерь подоходного налога замена ТЦАД на флувоксамин приводила к экономии 1388 руб. на курс терапии, а при замене только clomipramina – 7963 руб. Это приводило к тому, что бюджет выигрывал даже при 50% замене 191,8 млн. руб. в год если речь шла об amitriptiline и clomipramine и 410,7 млн. руб. в год, если заменялся только clomipramin.

Таким образом, проведенный анализ показывает, что использование флувоксамина вместо ТЦАД при терапии РДР ввиду меньшего числа обострений на фоне поддерживающей терапии приводит к уменьшению времени, которое пациент проводит в состоянии депрессии и к увеличению времени качественной жизни. При этом если цена флувоксамина равна той, что наблюдается в настоящий момент в аптечной сети, то использование его вместо ТЦАД приведет к незначительному росту прямых расходов, которые компенсируются выигрышем от большей продолжительности периода трудоспособности пациентов. Причем даже если в модели учитывались не потери ВВП, а налоговых поступлений от начислений на заработную плату, все равно стратегия использования флувоксамина вместо ТЦАД оказывалась менее затратной. Для того, чтобы

⁶ http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/trud/sr-zarplata/t1.doc

экономический эффект от замены ТЦАД на флувоксамин сохранялся, разумно было бы фиксировать его цену путем включения в перечень ЖНВЛП, что позволило бы сохранить возможность достижения более адекватной терапии РДР с меньшими расходами.

Литература

- [1] Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence / R. C. Kessler, K. A. McGonagle, M. Swartz et al. // *J Affect Disord.* — 1993. — Vol. 29, no. 2-3. — Pp. 85–96.
- [2] *Trivedi, M. H.* Measurement-based care for refractory depression: a clinical decision support model for clinical research and practice / M. H. Trivedi, E. J. Daly // *Drug Alcohol Depend.* — 2007. — Vol. 88 Suppl 2. — Pp. 61–71.
- [3] Retrospective observational study to estimate the duration of initial antidepressant treatment in patients with recurrent depressive disorder who demonstrated a suboptimal response to therapy - DIANA: Tech. rep. / A. Avedisova, A. Smulevich, G. Mazo, K. Otter: AstraZeneca, NIS REPORT SYNOPSIS, 2014.
- [4] Cost effectiveness of fluvoxamine in the treatment of recurrent depression in France / M. Nuijten, L. Hadjadjeba, C. Evans, J. van den Berg // *Pharmacoeconomics.* — 1998. — Vol. 14, no. 4. — Pp. 433–445.
- [5] *Jonsson, B.* What price depression? The cost of depression and the cost-effectiveness of pharmacological treatment / B. Jonsson, P. E. Bebbington // *Br J Psychiatry.* — 1994. — Vol. 164, no. 5. — Pp. 665–673.
- [6] The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 / H. U. Wittchen, F. Jacobi, J. Rehm et al. // *Eur Neuropsychopharmacol.* — 2011. — Vol. 21, no. 9. — Pp. 655–679.
- [7] Depression prevalence and estimation of psychosocial parameters within adult population in city of Zagreb / S. Stojanovic-Spehar, S. Blazekovic-Milakovic, V. Amerl-Sakic et al. // *Psychiatr Danub.* — 2009. — Vol. 21, no. 4. — Pp. 497–507.
- [8] The estimated incidence of depressive disorder and its determinants in the Finnish ODIN sample / V. Lehtinen, B. Sohlman, T. Nummelin et al. // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* — 2005. — Vol. 40, no. 10. — Pp. 778–784.
- [9] *Ягудина, Р. И.* Определение “порога готовности платить” в России, в Европейских странах и в странах СНГ / Р. И. Ягудина, А. Ю. Куликов, Т. Нгуен // *Фармакоэкономика.* — 2011. — Т. 4, № 1. — С. 7–12.

Cost-Effectiveness and Budget Impact Analysis for Russian Federation of the fluvoxamine replacement in the treatment of recurrent depression of tricyclic antidepressants

Plavinski S. L.

MD, North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

Davydov K.V.

PhD, Moscow Research Institute of Psychiatry

Tricyclic antidepressants (TCA) and selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) are the main drug classes used in the treatment of recurrent depressive disorder. The study analyzed cost-effectiveness and budget impact of replacement of TCA with SSRI fluvoxamine. It was found that when indirect costs (GDP loss due to lost workdays) is

taken into account use of fluvoxamine dominated TCA by both effectiveness and costs. If indirect costs were ignored then increment cost-effectiveness ratio (77,6 thou. RUR/ QALY gained) was well below “willingness to pay” threshold. If indirect costs were taken into account budget savings from replacing treatment with amitriptyline and clomipramine in 50% of cases amount to 3632 mln. RUR per year, if only clomipranime is replaced – 1695 mln. RUR per year.

Key words: fluvoxamine, amitriptyline, clomipramine, recurrent depressive disorder

References

- [1] Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence / R. C. Kessler, K. A. McGonagle, M. Swartz et al. // *J Affect Disord.* — 1993. — Vol. 29, no. 2-3. — Pp. 85–96.
- [2] *Trivedi, M. H.* Measurement-based care for refractory depression: a clinical decision support model for clinical research and practice / M. H. Trivedi, E. J. Daly // *Drug Alcohol Depend.* — 2007. — Vol. 88 Suppl 2. — Pp. 61–71.
- [3] Retrospective observational study to estimate the duration of initial antidepressant treatment in patients with recurrent depressive disorder who demonstrated a suboptimal response to therapy - DIANA: Tech. rep. / A. Avedisova, A. Smulevich, G. Mazo, K. Otter: AstraZeneca, NIS REPORT SYNOPSIS, 2014.
- [4] Cost effectiveness of fluvoxamine in the treatment of recurrent depression in France / M. Nuijten, L. Hadjadjeba, C. Evans, J. van den Berg // *Pharmacoeconomics.* — 1998. — Vol. 14, no. 4. — Pp. 433–445.
- [5] *Jonsson, B.* What price depression? The cost of depression and the cost-effectiveness of pharmacological treatment / B. Jonsson, P. E. Bebbington // *Br J Psychiatry.* — 1994. — Vol. 164, no. 5. — Pp. 665–673.
- [6] The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 / H. U. Wittchen, F. Jacobi, J. Rehm et al. // *Eur Neuropsychopharmacol.* — 2011. — Vol. 21, no. 9. — Pp. 655–679.
- [7] Depression prevalence and estimation of psychosocial parameters within adult population in city of Zagreb / S. Stojanovic-Spehar, S. Blazekovic-Milakovic, V. Amerl-Sakic et al. // *Psychiatr Danub.* — 2009. — Vol. 21, no. 4. — Pp. 497–507.
- [8] The estimated incidence of depressive disorder and its determinants in the Finnish ODIN sample / V. Lehtinen, B. Sohlman, T. Nummelin et al. // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* — 2005. — Vol. 40, no. 10. — Pp. 778–784.
- [9] Yagudina R., Kulikov A., Nguyen T. Place of threshold willingness-to-pay of Russia among those of other European countries and CIS countries // *Pharmacoeconomica.* — 2011. — Vol. 4, № 1. — Pp. 7–12.

Оценка экономической эффективности в здравоохранении

Данишевский К. Д.

д.м.н., профессор Высшей школы экономики. Москва

В статье описываются современные подходы к оценке экономической эффективности в здравоохранении, и применяемые для этого методы. Делается вывод об эффективности экономического анализа для решения проблемы распределения финансовых средств, направляемых на нужды здравоохранения.

Ключевые слова: экономическая эффективность, инвестиции, оптимизация, технологии, здравоохранение, качество жизни, доказательная медицина

Анализ экономической эффективности – это методология позволяющая оценить или сравнить затраты и результаты, определить стоимость одной единицы продукта или количество единиц продукта, которые можно получить при инвестировании определенной суммы в ту или иную технологию, что позволяет оптимизировать использование ресурсов. Анализ экономической эффективности пришел в медицину, а точнее в организацию здравоохранения из бизнеса. Набор методов применялся в оптимизации производственных процессов и оценке технологий задолго до формирования экономики здравоохранения.

Под технологией (от греч. «téchnē» – искусство, мастерство, умение и греч. «логия» – изучение) при этом понимают совокупность методов и инструментов, набор действий, в ходе которого строго определенным образом задействованы человеческие, и другие материальные и нематериальные ресурсы. При этом технологий для производства одного и того же продукта может быть очень много, и некоторые из них будут производить единицу продукта при минимальных вложениях ресурсов. Если быть точнее, при некоторых технологиях суммарная рыночная стоимость всех ресурсов требуемых для производства единицы продукции будет меньше, чем при других.

Анализ экономической эффективности в здравоохранении – это методология, позволяющая оценить стоимости одной единицы здоровья, получаемой тем или иным методом, или определить количество единиц здоровья, которые можно получить при инвестировании определенной суммы в технологию производства здоровья.

Этапы оценки пригодности технологий (называемые иногда системой трех (или, с недавнего времени, четырех) барьеров (Maynard A, Cookson R, 2001) складывается из доказательства ее:

- Безопасности (то есть, технология не убивает чересчур многих из тех, кто ей воспользуется);

- Клинической эффективности (то есть, технология приносит больше пользы, чем вреда);
- in vitro, то есть в синтетических условиях эксперимента
- in vivo, то есть в реальной жизни
- Технической (экономической) эффективности (то есть, технология дает результат, при меньшей по сравнению с другими технологиями стоимости).

Составление эффективного пакета технологий, соответствующих этим критериям, направлено на повышение аллокативной (инвестиционной) эффективности. Пакет базовых гарантий в здравоохранении, таким образом, должен был бы, со строго утилитарных позиций, быть набором наиболее технически эффективных технологий производства здоровья в идеальной пропорции. Здоровье в данной ситуации понимается не как в концептуальном определении Всемирной Организации Здравоохранения (состояние полного физического, душевого и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов), а как вполне измеряемый показатель, например, определяемый через количество лет здоровой жизни.

Оценка клинической эффективности направлена на то, чтобы установить, что предпринимаемые действия приносят больше пользы, чем вреда. Она оценивается путем эпидемиологических исследований. Рандомизированные клинические исследования, систематический обзор, и его частный случай – мета-анализ, являются «золотым стандартом» оценки клинической эффективности (Флетчер Р. и соавт., Медиасфера, 1998).

Иногда в качестве дополнительного барьера при оценке технологий в здравоохранении используют различные системы контроля качества производства препаратов или техники или выполнения программы. Для фармпрепаратов данный этап крайне важен.

Оценка технической эффективности направлена на то, чтобы установить, что цели достигаются при наименьших расходах, при этом рассматриваются подходы к одной проблеме. Оценивается путем анализа экономической эффективности.

Оценка инвестиционной эффективности направлена на то, чтобы установить, что имеющиеся средства используются для достижения максимального эффекта, при этом рассматриваются какие проблемы решать и какими подходами. Оценивается путем анализа экономической эффективности.

Часто техническую эффективность понимают, как «делать вещи правильно», то есть «правильные технологии», «правильный производственный процесс». Инвестиционную эффективность понимают, как «делать правильные вещи», то есть правильный выбор приоритетов, с учетом эффективности существующих технологий.

Часто в качестве синонимов оценки экономической эффективности используют понятие экономической оценки технологий здравоохранения и другие. В России в связи с активной деятельностью фармацевтических фирм, популярностью пользовался термин фармакоэкономика, который в значительной мере суживает область применения анализа до сравнения эффективности аналогичных лекарств или схем приема препаратов.

Особенностями экономического анализа в здравоохранении являются:

- Применение для того, чтобы сделать выбор, то есть результаты применимы в основном для сравнения технологий, а абсолютное значение результата редко имеет смысл;
- Невозможность оценить статистическую достоверность, в отличие от исследований клинической эффективности. Вместо этого используется так называемый анализ чувствительности (см. ниже).
- Необходимость рассматривать альтернативу бездействия, которая является своеобразным аналогом плацебо в клинических испытаниях.

Основные подходы к анализу экономической эффективности сводятся либо к стратегии оценки лишь новых технологий перед их внесением в пакет государственных гарантий или услуг страховой компании, либо к периодическим пересмотрам существующего списка предоставляемых услуг с учетом новых данных. При этом крайне важно, с чьей позиции проводится оценка: общества, здравоохранения, страховой компании и т. д. В большинстве случаев услуги здравоохранения более выгодны с точки зрения общества, так как такие последствия заболеваний, как инвалидность, например, возлагают бремя в основном на социальные службы и родственников, но не на систему здравоохранения. Однако, коммерческие предприятия могут предпочесть оценку экономической эффективности вмешательства с точки зрения расходов и доходов самой компании.

Роль оценки экономической эффективности в современной научно-обоснованной (доказательной) медицине

Значительная часть проблем эффективности здравоохранения возникает либо из-за того, что применяемые технологии не обладают иным эффектом, кроме эффекта плацебо, либо потому, что получаемый при помощи определенной технологии эффект не оправдан с экономической точки зрения. Перечень технологий, не имеющих реального эффекта крайне велик, в него входят масса препаратов и хирургических операций: например, витамин С в качестве профилактического средства против банальной простуды или многочисленные препараты, которые назначаются для улучшения кровоснабжения

головного мозга. Надо отметить, что столь же распространенной проблемой является и недостаточно широкое применение клинически и технически эффективных технологий.

Однако, часто технология воздействия на здоровье – лечебная или профилактическая, может иметь доказанный клинический эффект, однако данный эффект будет являться минимальным по сравнению с затратами, связанными с его применением. Средства, затраченные на экономически неэффективную технологию, это мера «упущенной возможности» по использованию данных средств на применение другой, эффективной технологии. Данная концепция происходит от классического экономического понятия об ограниченности ресурсов и безграничности потребностей. Действительно, ни одна система здравоохранения не обладает не только неограниченными ресурсами, но и даже ресурсами достаточными для того, чтобы позволить для большинства своих граждан значительную часть того, что в настоящий момент может предложить медицинская индустрия. Следовательно, правомочным является суждение о том, что если выбор неверной, не научно-доказанной технологии может привести к гибели или страданию человека или людей, то выбор экономически менее выгодной технологии приведет к тому, что более выгодная, а следовательно приносящая большую пользу на вложенную сумму технология не будет финансироваться. Как результат этого, имеющаяся в распоряжении системы здравоохранения сумма будет использована с меньшим эффектом для здоровья населения, что также означает гибель или страдания тех людей, которым адекватная помощь оказана не будет. Именно поэтому доказательства клинической эффективности являются в равной мере важными с оценкой технической или инвестиционной эффективности, и методами схожими в своей философии.

Философия оценки эффективности сводится, в конечном счете, к утилитарной идеологии предмета общественное здоровье, гласящей, что именно здоровье потребителя – пациента, является мерой эффективности здравоохранения. Два существующих течения – объективный и субъективный утилитаризм утверждают, что такой мерой должна являться степень улучшения здоровья населения и удовлетворенности пациентов соответственно.

Важно отметить, что анализ экономической эффективности не являлся бы необходимостью в случае, если рынок был бы в состоянии самостоятельно отрегулировать запросы пациентов. Однако с точки зрения объективного утилитаризма рынок не в состоянии создать оптимальное распределение ресурсов в здравоохранении в силу возникающих ошибок рынка. Таким образом, необходим регулируемый рынок или предоставление услуг через общественный сектор.

Анализ экономической эффективности требует решить две задачи – измерить эффективность и затраты. Каждое из измерений может быть серьезной проблемой. Так при измерении затрат трудности возникают из-за разногласий в:

- оценке плохо измеримых понятий, в частности, непонятно как оценить боль или жизнь;

- том, какие расходы измерять, например, как измерить расходы пациентов (например, на дорогу), затраченное время, и стоит ли это включать в расчеты;
- том, как быть с тем, что вложения и результаты порой получаются не одновременно, а ряд эффектов могут возникнуть лишь в далеком будущем. Например, как сделать поправку на возможное изменение стоимости (например, удешевление препаратов в будущем), или как быть, если вложения на вакцинацию против вируса папилломы человека требуются сейчас, а профилактический эффект возникнет лишь через десятки лет, когда, возможно, будет изобретено лекарство от рака шейки матки.
- подходах к эффекту масштаба на производстве, например, считать ли предельные (marginal) или средние затраты. Так, в ситуации, когда необходимо провести единственную уникальную хирургическую операцию, ее стоимость может быть в разы выше, чем когда она «поставлена на поток».

Иными словами, измерение затрат не всегда является столь уж простой задачей.

Измерение эффектов затрудняется тем, что не существует общепринятых методов оценки:

- предпочтений людей (равно как и однозначного взгляда на то, в какой мере их надо учитывать);
- ценности людей различного возраста;
- ценности продолжительности жизни по сравнению с качеством жизни;
- разных инвалидностей;
- различных членов общества (например, политиков или актеров, по сравнению с преступниками и наркоманами).

Различные этические подходы могут давать разный ответ на вопрос о том, каким методом необходимо измерять подобные категории, соответственно точка зрения утилитаристов, разработавших методы экономического анализа, будет приемлема лишь для некоторой части общества.

Методы экономического анализа

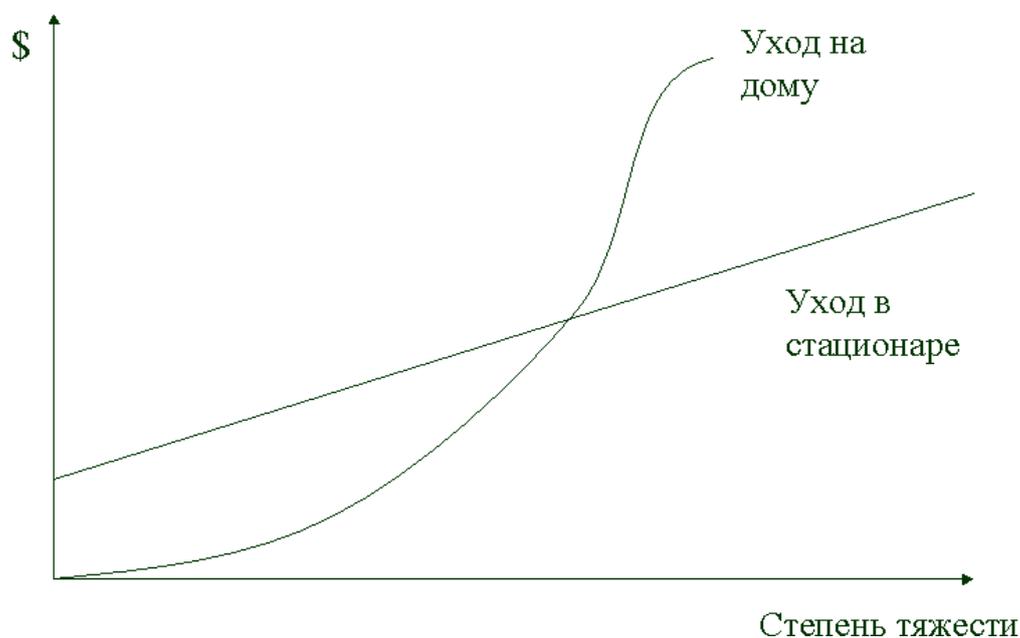
Методы экономического анализа включают (Drummond, 1997):

- Минимизацию затрат;
- Сравнение затраты и выгоды;
- Сравнение затрат и эффективности;
- Сравнение затрат и пользы.

Как и всегда, наличие многих способов говорит об отсутствии одного универсального.

Минимизация затрат (или оценка затрат) может использоваться когда эффект на здоровье между сравниваемыми технологиями одинаков, то есть не обнаруживается статистически достоверная разница по клинической эффективности. При этом сравнивается лишь стоимость схем лечения, профилактических программ, лечения и профилактической программы, т. д. Иногда данный метод применяется коммерческими компаниями и при установленной разнице в эффективности

Примером применения данного метода может являться оценка стоимости патронажной службы для престарелых и инвалидов приводимая на гипотетическом графике ниже, из которого следует, что сравнительная экономическая выгодность амбулаторного ухода падает по мере нарастания тяжести нетрудоспособности пациента.



В сравнения *затраты-выгоды*, и вложения, и исходы выражены в денежном эквиваленте. Производится сравнение затрат с сэкономленными средствами. Данный метод чаще всего применяется для оценки профилактических программ. При этом подходы к оценке клинических эффектов могут варьировать от их игнорирования до

оценки в денежном исчислении жизни, здоровья или страдания. Наиболее известными примерами применения данного метода могут являться исследования эффективности вакцин. Например, результат оценки эффективности национальной программы вакцинации против гепатита В в Израиле составил 1 к 1,88, то есть на каждый вложенный американский доллар экономится 1 доллар 88 центов. (Ginsberg et al., 1992).

Метод *оценки затраты-эффективности или затратной эффективности* позволяют определить стоимость одной единицы здоровья, одного результата: предотвращенная смерть или инвалидность, предотвращенный случай заболевания или осложнения, добавленный год жизни. Данный метод требует наличия общего результата для альтернатив, а также высокой точности оценки клинической эффективности. Его недостатком является тот факт, что метод не может быть использован при сравнении технологий, которые не имеют общего исхода (например, предотвращение слепоты и смерти). Еще более важной проблемой, ограничивающей его применение, является тот факт, что большинство заболеваний приводят к нескольким исходам.

Наконец наиболее сложный метод – *затрата-полезность (польза)* оценивает стоимость такой единицы, как год условно здоровой/«качественной» жизни. Такими единицами являются, например, DALY (disability adjusted life year) – год жизни с поправкой на нетрудоспособность (инвалидность), при расчете которой учитываются: потеря лет жизни, социальное предпочтение лет жизни в определенных возрастах, дискаунтинг, годы прожитых с нетрудоспособностью и ее степень. Другой аналогичной единицей являются YHL (year of healthy life) – год здоровой жизни, QALY (quality adjusted life year) – год жизни с поправкой на качество. При расчете эффекта вмешательства, таким образом, рассчитывается количество добавленных за ту или иную сумму лет жизни, при этом году жизни, прожитому с отклонениями здоровья, присевается коэффициент от 0 до 1. Год жизни прожитый с нарушениями здоровья имеет в исследованиях затраты-пользы меньший вес, чем год жизни прожитый при нормальном состоянии здоровья. Например, год жизни с эректильной дисфункцией может быть равен 0,87 лет жизни без нее.

При этом, как правило, учитывают основные параметры жизнедеятельности человека. Например, простейшие вопросники при расчете QALY рассматривают такие функции, определяющие качество жизни:

1. Мобильность (возможность самостоятельно передвигаться)
2. Боль
3. Душевное состояние (тревога и депрессия)
4. Возможность обслуживать себя
5. Работоспособность

Существуют и более развернутые вопросники, которые рассматривают более 30 партеров жизнедеятельности человека.

Барьеры внедрения и недостатки экономического анализа.

Недостатками методов экономического анализа являются несовершенство методологии, этические и культурные барьеры, порой мешающие говорить о деньгах в здравоохранении или отказывать кому-то в помощи, даже бесполезной, приводя, таким образом, к гибели тех, кому можно было бы помочь, инвестируя средства более эффективно.

Так, как упоминалось ранее, при анализе экономической эффективности невозможно дать однозначную объективную оценку достоверности полученных результатов. Для такой оценки проводится анализ чувствительности, при котором в формулу закладываются различные колебания исходных параметров, например, распространенности заболевания, стоимости лечения и его эффективности. Анализ чувствительности позволяет получить реалистичный диапазон, в котором может находиться истинное значение показателя экономической эффективности.

Другим барьером к внедрению экономических оценок часто является тот факт, что ее результат свидетельствует о необходимости переинвестирования средств, для чего необходимо забрать средства из какой-то отрасли, что вызывает сопротивление как окрепших в условиях наличия финансирования производителей, так и руководствующихся привычкой пациентов. Забираемые же средства, часто идут в отрасль неокрепшую и непонятную для потребителей.

Такое положение вещей приводит к концепции, иногда называемой «выгодной неэффективности здравоохранения». Например, финансирование противотуберкулезной службы возрастает, если туберкулез начинает представлять большую проблему, то есть при большем распространении более трудно вылечиваемых форм, например, при низкой эффективности лечения и сектора в целом. Чем менее эффективно работает вся фтизиатрическая сеть, тем больше средств будет требоваться на ее финансирование, вероятно при большей инфраструктуре, то есть при большем количестве рабочих мест. Конечно, этот парадокс можно частично исправить модифицируя методы оплаты, однако, даже в самых развитых странах подобная ситуация препятствует повышению эффективности различных отраслей, в том числе здравоохранения.

Несмотря на все ограничения и барьеры, экономический анализ является самой эффективной методикой распределения финансовых средств и наиболее объективным методом решения споров о приоритетах. Иные методы и альтернативы распределения

средств и отбора применяемых в здравоохранении технологий ведут лишь к возрастанию социальной несправедливости и снижению эффективности.

Список литературы

- 1) Maynard A, Cookson R. Money or your life? The health-wealth trade-off in pharmaceutical regulation. *J Health Serv Res Policy* 2001 Jul;6(3):186-9
- 2) Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. Клиническая эпидемиология. Медиасфера. Москва 1998.
- 3) Drummond M F, O'Brien B J, Stoddart G L, Torrance G W. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford University Press, 1997.
- 4) Ginsberg GM, Berger S, Shouval D. Cost-benefit analysis of a nationwide inoculation programme against viral hepatitis B in an area of intermediate endemicity. *Bull World Health Organ* 1992; 70(6):757-67

Evaluation of cost-efficiency in public healthcare

Danishvskiy K. D.

MD, Professor, Higher School of Economics, Moscow

The article describes the current approaches to evaluating the cost-effectiveness in health care, and the methods used for this purpose. The conclusion is made about the effectiveness of economic analysis in distribution of funds allocated for health care.

Key words: economic efficiency, investments, optimization, technology, health, quality of life, evidence-based medicine

References

- 1) Maynard A, Cookson R. Money or your life? The health-wealth trade-off in pharmaceutical regulation. *J Health Serv Res Policy* 2001 Jul;6(3):186-9
- 2) Fletcher, R. Fletcher S, Wagner E. *Clinical Epidemiology*. Moscow: Mediasfera, 1998.
- 3) Drummond M F, O'Brien B J, Stoddart G L, Torrance G W. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford University Press, 1997.
- 4) Ginsberg GM, Berger S, Shouval D. Cost-benefit analysis of a nationwide inoculation programme against viral hepatitis B in an area of intermediate endemicity. *Bull World Health Organ* 1992; 70(6):757-67

Особенности законодательства о несовершеннолетних, которые следует учитывать в деятельности врачей психиатров-наркологов

Целинский Б.П.

к.ю.н., ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского», Москва

В статье приводится обзор действующего законодательства, регламентирующего правовой статус и ответственность несовершеннолетних, применительно к деятельности врачей психиатров-наркологов.

Ключевые слова: несовершеннолетние, административная ответственность, уголовная ответственность, законный представитель несовершеннолетнего

Приведенная ниже краткая информация и выдержки из законодательства об ответственности несовершеннолетних, а также определяющие их правовой статус, предназначены для сведения медицинского персонала наркологических учреждений. Информация распределена по юридическим основаниям, в рамках которых проводится соответствующая работа с несовершеннолетними, и может быть полезна при проведении профилактических бесед, а также в организации взаимодействия с правоохранительными органами и судами по вопросам медицинского освидетельствования несовершеннолетних.

1. Административное законодательство

Извлечения из **Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях:**

Статья 2.3. Возраст, по достижении которого наступает административная ответственность

1. Административной ответственности подлежит лицо, достигшее к моменту совершения административного правонарушения возраста **шестнадцати** лет.

2. С учетом конкретных обстоятельств дела и данных о лице, совершившем административное правонарушение в возрасте от шестнадцати до восемнадцати лет, комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав указанное лицо может быть освобождено от административной ответственности с применением к нему меры воздействия, предусмотренной федеральным законодательством о защите прав несовершеннолетних.

Статья 4.2. Обстоятельства, смягчающие административную ответственность

9) совершение административного правонарушения несовершеннолетним.

Статья 4.3. Обстоятельства, отягчающие административную ответственность

3) вовлечение несовершеннолетнего в совершение административного правонарушения.

Статья 5.35. Неисполнение родителями или иными законными представителями несовершеннолетних обязанностей по содержанию и воспитанию несовершеннолетних

1. Неисполнение или ненадлежащее исполнение родителями или иными законными представителями несовершеннолетних обязанностей по содержанию, воспитанию, обучению, защите прав и интересов несовершеннолетних –

влечет предупреждение или наложение административного штрафа в размере от ста до пятисот рублей.

2. Нарушение родителями или иными законными представителями несовершеннолетних прав и интересов несовершеннолетних, выразившееся в лишении их права на общение с родителями или близкими родственниками, если такое общение не противоречит интересам детей, в намеренном сокрытии места нахождения детей помимо их воли, в неисполнении судебного решения об определении места жительства детей, в том числе судебного решения об определении места жительства детей на период до вступления в законную силу судебного решения об определении их места жительства, в неисполнении судебного решения о порядке осуществления родительских прав или о порядке осуществления родительских прав на период до вступления в законную силу судебного решения либо в ином воспрепятствовании осуществлению родителями прав на воспитание и образование детей и на защиту их прав и интересов, –

влечет наложение административного штрафа в размере от двух тысяч до трех тысяч рублей.

3. Повторное совершение административного правонарушения, предусмотренного частью 2 настоящей статьи, – влечет наложение административного штрафа в размере от четырех тысяч до пяти тысяч рублей или административный арест на срок до пяти суток.

Статья 6.10. Вовлечение несовершеннолетнего в употребление алкогольной и спиртосодержащей продукции, новых потенциально опасных психоактивных веществ или одурманивающих веществ

1. Вовлечение несовершеннолетнего в употребление алкогольной и спиртосодержащей продукции, новых потенциально опасных психоактивных веществ или одурманивающих веществ, за исключением случаев, предусмотренных частью 2 статьи 6.18 настоящего Кодекса, –

влечет наложение административного штрафа в размере от одной тысячи пятисот до трех тысяч рублей.

2. Те же действия, совершенные родителями или иными законными представителями несовершеннолетних, за исключением случаев, предусмотренных частью 2 статьи 6.18 настоящего Кодекса, а также лицами, на которых возложены обязанности по обучению и воспитанию несовершеннолетних, –

влекут наложение административного штрафа в размере от четырех тысяч до пяти тысяч рублей.

Статья 6.18. Нарушение установленных законодательством о физической культуре и спорте требований о предотвращении допинга в спорте и борьбе с ним

1. Нарушение тренером, специалистом по спортивной медицине или иным специалистом в области физической культуры и спорта установленных законодательством о физической культуре и спорте требований о предотвращении допинга в спорте и борьбе с ним, выразившееся в использовании в отношении спортсмена запрещенной субстанции и (или) запрещенного метода независимо от согласия спортсмена либо в содействии в использовании спортсменом или в отношении спортсмена запрещенной субстанции и (или) запрещенного метода, если эти действия не содержат уголовно наказуемого деяния, –

влечет дисквалификацию на срок от одного года до двух лет.

2. Те же действия, совершенные в отношении **несовершеннолетнего** спортсмена, если эти действия не содержат уголовно наказуемого деяния, –

влекут дисквалификацию на срок три года.

Примечания:

1. Под запрещенной субстанцией и (или) запрещенным методом в настоящей статье понимаются субстанция и (или) метод, включенные в перечни субстанций и (или) методов, запрещенных для использования в спорте, утвержденные федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по проведению государственной политики, нормативно-правовому регулированию, оказанию государственных услуг и управлению государственным имуществом в сфере физической культуры и спорта.

2. Под содействием в использовании спортсменом или в отношении спортсмена запрещенной субстанции и (или) запрещенного метода в настоящей статье понимаются любые действия, способствующие использованию запрещенной субстанции и (или)

запрещенного метода, в том числе советы, указания, предоставление информации, предоставление запрещенных субстанций, средств применения запрещенных методов, устранение препятствий к использованию запрещенных субстанций и (или) запрещенных методов, а также сокрытие следов использования запрещенной субстанции и (или) запрещенного метода.

Статья 6.23. Вовлечение **несовершеннолетнего** в процесс потребления табака

1. Вовлечение **несовершеннолетнего** в процесс потребления табака – влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от одной тысячи до двух тысяч рублей.

2. Те же действия, совершенные родителями или иными законными представителями **несовершеннолетнего**, – влекут наложение административного штрафа на граждан в размере от двух тысяч до трех тысяч рублей.

Статья 14.16. Нарушение правил продажи этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции

2.1. Розничная продажа **несовершеннолетнему** алкогольной продукции, если это действие не содержит уголовно наказуемого деяния, –

влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от тридцати тысяч до пятидесяти тысяч рублей; на должностных лиц – от ста тысяч до двухсот тысяч рублей; на юридических лиц – от трехсот тысяч до пятисот тысяч рублей.

Статья 14.53. Несоблюдение ограничений и нарушение запретов в сфере торговли табачной продукцией и табачными изделиями

3. Продажа **несовершеннолетнему** табачной продукции или табачных изделий –

влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от трех тысяч до пяти тысяч рублей; на должностных лиц – от тридцати тысяч до пятидесяти тысяч рублей; на юридических лиц – от ста тысяч до ста пятидесяти тысяч рублей.

Статья 20.22. Нахождение в состоянии опьянения **несовершеннолетних**, потребление (распитие) ими алкогольной и спиртосодержащей продукции либо потребление ими наркотических средств или психотропных веществ, новых потенциально опасных психоактивных веществ или одурманивающих веществ

Нахождение в состоянии опьянения **несовершеннолетних** в возрасте до шестнадцати лет, либо потребление (распитие) ими алкогольной и спиртосодержащей продукции, либо потребление ими наркотических средств или психотропных веществ без назначения

врача, новых потенциально опасных психоактивных веществ или одурманивающих веществ –

влечет наложение административного штрафа на родителей или иных законных представителей **несовершеннолетних** в размере от одной тысячи пятисот до двух тысяч рублей.

Статья 25.3. Законные представители физического лица

1. Защиту прав и законных интересов физического лица, в отношении которого ведется производство по делу об административном правонарушении, или потерпевшего, являющихся **несовершеннолетними** либо по своему физическому или психическому состоянию лишенных возможности самостоятельно реализовать свои права, осуществляют их законные представители.

2. Законными представителями физического лица являются его родители, усыновители, опекуны или попечители.

3. Родственные связи или соответствующие полномочия лиц, являющихся законными представителями физического лица, удостоверяются документами, предусмотренными законом.

4. Законные представители физического лица, в отношении которого ведется производство по делу об административном правонарушении, и потерпевшего имеют права и несут обязанности, предусмотренные настоящим Кодексом в отношении представляемых ими лиц.

5. При рассмотрении дела об административном правонарушении, совершенном **лицом в возрасте до восемнадцати лет**, судья, орган, должностное лицо, рассматривающие дело об административном правонарушении, вправе признать обязательным присутствие законного представителя указанного лица.

Статья 25.6. Свидетель

4. При опросе **несовершеннолетнего** свидетеля, не достигшего возраста четырнадцати лет, обязательно присутствие педагога или психолога. В случае необходимости опрос проводится в присутствии законного представителя несовершеннолетнего свидетеля.

Часть 4 статьи 27.3 Административное задержание предусматривает, что "Об административном задержании **несовершеннолетнего** в обязательном порядке уведомляются его родители или иные законные представители", а часть 3 статьи 27.6. Место и порядок содержания задержанных лиц, определяет, что "**Несовершеннолетние**,

в отношении которых применено административное задержание, содержатся отдельно от взрослых лиц".

Из приведенных норм законодательства следует, что для совершения действий, необходимых для доказательства совершенного административного правонарушения несовершеннолетним, достигшим возраста 16 лет, в том числе для проведения медицинского освидетельствования, не требуется получение добровольного информированного согласия как самого несовершеннолетнего, так и его законных представителей.

2. Гражданское законодательство

В **Гражданском кодексе Российской Федерации** статьей 21 дееспособность гражданина определяется как его способность своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их (гражданская дееспособность). Гражданская дееспособность возникает в полном объеме с наступлением **совершеннолетия, то есть по достижении восемнадцатилетнего возраста.**

Статья 26. предоставляет право **несовершеннолетним** самостоятельно, без согласия родителей, усыновителей и попечителя:

- 1) распоряжаться своими заработком, стипендией и иными доходами;
- 2) осуществлять права автора произведения науки, литературы или искусства, изобретения или иного охраняемого законом результата своей интеллектуальной деятельности;
- 3) в соответствии с законом вносить вклады в кредитные учреждения и распоряжаться ими;
- 4) совершать мелкие бытовые сделки и иные сделки, предусмотренные пунктом 2 статьи 28 настоящего Кодекса.

По достижении **шестнадцати** лет несовершеннолетние также вправе быть членами кооперативов в соответствии с законами о кооперативах.

3. Несовершеннолетние в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет самостоятельно несут имущественную ответственность по сделкам, совершенным ими в соответствии с пунктами 1 и 2 статьи 26. За причиненный ими вред такие

несовершеннолетние несут ответственность в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации.

Статья 28 определяет, что имущественную ответственность по сделкам **малолетних (несовершеннолетних, не достигших четырнадцати лет)**, в том числе по сделкам, совершенным им самостоятельно, несут родители, усыновители или опекуны, если не докажут, что обязательство было нарушено не по их вине. Эти лица в соответствии с законом также отвечают за вред, причиненный **малолетними**.

Из приведенного положений гражданского законодательства следует, что имущественную ответственность в определенных случаях несовершеннолетние несут с возраста 14 лет. При этом Гражданский кодекс РФ специально не рассматривает правовые последствия случаев, когда сделки несовершеннолетними с возраста 14 лет совершаются в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также оснований и порядка проведения в подобных случаях медицинского освидетельствования.

3. Уголовное и уголовно-процессуальное законодательство

Уголовным кодексом Российской Федерации статьей 20 определен возраст, с которого наступает уголовная ответственность:

1. Уголовной ответственности подлежит лицо, достигшее ко времени совершения преступления **шестнадцатилетнего** возраста.
2. Лица, достигшие ко времени совершения преступления **четырнадцатилетнего** возраста, подлежат уголовной ответственности за убийство (статья 105), умышленное причинение тяжкого вреда здоровью (статья 111), умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью (статья 112), похищение человека (статья 126), изнасилование (статья 131), насильственные действия сексуального характера (статья 132), кражу (статья 158), грабеж (статья 161), разбой (статья 162), вымогательство (статья 163), неправомерное завладение автомобилем или иным транспортным средством без цели хищения (статья 166), умышленные уничтожение или повреждение имущества при отягчающих обстоятельствах (часть вторая статьи 167), террористический акт (статья 205), захват заложника (статья 206), заведомо ложное сообщение об акте терроризма (статья 207), хулиганство при отягчающих обстоятельствах (часть вторая статьи 213), вандализм (статья 214), незаконные приобретение, передача, сбыт, хранение, перевозка или ношение взрывчатых веществ или взрывных устройств (статья 222.1), незаконное изготовление взрывчатых веществ или взрывных устройств (статья 223.1), хищение либо вымогательство оружия, боеприпасов, взрывчатых веществ и взрывных устройств (статья 226), **хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ**

(**статья 229**), приведение в негодность транспортных средств или путей сообщения (статья 267).

Статья 87. Уголовная ответственность несовершеннолетних

1. Несовершеннолетними признаются лица, которым ко времени совершения преступления исполнилось четырнадцать, но не исполнилось восемнадцати лет.
2. К несовершеннолетним, совершившим преступления, могут быть применены принудительные меры воспитательного воздействия либо им может быть назначено наказание, а при освобождении от наказания судом они могут быть также помещены в специальное учебно-воспитательное учреждение закрытого типа.

Статья 92. Освобождение от наказания несовершеннолетних

1. Несовершеннолетний, осужденный за совершение преступления небольшой или средней тяжести, может быть освобожден судом от наказания с применением принудительных мер воспитательного воздействия, предусмотренных частью второй статьи 90 настоящего Кодекса.

2. Несовершеннолетний, осужденный к лишению свободы за совершение преступления средней тяжести, а также тяжкого преступления, может быть освобожден судом от наказания и помещен в специальное учебно-воспитательное учреждение закрытого типа. Помещение в специальное учебно-воспитательное учреждение закрытого типа применяется как принудительная мера воспитательного воздействия в целях исправления несовершеннолетнего, нуждающегося в особых условиях воспитания, обучения и требующего специального педагогического подхода. Несовершеннолетний может быть помещен в указанное учреждение до достижения им возраста восемнадцати лет, но не более чем на три года.

5. **Несовершеннолетние**, совершившие преступления, предусмотренные частями первой и второй статьи 111, частью второй статьи 117, частью третьей статьи 122, статьей 126, частью третьей статьи 127, частью второй статьи 131, частью второй статьи 132, частью четвертой статьи 158, частью второй статьи 161, частями первой и второй статьи 162, частью второй статьи 163, частью первой статьи 205, частью первой статьи 205.1, статьей 205.3, частью второй статьи 205.4, частью второй статьи 205.5, частью первой статьи 206, статьей 208, частью второй статьи 210, частью первой статьи 211, частями второй и третьей статьи 223, частями первой и второй статьи 226, **частью первой статьи 228.1, частями первой и второй статьи 229** настоящего Кодекса, освобождению от наказания в порядке, предусмотренном частью второй настоящей статьи, не подлежат.

Частью 3 статьи 16 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации (УПК РФ) предусмотрено право на участие в процессе защитника и (или) законного представителя подозреваемого и обвиняемого.

Статья 48. УПК РФ предусматривает, что по уголовным делам о преступлениях, совершенных **несовершеннолетними**, к обязательному участию в уголовном деле привлекаются их законные представители.

Общий порядок привлечения к участию в уголовном судопроизводстве законных представителей несовершеннолетних содержится в статьях 426 и 428 УПК РФ. В частности, законные представители несовершеннолетнего подозреваемого, обвиняемого допускаются к участию в уголовном деле на основании постановления следователя, дознавателя с момента первого допроса несовершеннолетнего в качестве подозреваемого или обвиняемого. Законный представитель несовершеннолетнего в уголовном процессе вправе:

- 1) знать, в чем подозревается или обвиняется несовершеннолетний;
- 2) присутствовать при предъявлении обвинения;
- 3) участвовать в допросе несовершеннолетнего подозреваемого, обвиняемого, а также с разрешения следователя – в иных следственных действиях (**в том числе и при медицинском освидетельствовании**), производимых с его участием и участием защитника;
- 4) знакомиться с протоколами следственных действий, в которых он принимал участие, и делать письменные замечания о правильности и полноте сделанных в них записей;
- 5) заявлять ходатайства и отводы, приносить жалобы на действия (бездействие) и решения дознавателя, следователя, прокурора;
- 6) представлять доказательства;
- 7) по окончании предварительного расследования знакомиться со всеми материалами уголовного дела, выписывать из него любые сведения и в любом объеме.

Следователь, дознаватель вправе по окончании предварительного расследования вынести постановление о непредъявлении **несовершеннолетнему** обвиняемому для ознакомления тех материалов уголовного дела, которые могут оказать на него отрицательное воздействие. Ознакомление с этими материалами законного представителя **несовершеннолетнего** обвиняемого является обязательным.

При этом законный представитель может быть отстранен от участия в уголовном деле, если имеются основания полагать, что его действия наносят ущерб интересам **несовершеннолетнего** подозреваемого, обвиняемого (это может касаться, например, случаев воспрепятствования со стороны законного представителя несовершеннолетнего медицинскому освидетельствованию последнего). Об этом следователь, дознаватель выносят постановление. В этом случае к участию в уголовном деле допускается другой законный представитель несовершеннолетнего подозреваемого, обвиняемого.

В главе 50 УПК РФ предусмотрены особенности производства по уголовным делам в отношении **несовершеннолетних, не достигших 18-ти лет**. Эти особенности сводятся к следующему.

Статья 421 предусматривает, что при производстве предварительного расследования и судебного разбирательства по уголовному делу о преступлении, совершенном несовершеннолетним, дополнительно устанавливаются: 1) возраст **несовершеннолетнего**, число, месяц и год рождения;

2) условия жизни и воспитания **несовершеннолетнего**, уровень психического развития и иные особенности его личности;

3) влияние на **несовершеннолетнего** старших по возрасту лиц.

При наличии данных, свидетельствующих об отставании в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством, устанавливается также, мог ли **несовершеннолетний** в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими.

При производстве предварительного расследования и судебного разбирательства по уголовному делу о преступлении средней тяжести или тяжком преступлении, совершенных **несовершеннолетним**, за исключением преступлений, указанных в части пятой статьи 92 Уголовного кодекса Российской Федерации, устанавливается также наличие или отсутствие у несовершеннолетнего заболевания, препятствующего его содержанию и обучению в специальном учебно-воспитательном учреждении закрытого типа, для рассмотрения судом вопроса о возможности освобождения **несовершеннолетнего** от наказания и направлении его в указанное учреждение в соответствии с частью второй статьи 92 Уголовного кодекса Российской Федерации.

Медицинское освидетельствование несовершеннолетнего проводится в ходе предварительного расследования на основании постановления следователя или дознавателя в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. Заключение о результатах медицинского освидетельствования несовершеннолетнего представляется в суд с материалами уголовного дела. Соответствующий порядок утвержден постановлением Правительства РФ от 28.03.2012 г. № 259 "**Об утверждении**

Правил медицинского освидетельствования несовершеннолетнего на наличие или отсутствие у него заболевания, препятствующего его содержанию и обучению в специальном учебно-воспитательном учреждении закрытого типа". Указанным Порядком предусмотрено, что медицинское освидетельствование проводится в ходе предварительного расследования на основании постановления следователя или дознавателя, в производстве которого находится уголовное дело. Следователь или дознаватель письменно уведомляет несовершеннолетнего, его законных представителей, защитника, а также администрацию места содержания несовершеннолетнего под стражей, о вынесении постановления. Следователь или дознаватель направляет руководителю медицинской организации постановление, а также принимает меры по доставлению несовершеннолетнего, в отношении которого вынесено постановление, в назначенные руководителем медицинской организации день, время и место. Руководитель медицинской организации в течение 3 рабочих дней со дня получения им постановления назначает день, время и место медицинского освидетельствования и уведомляет об этом следователя или дознавателя. Медицинское освидетельствование проводится в течение 15 рабочих дней со дня получения руководителем медицинской организации постановления. Медицинское заключение в течение рабочего дня, следующего за днем его вынесения, направляется руководителем медицинской организации следователю или дознавателю. Сведения о медицинском освидетельствовании заносятся медицинской организацией в журнал регистрации медицинских освидетельствований. Форма журнала, порядок его ведения и хранения утверждаются Министерством здравоохранения Российской Федерации. Как видим, данный Порядок не содержит каких-либо указаний относительно получения информированного добровольного согласия освидетельствуемых или их законных представителей.

Статья 423 УПК РФ требует, чтобы о задержании, заключении под стражу или продлении срока содержания под стражей **несовершеннолетнего** подозреваемого, обвиняемого незамедлительно извещаются его законные представители.

В соответствии со статьей 424 УПК РФ вызов **несовершеннолетнего** подозреваемого, обвиняемого, не находящегося под стражей, к следователю, дознавателю или в суд производится через его законных представителей, а если **несовершеннолетний** содержится в специализированном учреждении для несовершеннолетних – через администрацию этого учреждения.

Статьей 425 УПК РФ предусмотрено, что в допросе несовершеннолетнего подозреваемого, обвиняемого, не достигшего возраста шестнадцати лет либо достигшего этого возраста, но страдающего психическим расстройством или отстающего в психическом развитии, участие педагога или психолога обязательно. Однако данное требование закона распространяется именно на допрос, но не на медицинское освидетельствование.

Статьи 179 и 290 УПК РФ предусматривают общий порядок освидетельствования (в том числе медицинского) в уголовном процессе. Так, освидетельствование производится на основании определения или постановления суда в случаях, необходимости обнаружения на теле человека особых примет, следов преступления, телесных повреждений, выявления состояния опьянения или иных свойств и признаков, имеющих значение для уголовного дела, если для этого не требуется производство судебной экспертизы. Освидетельствование может быть произведено в отношении подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, а также свидетеля с его согласия, за исключением случаев, когда освидетельствование необходимо для оценки достоверности его показаний. В случаях, не терпящих отлагательства, освидетельствование может быть произведено до возбуждения уголовного дела. О производстве освидетельствования следователь выносит постановление, которое является обязательным для освидетельствуемого лица. По смыслу закона, согласие на освидетельствование требуется только от свидетеля, в том числе несовершеннолетнего. Если же в уголовном процессе участвует законный представитель такого несовершеннолетнего свидетеля, то согласие на освидетельствование следует получить у него. В тех случаях, когда освидетельствование лица производится в ходе судебного заседания и сопровождается обнажением освидетельствуемого, то это действие производится в отдельном помещении врачом или иным специалистом, которым составляется и подписывается акт освидетельствования. В присутствии сторон и освидетельствованного лица врач или иной специалист сообщает суду о следах и приметах на теле освидетельствованного, если они обнаружены, отвечает на вопросы сторон и судей. Акт освидетельствования приобщается к материалам уголовного дела.

Таким образом, при проведении медицинского освидетельствования на состояние опьянения, проводимого в рамках уголовного процесса в отношении несовершеннолетних, не требуется получения информированного добровольного согласия ни несовершеннолетнего, ни его законных представителей за исключением, когда освидетельствование производится в отношении несовершеннолетних свидетелей. Поэтому врачам психиатрам-наркологам до проведения медицинского освидетельствования следует уяснить процессуальный статус (обвиняемый, подозреваемый, потерпевший или свидетель) несовершеннолетнего освидетельствуемого. Подобный процессуальный статус должен быть указан в постановлении следователя, лица проводящего дознание, определении суда.

4. Федеральный закон "О наркотических средствах и психотропных веществах"

Пунктом 2 статьи 54 предусмотрено, что наркологическая помощь больным наркоманией оказывается при наличии их информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, полученного в порядке, установленном законодательством в сфере

охраны здоровья, а больным наркоманией несовершеннолетним – при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство одного из родителей или иного законного представителя (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста).

Следует учитывать, что подобные исключения предусмотрены Гражданским кодексом Российской Федерации для случаев вступления несовершеннолетними в брак, а также занятия ими предпринимательской или трудовой деятельностью, что является возможными основаниями для приобретения такими не совершеннолетними полной гражданской дееспособности. Однако решение о наделении несовершеннолетних полной гражданской дееспособностью принимает только суд.

Из содержания статьи закона не вполне ясно может ли несовершеннолетний старше 16 лет самостоятельно обращаться за медицинской наркологической помощью, а также возможно ли медицинское освидетельствование без согласия законных представителей несовершеннолетнего старше 16 лет на факт потребления наркотических средств или психотропных веществ.

5. Статья 13 Федерального закона "О полиции"

Статья предоставляет право сотрудникам полиции доставлять граждан, находящихся в общественных местах в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и утративших способность самостоятельно передвигаться или ориентироваться в окружающей обстановке, в медицинские организации; доставлять по письменному заявлению граждан в медицинские организации либо в служебное помещение территориального органа или подразделения полиции находящихся совместно с ними в жилище граждан в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, если есть основания полагать, что они могут причинить вред жизни и здоровью граждан, нанести ущерб имуществу; направлять и (или) **доставлять на медицинское освидетельствование** в соответствующие медицинские организации граждан для определения наличия в организме алкоголя или наркотических средств, если результат освидетельствования необходим для подтверждения либо опровержения факта совершения преступления или административного правонарушения, для расследования по уголовному делу, для объективного рассмотрения дела об административном правонарушении, а также проводить освидетельствование указанных граждан на состояние опьянения в порядке, установленном Правительством Российской Федерации (пункт 14);

доставлять **не совершеннолетних**, совершивших правонарушения или антиобщественные действия, а также безнадзорных и беспризорных в центры временного содержания для несовершеннолетних правонарушителей органов внутренних дел, в специализированные учреждения для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, либо в

служебное помещение территориального органа или подразделения полиции по основаниям и в порядке, которые предусмотрены федеральным законом (пункт 15);

6. Закон "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании"

В Законе "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании" согласно части 2 статьи 4 несовершеннолетнему в возрасте до пятнадцати лет или больному наркоманией несовершеннолетнему в возрасте до шестнадцати лет психиатрическая помощь оказывается при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство одного из родителей или иного законного представителя, а лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, психиатрическая помощь оказывается при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство его законного представителя в порядке, установленном настоящим Законом.

Указанные лица, обратившееся за оказанием психиатрической помощи, либо один из родителей или иной законный представитель указанных лиц, имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, установленных законом. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, осуществляет данное право в случае, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства.

7. Федеральный закон "об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства

1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

2. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 (*согласие на трансплантацию органов при донорстве*) и **частью 2 статьи 54** (см. ниже) настоящего Федерального закона, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

2) **несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста).**

3. **Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в части 2 настоящей статьи, имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения**, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 настоящей статьи. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, осуществляет указанное право в случае, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства.

4. При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в части 2 настоящей статьи, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

5. При отказе одного из родителей или иного законного представителя лица, указанного в части 2 настоящей статьи, либо законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов такого лица. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, извещает орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного об отказе от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни подопечного, не позднее дня, следующего за днем этого отказа.

6. Лица, указанные в частях 1 и 2 настоящей статьи, для получения первичной медико-санитарной помощи при выборе врача и медицинской организации на срок их выбора дают информированное добровольное согласие на определенные виды медицинского вмешательства, которые включаются в перечень, устанавливаемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

7. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента.

8. Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, в том числе в отношении определенных видов медицинского вмешательства, форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форма отказа от медицинского вмешательства утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в части 2 настоящей статьи);

2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления); (по смыслу закона, данное положение не относится к административным правонарушениям)

5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

10. Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается:

1) в случаях, указанных в пунктах 1 и 2 части 9 настоящей статьи, – консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, – непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, которое указано в части 2 настоящей

статьи и в отношении которого проведено медицинское вмешательство, либо судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации;

2) в отношении лиц, указанных в пунктах 3 и 4 части 9 настоящей статьи, – судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.

Статья 54. Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья

1. В сфере охраны здоровья несовершеннолетние имеют право на:

1) прохождение медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, при занятиях физической культурой и спортом, прохождение диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации, оказание медицинской помощи, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на условиях, установленных органами государственной власти субъектов Российской Федерации;

2) оказание медицинской помощи в период оздоровления и организованного отдыха в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

3) санитарно-гигиеническое просвещение, обучение и труд в условиях, соответствующих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов;

4) медицинскую консультацию без взимания платы при определении профессиональной пригодности в порядке и на условиях, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации;

5) получение информации о состоянии здоровья в доступной для них форме в соответствии со статьей 22 настоящего Федерального закона.

2. Несовершеннолетние, больные наркоманией, в возрасте старше шестнадцати лет и иные несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии с настоящим Федеральным законом, за исключением случаев оказания им медицинской помощи в соответствии с частями 2 и 9 статьи 20 настоящего Федерального закона.

*В части этого закона в рамках упомянутых статей имеются серьезные основания расценивать как законодательную коллизию включение **медицинского освидетельствования несовершеннолетнего в целях установления состояния***

наркотического либо иного токсического опьянения в перечень медицинских вмешательств, требующих информированного добровольного согласия. Во всяком случае, вышеуказанные положения закона входят в противоречие с УПК РФ в части медицинского освидетельствования потерпевших от преступления несовершеннолетних, а также с КоАП РФ для доказательства совершенного административного правонарушения несовершеннолетними, достигшими возраста 16 лет, в отношении которых получение информированного добровольного согласия не требуется.

Более подробно об этом изложено в материалах "К вопросу об информированном добровольном согласии при медицинском освидетельствовании на состояние опьянения" от 6 мая 2015 года на официальном сайте Российской наркологической лиги в рубрике "Нормативные документы по наркологии, комментарии, ответы на письма".

8. Приказ Минздрава России от 17 июля 2015 г. № 443н

Непосредственное отношение к рассматриваемым вопросам имеет ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 17 ИЮЛЯ 2015 Г. № 443Н "О Порядке направления обучающегося в специализированную медицинскую организацию или ее структурное подразделение, оказывающее наркологическую помощь, в случае выявления незаконного потребления обучающимся наркотических средств и психотропных веществ в результате социально-психологического тестирования и (или) профилактического медицинского осмотра", принятый в соответствии с пунктом 5 статьи 53.4 Федерального закона от 8 января 1998 г. N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах". Пунктом 3 утвержденного упомянутым приказом Порядка предусмотрено, что в случае выявления в результате профилактического медицинского осмотра незаконного потребления обучающимся наркотических средств и психотропных веществ врач – психиатр-нарколог, проводивший профилактический медицинский осмотр, в том числе на основании результатов социально-психологического тестирования в соответствии с пунктом 6 Порядка проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 октября 2014 г. N 581н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 декабря 2014 г., регистрационный N 35345), разъясняет **обучающемуся, достигшему возраста пятнадцати лет** либо одному из родителей или иному законному представителю обучающегося, не достигшего возраста пятнадцати лет, результаты профилактического медицинского осмотра и выдает направление в специализированную медицинскую организацию или ее структурное подразделение,

оказывающие наркологическую помощь, в целях установления диагноза и определения мероприятий по медицинскому наблюдению обучающегося. И далее в пункте 4 Порядка указано, что направление выдается при наличии информированного добровольного согласия в письменной форме **обучающегося, достигшего возраста пятнадцати лет, либо информированного добровольного согласия в письменной форме одного из родителей или иного законного представителя обучающегося, не достигшего возраста пятнадцати лет**, данного с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

9. Заключение

И в заключение обзора приведем положения законодательства о "законном представителе несовершеннолетнего".

Специальный правовой статус "законный представитель несовершеннолетнего" фактически устанавливается, но не имеет легального определения в нормах российского права. Согласно Семейному кодексу Российской Федерации родители являются законными представителями своих детей и выступают в защиту их прав и интересов в отношениях с любыми физическими и юридическими лицами, в том числе в судах, без специальных полномочий (абзац 2 п. 1 ст. 64 Семейного кодекса Российской Федерации).

В случае утраты родительского попечения права и обязанности родителей возлагаются на "лиц, их замещающих", к которым Семейный кодекс Российской Федерации относит: усыновителей, опекунов, попечителей, приемных родителей, организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также органы опеки и попечительства, которые выполняют данную обязанность до устройства детей, оставшихся без попечения родителей, на воспитание в семью или соответствующую организацию.

С точки зрения законодательного определения процессуальных полномочий, ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ – гражданин, который в силу закона выступает во всех учреждениях, в т.ч. судебных, в защиту личных и имущественных прав и законных интересов недееспособных, ограниченно дееспособных, либо дееспособных, но в силу своего физического состояния не могущих лично осуществлять свои права и выполнять свои обязанности. Для осуществления этих действий ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ представляет суду документы, удостоверяющие их полномочия. В уголовном процессе ЗАКОННЫМИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ являются родители, опекуны, попечители подозреваемого (обвиняемого), потерпевшего, свидетеля. ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ являются также представители таких учреждений, как детский дом, дом для инвалидов и т.п., на попечении которых находится не полностью дееспособный участник процесса,

представители органов опеки и попечительства (если не полностью дееспособный участник процесса не имеет других ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ или они не допущены к процессу). В гражданском процессе ЗАКОННЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ – родители, усыновители, опекуны и попечители совершают от имени представляемых все процессуальные действия с ограничениями, предусмотренными законом.

В статьях 48, 426 и 428 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации понятие законных представителей не раскрывается.

Анализ ст. 52 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации показывает, что перечень лиц, организаций, органов, которые могут выступать законными представителями, оставлен открытым: в качестве последних могут выступать и иные лица, которым это право прямо предоставлено законом (например, в ряде случаев – органы опеки и попечительства, ст. 34 ГК РФ). В качестве законных представителей несовершеннолетних названы родители, усыновители, опекуны и попечители указанных выше лиц (а в случаях, указанных в законе, и иные лица, которые выступают в защиту их прав и интересов в отношениях с любыми физическими и юридическими лицами, в т.ч. в судах без специальных полномочий. Документы, которые законные представители должны представить в подтверждение своих полномочий, – это, в частности: свидетельство о рождении; документы, выдаваемые органами опеки и попечительства лицам, назначенным опекунами и попечителями; документы, удостоверяющие личность родителей, усыновителей, опекунов, попечителей (например, паспорт).

Законные представители от имени представляемых вправе совершать все процессуальные действия. При этом объем совершаемых ими процессуальных действий по общему правилу совпадает с объемом действий, которые вправе были бы совершить сами представляемые лица.

Law provisions for juvenile to be considered in the practice of addiction doctors

Tselinskiy B.P.

PhD, Federal State Budgetary Institution "V. Serbsky Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology". Moscow

The article provides an overview of the current legislation governing the legal status and liability of minors in relation to addiction doctors' practices.

Key words: minors, administrative liability, criminal liability, the legal representative of a minor

Сохранить и укрепить кадровый потенциал в сфере здравоохранения – национальная задача страны

Говорин Н. В.

Заслуженный врач России, профессор, д.м.н.

Выступление на Форуме «За качественную и доступную медицину!», организованном Общероссийским общественным движением «Общероссийский народный фронт».

Добрый день, уважаемый Владимир Владимирович! Добрый день, уважаемые коллеги!

Исполняя Ваше поручение о подготовке Форума, мы провели на самом деле большую работу, попытались очень комплексно разобраться в тех проблемах, в тех аспектах, которые сегодня волнуют наших граждан. В ходе подготовки к Форуму были задействованы очень большие резервы: тысячи и тысячи активистов Народного фронта осуществили проведение мониторингов, народных рейдов по больницам, аптекам. В каждом регионе практически были организованы большие площадки по обсуждению региональных проблем здравоохранения. И всё это в конечном счёте привело к тому, что масштаб этой дискуссии можно было бы обозначить как большое обсуждение, достигающее национального уровня. Эта проблема затронула буквально всех: и пациентов, и врачей, – результаты этой дискуссии мы доложим Вам.

10 лет назад Вы объявили о реализации национального проекта «Здоровье». Государство за это время несло очень существенные траты, и расходы на здравоохранение за 10 лет увеличились в три раза. Была осуществлена модернизация отрасли, были созданы эффективные программы. И мы видим, как изменилась ситуация: улучшилась демографическая ситуация в стране, уменьшилась смертность, увеличилась рождаемость, увеличилась продолжительность жизни наших людей. Это было замечено и на международном уровне, когда по глобальному рейтингу оценки здравоохранения Россия впервые в 2013 году вошла в число благополучных стран. Такая позитивная демографическая ситуация является убедительным маркером качества функционирования или эффективности здравоохранения.

К большому сожалению, с 2015 года благополучная демографическая траектория сделала определённый крен, и мы видим, что в 2015 году произошло увеличение смертности: мы потеряли на 27 тысяч людей больше, чем за аналогичный период прошлого года. Эти обстоятельства вызывают определённую тревогу и диктуют необходимость принятия очень срочных продуманных, энергичных мер по анализу причин и устранению этих проблем.

Важным является тот факт, что при обсуждении проблем, возникших в области здравоохранения, в разных регионах были по существу выявлены одни и те же вопросы или одни и те же проблемы – независимо от того, где проживают наши граждане, будь то Дальний Восток, или Сибирь, или Москва. В результате анализа большого количества материалов, которые мы имели, мы в конечном счёте определили три главных направления, на которых нам нужно сосредоточиться для того, чтобы более чётко обозначить существующие вопросы: это качество и доступность медицинской помощи (то, что и легло в основу названия нашего Форума), это оценка эффективности управления системой здравоохранения и, конечно, самое главное, это обеспеченность профессиональными кадрами и сохранение человеческого врачебного потенциала.

В последние годы и врачи, и медицинское сообщество, и граждане стали отмечать определённые проблемы в сфере здравоохранения. И мы видим, что ситуация по этим показателям значительно ухудшилась, причём именно врачи, именно медицинские работники отмечают большую часть проблем в сфере определённых негативных тенденций. Обозначенные проблемы людей беспокоят с позиции того, что снизилась доступность медицинской помощи. Здравоохранение после проведения реформ под названием «оптимизация» стало напоминать своеобразное горлышко, хотя термин «оптимизация» – это улучшение, это поиск лучшего. Но в сознании и врачей, и населения сегодня термин «оптимизация», может быть, даже имеет какое-то и противоположное значение.

Мы видим, что уменьшилось количество посещений людьми больниц и поликлиник на 7,7 миллиона посещений, причём и в сельской местности такие же тенденции стали отмечаться. Объединение поликлиник привело к тому, что снизилась доступность для населения приёма у врачей-специалистов. Все эти факты свидетельствуют о том, что в обстоятельствах этих реформ стали возникать определённые проблемы. И конечно, население стало отмечать недостаточно высокий уровень качества медицинской помощи.

Последние исследования ВЦИОМ демонстрируют, что эти проблемы в здравоохранении буквально за последние полгода где-то даже имеют тенденцию к дальнейшей негативной динамике. Людей беспокоит нехватка врачей-специалистов, возрастает роль платных услуг в медицине, возникают очереди пациентов, очередь в поликлиниках и больницах. И все эти вопросы, в конечном счёте, конечно, обозначают очень серьёзные проблемы в здравоохранении. И особенно болезненной для людей является проблема роста платных услуг.

На самом деле получается такая ситуация, что значительную часть населения практически подталкивают в частную платную медицину. Совершенно по разным каналам мы видим, что только за последние полгода люди стали платить за платные услуги в здравоохранении на 13 процентов больше денег, на 25 процентов увеличились их траты на лекарственные препараты. И это тогда, когда мы видим, что имеет место

определённая экономическая турбулентность, нестабильность на рынке труда. Для людей это очень болезненно, и на встречах об этом люди прямо говорят.

Конечно, важным и самым главным показателем качества медицинской помощи являются кадры, и мы об этом говорим, что именно кадры определяют всё. В условиях проводимых реформ мы видим, что произошло сокращение большого количества специалистов, почти 90 тысяч медицинских работников были сокращены, и это в обстоятельствах, когда мы имеем дефицит кадров. Эти проблемы особенно остро стоят, и на них обращают внимание граждане в сельской местности. Поэтому подготовка кадров является в этом смысле наиболее серьёзной проблемой.

Дело в том, что в условиях проводимых реформ очень чётко обозначилась ещё одна болезненная проблема: это переток квалифицированных кадров из государственного здравоохранения в частный сектор. На наш взгляд, это путь к тому, что мы ослабим государственное здравоохранение. Это очень важно, потому что уходят порой лучшие кадры, и мы анализируем, какие причины и что беспокоит врачей. Я думаю, что в этой аудитории практически всем понятно, что в условиях работы в системе обязательного медицинского страхования у врачей резко увеличился объём бумажной работы. Всё-таки врачи, да и вообще в целом медицинские работники у нас недостаточно социально защищены. Причём врачей беспокоит не только или не столько невысокая заработная плата, сколько несправедливость оплаты труда и распределения заработной платы в медицинских учреждениях. Это вопрос, на который следует обратить внимание. И, самое главное, отмечается тенденция снижения [количества] молодёжи для поступления в медицинские вузы, особенно в регионах. Эти тенденции свидетельствуют о том, что проблема кадрового дефицита сегодня в отрасли является очень серьёзной.

Мы вчера на наших площадках очень активно разбирали различные темы. И, понимая, что страна развивается сейчас в очень жёстких экономических условиях, мы хотели бы сказать о том, что необходимо в этих трудных обстоятельствах обозначить те приоритеты, по которым мы должны двигаться дальше. Это, в первую очередь, всё-таки направление, которое мы определили бы как комплекс мероприятий, направленных на реальное улучшение качества и доступности медицинской помощи, особенно на селе, в городе, то есть в первичном звене. Это повышение эффективности управления здравоохранением, чтобы мы не потеряли те достижения, которые на самом деле имеет наше здравоохранение за последние годы. Конечно, это кадры.

Эти три кита – как раз три базисных позиции, на которых должно сегодня сосредоточиться и Министерство здравоохранения Российской Федерации, да и Правительство, по этим позициям необходимо сейчас активно всем нам работать. От Форума мы хотим предложить конкретные меры, что делать в этих обстоятельствах с учётом анализа всего масштаба проблем, которые имели место и которые сейчас очень чётко обозначились.

Конечно, в первую очередь, нам кажется, что необходимо наложить мораторий на ту оптимизацию, которая сегодня имеет место. Нам важно выработать более взвешенные позиции, потому что оптимизация – это не только сокращение, а, напротив, где-то и усиление многих позиций. Эти позиции необходимо всем вместе нам выстрадать, отработать.

Смысл работы, которую вы проделали в течение года, заключается не в том, чтобы прекратить любые изменения, а в том, чтобы направить их в нужное русло. И, если вы увидели, что что-то делается недолжным образом или не так, как задумывалось, самое главное – внести коррективы в эти реформы.

Второе, важно не снижать государственное финансирование. Мы видим, что в условиях возросших расходов на здравоохранение в целом снижать финансирование в реальном выражении сегодня недопустимо, нельзя, учитывая, что нам важно сохранить стабильность государственных гарантий не только на федеральном уровне, но и на региональном, и это очень важно. И конечно, приоритетом в продолжающихся реформах следует считать кадровую политику. Я бы это обозначил вот так: спасти, сохранить и укрепить кадровый потенциал – это сегодня национальная задача нашего государства, Министерства здравоохранения, всего врачебного сообщества.

Мы просим Вас, Владимир Владимирович, не снимать Вашего личного контроля с состояния системы здравоохранения, потому что, на наш взгляд, именно сфера здравоохранения, система здравоохранения – это то направление, чрезвычайно важное для каждого из наших граждан, которое, собственно, и позволяет на деле реализовывать программу строительства социальной справедливости в нашем государстве. Спасибо.

Maintaining and strengthening of human resources in the health sector as the country's national task

Govorin N.V.

Honoured Doctor of the Russian Federation, professor, M.D.

Address at the forum "For quality and affordable medicine!", organized by the All-Russian Public Movement "All-Russia People's Front".

О создании национальной Системы комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях

Иванов В. П.
Директор ФСКН России

Доклад на XVI Съезде психиатров России.

Добрый день, уважаемые коллеги!

Прежде всего, я хочу поприветствовать и поблагодарить всех участников конференции за ту подвижническую работу, которую вы ведете.

В своем выступлении я хочу поднять вопрос, точнее проблему, масштабную и наболевшую – проблему наркомании. Почти 7,5 миллиона наших сограждан с разной степенью регулярности вводят себя в физическое состояние измененного сознания путем потребления психоактивных химических препаратов, а около 3 миллионов делают это ежедневно, по сути, пребывая в, так сказать, бинарном состоянии "эйфория – ломка".

Это состояние не оставляет места ни социальной, ни экономической активности. Более того, их состояние повергает в ад, ужас и тяжелейшую жизненную ситуацию их родных и близких, а это уже 30-40 миллионов человек.

С другой стороны, наличие этого многочисленного контингента является своего рода мощнейшим социальным макромагнитом, который целенаправленно притягивает в страну наркопреступность всего мира. Именно поэтому наркомания является одновременно и медицинской, и социальной, и экономической, и политической проблемой.

Почему этим занимается ФСКН России? Указом Президента России от 10 июля 2014 г. № 507 и поручениями Президента России по итогам президиума Государственного совета от 17 июня этого года на Государственный антинаркотический комитет и ФСКН России возложена координирующая и организующая роль в создании национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации наркопотребителей.

Во исполнение данных решений ФСКН России выстроила систему управления – своего рода реабилитационную вертикаль – от Государственного антинаркотического комитета до муниципальных антинаркотических комиссий в субъектах Российской Федерации.

Такая вертикаль может эффективно работать только в теснейшей взаимосвязи с деятельностью психиатрических и наркологических служб Минздрава России. Не случайно поручение Президента России по созданию национальной системы комплексной реабилитации было дано в 2012 году в ответ на наше совместное с Министром здравоохранения России Вероникой Скворцовой обращение к Президенту.

ФСКН России и Минздрав России сегодня, организуя национальную систему реабилитации, по сути, возрождают и воссоздают целую отрасль по реабилитации, т.е. целевую деятельность государства по освобождению от нарко – и алкогольной зависимости, утраченную нами в 1994 году с ликвидацией системы лечебно-трудовых профилакториев.

По сути, прекращение деятельности на этом направлении стало катализатором роста наркомании и алкоголизации в нашей стране.

Напомню, что двадцать лет назад в государстве в системе МВД действовало 244 лечебно-трудовых профилактория. Эта бюджетно финансируемая отрасль обеспечивала реабилитацию свыше 70 тысяч нарко – и алкоголезависимых человек ежегодно. Из бюджета страны на финансирование этой деятельности ежегодно в нынешних ценах выделялось 30-40 миллиардов рублей в системе были заняты 17 тысяч сотрудников.

С упразднением системы ЛТП функция освобождения от наркотической зависимости перестала осуществляться государством, в то время как потребность общества в этой деятельности кратно возросла. Как говорится, с водой выплеснули и ребенка.

Ликвидация ЛТП была осуществлена в девяностые годы под ангажированную и даже истерическую кампанию об антигуманности этой практики. Более того, действовавший тогда Комитет Конституционного надзора в своём Заключении юридически квалифицировал проблему наркомании исключительно как частный вопрос здоровья индивида и, более того, приравнял потребление наркотиков к неотъемлемым правам человека, т.е. правам наркомана, который, цитирую, "ни перед кем не обязан отвечать за свое здоровье".

В действительности же ситуация прямо противоположная: отказ государства от реализации мер по освобождению наркопотребителей от зависимости, прекращение бюджетного финансирования этой деятельности – является не только негуманным, но и античеловечным по отношению к ним, их близким и обществу в целом.

На заседании Президиума Государственного совета 17 июня этого года Президент России Владимир Владимирович Путин сказал, цитирую: "Необходимо решать проблему избавления людей от наркотической зависимости, но исключительно медицинскими мерами, конечно, здесь не справиться. Нужна последующая социальная реабилитация и возвращение к нормальной полноценной жизни".



Обсуждение этой проблемы на вашей съезде представляется не просто актуальным, но и жизненно необходимым. Смее утверждать, что без выработки стратегической позиции психиатрического сообщества национальную систему не построить.

Опыт отечественной психиатрии в решении поставленной Президентом задачи является бесценным.

Один из основоположников российской школы психиатрии Сергей Сергеевич Корсаков первым отметил ключевое значение трудового процесса и соблюдения рабочего режима для восстановления личности, по его инициативе многие психиатрические клиники России стали вводить трудотерапию. По сути, Корсаков осуществил фундаментальную смену парадигмы восстановления, реабилитации личности и заложил основы подхода к психическим проблемам, в частности к наркомании, не только с медицинской, но и с социальной точки зрения.

Его ученик Владимир Петрович Сербский в руководимой им тамбовской лечебнице стал широко применять труд как необходимый атрибут реабилитационного процесса. Кроме этого он и его ученик Петр Борисович Ганнушкин первыми стали активно выступать за внедрение программ ресоциализации как важнейшего и необходимого этапа после лечения и реабилитации.

Владимир Михайлович Бехтерев стал применять трудотерапию в руководимой им Петербургской клинике душевных болезней.

Петр Петрович Кащенко, заведя больницу в Нижнем Новгороде, создал при ней мастерские и огороды, что позволило пациентам участвовать в трудовом процессе и обеспечивать их полноценный возврат в общество. Его брат Всеволод Петрович Кащенко в своей педагогической концепции ставил конечной целью не просто лечение, а перевоспитание, поведенческую коррекцию, а также формирование и развитие социально активной личности.

Земский психиатр Тихон Александрович Гейер создал клинические основы врачебно-трудовой экспертизы, трудоустройства психически больных, внебольничной помощи, психо- и трудотерапии.

Таким образом, по сути, именно труды выдающихся отечественных психиатров сформировали теоретический базис социально-трудовой реабилитации и заложили основы созданной в нашей стране системы специализированных трудовых лечебно-реабилитационных профилакториев.

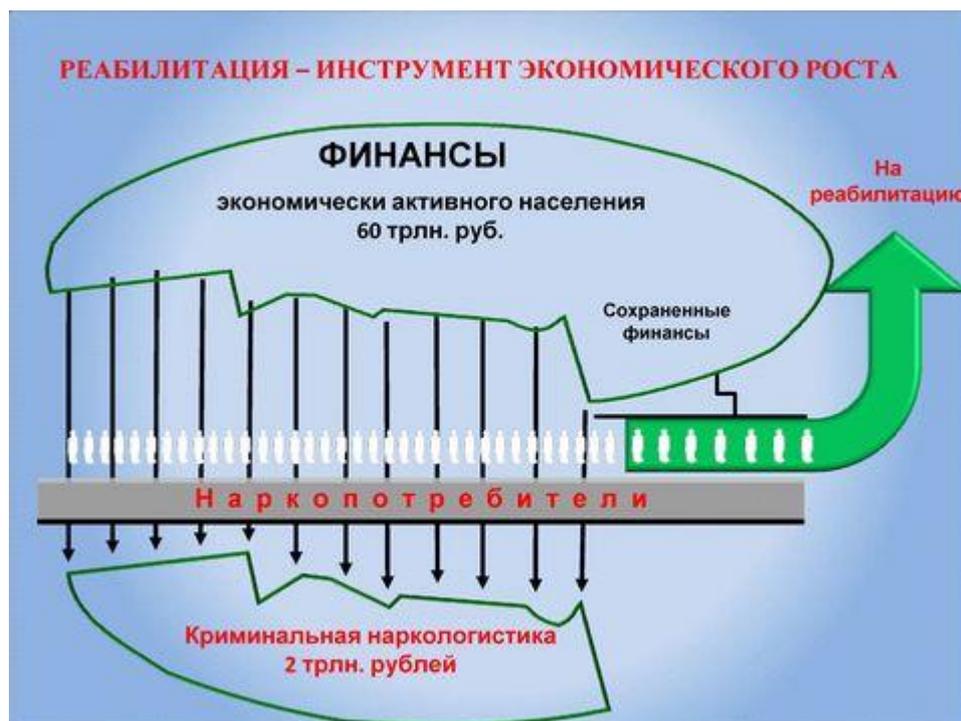
Президент России поставил перед нами задачу возрождения и воссоздания важнейшей отрасли освобождения миллионов наших соотечественников от нарко- и алкогольной зависимости. Эта масштабная задача обсуждалась Правительством Российской Федерации в ноябре прошлого года, а также в Совете Федерации, Государственной Думе и на заседаниях Государственного антинаркотического комитета.

Наркомания – это далеко не только медицинская проблема. Это масштабная социальная проблема, более того – ключевой фактор разрушения общественной и национальной безопасности, торможения экономического развития страны и главная причина высочайшей смертности среди молодежи.

Наркомания – это далеко не личное дело каждого, т.к. она существенно ухудшает общекриминальную ситуацию. Хочу подчеркнуть, что две трети всех неквалифицированных краж и грабежей, а это 340 тысяч преступлений ежегодно, осуществляют наркопотребители. Отъём мобильных телефонов, дамских сумочек, кража автомагнитол и подобные преступления в большинстве случаев совершаются наркопотребителями для того, чтобы добыть себе деньги на вожденную дозу.

Тем самым, по сути, потребление наркотиков напрямую подрывает экономику страны, поскольку 7,5 миллиона наркопотребителей тратят на наркотики до 4,5 миллиардов рублей ежедневно и тем самым выводят из ВВП страны в криминальную наркологистику до двух триллионов рублей ежегодно.

В связи с этим направление наркопотребителей на социальную реабилитацию можно и нужно рассматривать как прямую инвестицию в общество, поскольку реабилитация позволит ежегодно возвращать в экономику эти финансовые средства. Это прямая инвестиция в общество.



Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, утвержденная Указом Президента Российской Федерации, определяет два ключевых направления антинаркотической политики.

Первое направление – это сокращение предложения наркотиков путем целенаправленного пресечения их контрабанды, нелегального производства и оборота внутри страны.

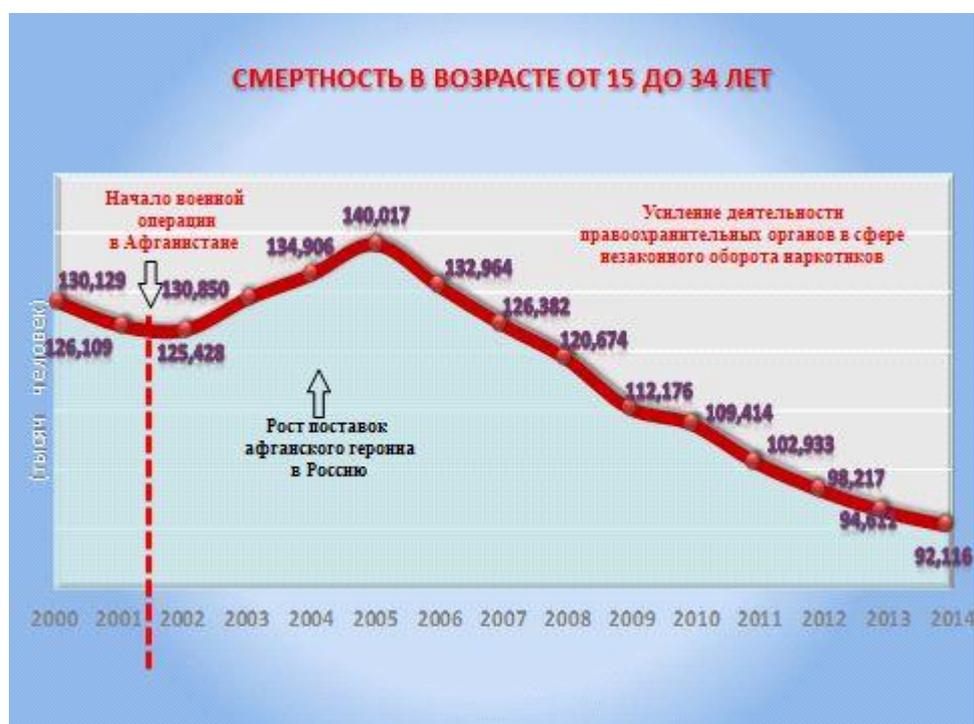
Второе направление – это сокращение спроса на наркотики путем уменьшения количества наркопотребителей за счет вовлечения их в программы освобождения от зависимости.

Реализация первого направления Стратегии позволила остановить рост наркомании в стране и сократить за десять лет на одну треть смертность молодого населения в возрастном сегменте от 15 до 34 лет.

Именно значительное количество наркопотребителей формирует высокую смертность молодежи в стране. Регулярное употребление наркотиков ведёт к интенсивному морфологическому разложению внутренних органов, что приводит к быстрой преждевременной смерти наркопотребителей.

В соответствии с анализом причин смертности, проведенным рабочей группой при Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан, до 70 процентов умирающих в этом возрасте – а это не менее 50-60 тысяч человек ежегодно – умирает

именно по причине морфологического износа внутренних органов. Таким образом, именно наркотики за 10 лет свели в могилу почти один миллион молодых жизней.



Хочу особо отметить, что статистические данные учитывают только непосредственную причину смерти, т.е. фиксируется только то, какой жизненно важный орган у человека отказал. Прямая же причина не устанавливается. Причиной же отказа этих органов в таком молодом возрасте в большинстве случаев является именно потребление наркотиков, однако в статистические формы это не попадает. Мы провели глубокие исследования совместно со службой судебной экспертизы, которые это подтвердили.

В Японии, в которой численность населения примерно такая же, как в России, в этом возрасте умирают от всех причин 5 тысяч человек, то есть от наркотиков примерно в 20 раз меньше, чем в России. В Европе, в среднем, – в 12 раз меньше, чем в России.

Таким образом, несмотря на достигнутое снижение, уровень смертности молодежи в нашей стране по-прежнему остается аномально высоким, что предопределяет необходимость реализации второго направления Стратегии по сокращению спроса на наркотики.

К сожалению, в настоящее время по-прежнему наблюдается дисбаланс государственной антинаркотической политики.

За 20 лет, прошедших с момента ликвидации в нашей стране системы ЛТП, за наркопреступления были привлечены к уголовной и административной ответственности

4,5 миллиона человек, при этом бюджетную комплексную реабилитацию прошли менее 20 тысяч человек.



В этом году в полную силу заработал механизм правового побуждения наркопотребителей к реабилитации путем реализации Федерального закона №313, который вступил в силу 25 мая 2014 года. Благодаря этому механизму в текущем году решениями судей в рамках административного судопроизводства до 100 тысяч наркопотребителей будет направлено на освобождение от зависимости, к сожалению, в практически нефункционирующую сегодня систему реабилитации.

Хотел бы в этой связи отметить, что Владимир Петрович Сербский был первым в России, кто выступал за необходимость лечения и реабилитации преступников с психическими отклонениями вместо их повального этапирования в места лишения свободы.

Эти же рекомендации по применению альтернатив тюремному заключению путем направления наркопотребителей на реабилитацию, содержатся и в решениях Генеральной Ассамблеи ООН, принятых в декабре 2014 года.

Однако финансируемая система социальной реабилитации наркопотребителей в нашей стране в настоящее время отсутствует. Социальной реабилитацией занимаются лишь структуры гражданского общества – негосударственные реабилитационные центры, причем практически без поддержки государства. При этом востребованность для общества функции освобождения от наркотической зависимости подтверждается тем

фактом, что в нашей стране стихийно возникли и действуют порядка 500 таких организаций.

Конституцией Российской Федерации гарантируется свобода деятельности общественных объединений, поэтому, ввиду отсутствия государственного финансирования, у этих негосударственных организаций отсутствуют юридические обязательства осуществлять свою деятельность во взаимодействии с государственными органами и в соответствии с требованиями, установленными государством.

Единственным юридическим механизмом, который обяжет неправительственные структуры работать по государственным стандартам во взаимодействии с органами здравоохранения и социальной защиты, является ресурсное обеспечение через грантовые выделения и обязательства. Только это позволит администрировать деятельность негосударственных организаций и обеспечит участие в этой работе федеральной и региональной власти и органов местного самоуправления.

Как я уже говорил, в СССР на обеспечение этой государственной функции через систему ЛТП выделялось ежегодно 30-40 миллиардов рублей. Ряд субъектов Российской Федерации уже выделяют на эти цели средства региональных бюджетов, однако на федеральном уровне старт-ап национальной системы комплексной реабилитации неоднократно откладывался в связи с отсутствием решения по финансированию.

Сейчас все необходимые предпосылки сформированы, реабилитационная вертикаль создана. Я уверен, что за счет совместной работы мы сможем кардинально переломить ситуацию с наркоманией в Российской Федерации, тем самым переломить ситуацию с наркопреступностью в нашем государстве.

Уважаемые коллеги!

Хочу пожелать всем участникам Шестнадцатого съезда психиатров России успешной работы.

Спасибо за внимание.

On the establishment of a national system of comprehensive rehabilitation and re-socialization of people using drugs and psychotropic substances for non-medical purposes

Ivanov V. P.

Director of the Federal Drug Control Service of Russia

Speech at the XVI Congress of Russian Psychiatrists.

II Международная научно-практическая конференция "Современная химико-токсикологическая экспертиза", Москва, 6-7 октября 2015

К участию в конференции приглашаем ученых, специалистов, а также студентов и аспирантов, занятых в области судебно-химического и химико-токсикологического анализа. Специалистами будут обсуждаться вопросы современной клинической токсикологии, наркологии, судебной токсикологии и допингового контроля.

Предполагаемая тематика конференции

- Определение наркотических, сильнодействующих и психотропных веществ в биологических объектах.
- Определение органических токсикантов в биологических объектах.
- Определение неорганических токсикантов в биологических объектах.

Место проведения

г. Москва, Ленинский проспект, д.47, ФГБУН Институт органической химии им. Н.Д. Зелинского РАН (ИОХ РАН)

В рамках конференции планируется организовать

- пленарные заседания и доклады по отдельным секциям;
- стендовую выставку участников;
- круглые столы;
- научно-практические семинары

Организаторы конференции

- Федеральное государственное бюджетное учреждение "Российский центр судебно – медицинской экспертизы" Минздрава России, г. Москва
- ФГБУН Институт органической химии им. Н.Д.Зелинского РАН, г. Москва
- Первый Московский государственный медицинский университет (МГМУ) имени И.М. Сеченова
- Институт аналитической токсикологии, г. Дубна, Московская область

Генеральный спонсор конференции

Компания ООО "Интерлаб", г. Москва

Оргкомитет конференции

1. Егоров Михаил Петрович, доктор химических наук, профессор, академик РАН, директор ФГБУН Института органической химии им. Н.Д. Зелинского.
2. Анаников Валентин Павлович, доктор химических наук, член-корреспондент РАН, заведующий лабораторией металлокомплексных и наноразмерных катализаторов ФГБУН ИОХ РАН, член Координационного совета по делам молодежи в научной и образовательной сферах Совета при Президенте Российской Федерации.
3. Изотов Борис Николаевич, доктор химических наук, профессор, заведующий Центральной химико-токсикологической лабораторией Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, главный внештатный специалист по аналитической и судебно-медицинской токсикологии Минздрава РФ.
4. Ковалев Андрей Валентинович, доктор медицинских наук, директор ФГБУ Российский центр судебно-медицинских экспертиз Минздрава РФ, главный внештатный специалист по судебно-медицинской экспертизе Минздрава России.
5. Савчук Сергей Александрович, доктор химических наук, ведущий научный сотрудник ФГУ Национального научного центра наркологии Минздравсоцразвития.

6. Родченков Григорий Михайлович, кандидат химических наук, директор ФГУП "Антидопинговый центр".
7. Надеждин Алексей Валентинович, кандидат медицинских наук, врач-психиатр ФГУ Национального научного центра наркологии Минздравсоцразвития.
8. Яшин Яков Иванович, доктор химических наук, профессор, лауреат Государственных премий СССР и РФ, руководитель отдела исследований и разработок ООО "Интерлаб".
9. Крупина Наталья Анатольевна, заведующая судебно-химическим отделом ГБУЗ МО "Бюро судебно-медицинской экспертизы".
10. Веденин Александр Николаевич, директор Института аналитической токсикологии (ИАТ).

Дополнительно

[Официальный сайт конференции acte2015.ru](http://acte2015.ru)

[Условия участия и бланк заявки на участие](#)