

В напряженной многолетней работе по борьбе с туберкулезом каждый субъект Российской Федерации руководствуется большим количеством федеральных и региональных нормативно-правовых актов. Например, для фтизиатрической службы Республики Саха (Якутия) документами, определяющими ее деятельность, являются почти два десятка законов, постановлений, приказов и распоряжений.

Думаю, и у коллег в других территориях их не меньше. Вместе с тем во всем этом разнообразии документов, призванных обеспечивать защиту населения от туберкулеза, отсутствуют эффективные механизмы выполнения противотуберкулезных и противоэпидемических мероприятий, в том числе с учетом региональных особенностей. Именно это, на наш взгляд, и снижает эффективность борьбы с инфекцией.

Опираясь на опыт работы Научно-практического центра «Фтизиатрия» Республики Саха (Якутия), хотелось бы высказать свое мнение по ряду основных нерешенных проблем организационно-правового порядка.

### Если больной уклоняется

В Федеральном законе № 77-ФЗ от 18.06.2001 «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» есть раздел, реализация которого происходит особенно слабо. Это п. 2 ст. 10 закона, в котором говорится о принудительной госпитализации, на основании решений суда, больных туберкулезом, которые умышленно уклоняются от обследования и лечения.

В Якутии накоплен определенный опыт данной работы. За период 2009-2011 гг. было подано 240 исков о принудительном лечении больных туберкулезом, что составило 14,3% от активного контингента наших пациентов. Привлечены на принудительное лечение 189 (78,7%) человек, остальные либо были безадресными, то есть найти их служба судебных приставов не смогла, либо исполнение решения суда было прекращено в связи со смертью больных.

Мы все знаем: принудительный привод в противотуберкулезный диспансер (стационар) вовсе не означает, что пациент будет лечиться, поскольку у данной категории больных изначально отсутствует мотивация к этому. У нас из числа привлеченных к принудительному лечению лишь 120 (63,5%) человек полностью прошли курс терапии, а в 23% случаев фтизиатры вынуждены были подавать в суды повторные иски.

Вот и получается, что выполнение федерального закона в части принудительного лечения полностью зависит от личной приверженности пациента к лечению, но никак не наоборот. Больной не мотивирован законом, он может не исполнять его, и за это нет определенного наказания.

Немаловажным фактом является и то, что пациенты туберкулезных стационаров имеют возможность покинуть лечебное учреждение под видом прогулки или же спровоцировать выпуск, намеренно нарушая режим. Это относится и к принудительно госпитализированным. А удерживать больных в стационаре принудительно мы не имеем права.

### Два пути

Таким образом, ни в указанном федеральном законе, ни в Постановлении Правительства Российской Федерации № 892 от 25.12.2001 «О реализации Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» не прописаны эффективные механизмы принудительной госпитализации, ее кратности, а главное, ответственности больного за неисполнение закона.

В итоге полагаю, что сдерживать распространение туберкулеза можно в одном-единственном случае – на государственном

уровне именно контролируемым приемом противотуберкулезных препаратов.

### Расселяем и распространяем?

Небольшой комментарий к п. 5 ст. 14 «О предоставлении вне очереди жилого помещения (дополнительной жилой площади) органами исполнительной власти» Федерального закона № 77-ФЗ. На сегодняшний день не существует бесплатного жилья, и органами исполнительной власти данная статья закона не выполняется.

всех 34 административных территориях были ликвидированы районные противотуберкулезные диспансеры как юридические лица. Однако, учитывая климатогеографические особенности и чрезвычайно сложные погодозависимые транспортные схемы региона, районные противотуберкулезные учреждения переданы в состав центральных районных больниц в качестве туберкулезных отделений с существенными изменениями структуры и штатного расписания, а соответственно, и полномочий, и объемов оказания помощи.

По сути, мы сохранили всю

службы в территориях республики.

### Карусель законов

Далее. Одна из основных мер предупреждения распространения туберкулеза – проведение противотуберкулезных мероприятий в очагах инфекции, в том числе обязательной заключительной дезинфекции. Раньше она проводилась по заявке противотуберкулезного диспансера за счет средств санэпидслужбы. С принятием Федерального закона № 122-ФЗ плата за проведение заключи-

### Острая тема

# Когда согласья нет...

## Во многом из-за недопонимания между медиками и высокой властью в России не удастся победить туберкулез



Теперь давайте задумаемся в смысл самой статьи закона. Идея заключается в расселении членов семьи больного открытой формой туберкулеза с целью уменьшения внутрисемейного контакта. Но только не ясно, куда этого больного отселить от семьи? В другой жилой дом, в другой микрорайон, где еще не было больного туберкулезом, чтобы тем самым способствовать распространению инфекции?!

инфраструктуру как республиканской, так и районной противотуберкулезной службы, но без образования юридического лица в последнем случае. При этом сумели обеспечить целостность фтизиатрической службы региона и преемственность в работе с общей лечебной сетью. Это была временная «передышка» для того, чтобы оценить сложившуюся ситуацию и определить направление реорганизации республиканской противотуберкулезной службы.

У Якутии свои особенности: низкая плотность (0,3 человека на 3 км<sup>2</sup>) при небольшой численности населения (949 972 чел.), проживающего на огромной территории (3,1 млн км<sup>2</sup>), неразвитая транспортная схема, большая удаленность специализированного противотуберкулезного учреждения. Учитывая всё это, а также принимая в расчет возникшую угрозу разрушения государственной вертикали борьбы с туберкулезом в административных территориях, в 2010 г. был принят республиканский Закон «О наделении органов местного самоуправления муниципальных районов Республики Саха (Якутия) отдельными государственными полномочиями по оказанию специализированной противотуберкулезной медицинской помощи».

Должен отметить, экспертами ВОЗ сложившаяся инфраструктура борьбы с туберкулезом в Якутии признана наиболее целесообразной и эффективной. Так, было организовано финансирование противотуберкулезных и противоэпидемических мероприятий из бюджета республики в виде адресной субвенции, появились рычаги по укреплению кадровой и материально-технической базы муниципальных противотуберкулезных учреждений.

В свете последних законодательных изменений, когда всё муниципальное здравоохранение снова передается в подчинение субъектов РФ, возникает тревога о финансировании противотуберкулезных учреждений и мероприятий, а следовательно, об эффективности противотуберкулезной работы в административных территориях. Есть опасение, что тубучреждения и отделения снова будут финансироваться по остаточному принципу, после всех других служб. Как показал опыт, адресные субвенции – идеальный вариант развития и обеспечения фтизиатрической

тальной дезинфекции отнесена к расходной части регионального бюджета.

С формулировкой «в связи с недостаточностью финансирования» письмом Роспотребнадзора № 0100/8887-05-27 от 20.10.2005 «О проведении дезинфекции в очагах» было узаконено проведение дезинфекционных мероприятий силами Центра гигиены по договорам возмездного характера с гражданами, предпринимателями и юридическими лицами, так как данное мероприятие отнесено к расходной части бюджета субъекта РФ.

Получается, что до выхода Федерального закона № 122-ФЗ финансовых средств на проведение дезинфекционных мероприятий у санэпидслужбы было достаточно, а после оказалось недостаточно?

Как следовало из письма Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека № 0100/1880-07-32 от 26.02.2007 «О реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи», деньги на дезинфекцию в очагах туберкулеза необходимо предусмотреть в территориальных программах госгарантий, иными словами, это средства ОМС. Но противотуберкулезная служба, кроме пилотных регионов, не входит в систему ОМС!

В последующем обсуждении с Минздравсоцразвития России так и не был решен вопрос об источниках финансирования этих важных противотуберкулезных мероприятий. В регионах данная проблема решается по-разному в зависимости от политической воли руководства. Для примера: в Республике Саха (Якутия) в 2007 г. заключительная дезинфекция проводилась в очагах туберкулезной инфекции практически в 100% случаев.

Но как только эта услуга стала оказываться на возмездной основе, в 2008 г. уровень ее проведения снизился до 82%, в 2009 г. – до 66,8% случаев, и лишь в 2011 г. нам удалось подтянуть данный показатель до 82,5% случаев. Это улучшение было связано с принятием постановления правительства республики, которое предусматривает увеличение нормативов расходов на услуги санэпидслужбы для медицинских учреждений в 3,2 раза.

Столь резкие колебания в проведении одного из основных противоэпидемических ме-

### Призрачная вертикаль

К сожалению, традиционная, показавшая себя с наилучшей стороны целостная система оказания противотуберкулезной помощи населению в России оказалась нарушена после вступления в силу Федерального закона № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации...» и приказа Минздравсоцразвития России № 633 от 13.10.2005 «Об организации медицинской помощи».

Ситуация усугубляется тем, что в ежегодно утверждаемой Правительством РФ Программе госгарантий бесплатной медицинской помощи в части помощи, предоставляемой за счет средств бюджетов муниципальных образований, есть раздел о первичной медико-санитарной помощи гражданам, в том числе при заболевании туберкулезом (кстати, ни в одном нормативно-правовом акте не определены объемы этой самой первичной медико-санитарной помощи при туберкулезе). В то же время приказом Минздравсоцразвития России № 323 от 10.05.2007 фтизиатрическая служба отнесена к специализированной медицинской помощи.

Возникли существенные разногласия между двумя нормативно-правовыми актами. Регионы вынуждены самостоятельно интерпретировать положения данных документов и решать возникшие проблемы по организации противотуберкулезной помощи населению.

В Республике Саха (Якутия) во

уровне разработать положение о принудительной изоляции больных туберкулезом, уклоняющихся от лечения, причем четко расписать механизм его реализации, а также меры ответственности больного за неисполнение данной нормы. Хочу подчеркнуть: речь идет о принудительной изоляции, а не о принудительном лечении больных. Это принципиально разные по сути противотуберкулезные мероприятия.

Надо учитывать, что принудительное лечение больных может обеспечить не каждое противотуберкулезное учреждение по понятным причинам: материально-техническая база, не отвечающая всем требованиям инфекционного стационара; недостаточное обеспечение противотуберкулезными препаратами для проведения различных режимов химиотерапии; несоответствующие условия пребывания больных и пр.

На мой взгляд, вопрос изоляции и лечения недисциплинированных больных туберкулезом может решаться двумя путями: либо создавать учреждения «закрытого» типа, что является наиболее финансово затратным, либо ввести в упомянутый выше федеральный закон меру уголовной ответственности, следовательно, принудительное лечение от туберкулеза будет проводиться в системе ФСИН. Кстати, во многих территориях РФ эффективность лечения больных туберкулезом в пенитенциарной системе значительно выше, чем в гражданском секторе. Это, в частности, обуслов-

роприятий при туберкулезе ощутили многие территории России. Следовательно, подготовка такого рода нормативных документов должна быть более тщательной, с определением источника финансирования. А у регионов должно быть время подготовиться к изменившимся условиям, чтобы потом не вести переписку и поиск решений по всем вертикалям исполнительной власти вплоть до федерального уровня.

### Одни «за», другие «против»

Вызывает недоумение запрет региональной прокуратуры на принятие дополнительных мер по организации противотуберкулезных мероприятий с учетом территориальных особенностей. В законе Республики Саха (Якутия) №73-11 от 17.02.1999 «О защите населения от туберкулезной инфекции и оказании противотуберкулезной помощи» были прописаны изменения кратности флюорографического исследования и внеочередного обследования определенного круга лиц вне зависимости от утвержденных федеральных порядков и плановых сроков профилактических обследований. Однако в связи с реализацией Федерального закона № 122-ФЗ прокуратурой было предписано привести данные пункты республиканского закона в соответствие с постановлением Правительства РФ № 8926 от 25.12.2001.

Но это еще не всё. В приложении к Постановлению Правительства Республики Саха (Якутия) № 345 от 03.07.2000 «О неотложных мерах борьбы с туберкулезом» было предусмотрено, что

че и замене и по исполнению государственной функции по учету паспортов гражданина Российской Федерации, удостоверяющих личность РФ на территории Российской Федерации» и ст. 71 Конституции Российской Федерации данный пункт регионального постановления был опротестован.

Вот и получается, что некоторые решения наших властных органов не предупреждают, а способствуют распространению туберкулеза. В то время как меры, предложенные фтизиатрами, были направлены на улучшение противотуберкулезной помощи и усиление контроля за больными с открытой формой туберкулеза.

В связи с этим уместен вопрос: а какие законы будут защищать права здоровых граждан и ограждать их от заражения туберкулезом? Почему в условиях эпидемии туберкулеза в стране именно эта категория россиян оказалась самой незащищенной и бесправной?

### Койка койке – рознь

И последнее – об оказании стационарной помощи при туберкулезе. В распоряжении Правительства РФ № 1683 от 19.10.1999 «О методике определения нормативной потребности субъектов Российской Федерации в объектах социальной инфраструктуры» потребность во фтизиатрических койках должна составлять 0,4 на тысячу населения. Там же указано, что речь идет лишь о рекомендациях и регионы могут вносить изменения, подкрепляя их локальными нормативно-правовыми актами: планирование коечного фонда в

мендованы высокие нормативы экономического обоснования объемов медицинской помощи в противотуберкулезной службе. Но рекомендации, как правило, тут же становятся требованиями для исполнительной власти.

Вот яркий пример. Достичь оборота 4,28 одной терапевтической туберкулезной койки в отделениях, где находятся больные хроническими формами и МЛУТБ, невозможно: длительность режимов химиотерапии при МЛУТБ составляет 24 месяца, то есть оборот такой койки может составить всего 0,5 в год, или 1 в течение 2 лет!

Убежден, необходимо дифференцировать работу туберкулезных коек по категориям больных. Однако финансовые службы органов исполнительной власти на местах гораздо больше волнует вопрос минимизации расходов на содержание коек, чем обеспеченность потребности в койках для туберкулезных больных с учетом региональных особенностей. О каком качестве лечения можно говорить в такой ситуации? Надо пересмотреть федеральные документы, регламентирующие формирование коечного фонда противотуберкулезной службы, чтобы не оставить лазеек для уклонения от решения этого вопроса на региональном уровне.

Подведем итоги. Россия может рассчитывать на коренные изменения в заболеваемости туберкулезом, только если будут приняты решительные, а не половинчатые меры по предупреждению распространения инфекции. Когда наконец-то будет достигнуто согласие между специалистами, учеными и практиками, владеющими всей, так сказать, поднаготной в области этой страшной болезни, это с

### Ситуация

# Затянувшиеся роды... роддомов

## У наших начальников всё гладко на бумаге



**На встрече нынешним летом с Президентом РФ В.Путиным глава администрации Брянской области Николай Денин обратился к главе государства с просьбой оказать помощь в строительстве родильного дома в городе Клинцы.**

– Это чернобыльский долготрой, – отметил в беседе с Владимиром Путиным губернатор. – Строительство учреждения было начато еще в 1996 г.

Три года назад «Медицинская газета» в корреспонденции «Разворованный роддом» (см. «МГ» № 41 от 05.06.2009) рассказала об этой ситуации. Напомним.

Сооружение этого медицинского учреждения началось в соответствии с Федеральной программой «Дети Чернобыля». Тогда предполагалось оснастить его самым современным медицинским оборудованием.

Однако гладко вышло лишь на бумаге. В силу целого ряда причин (в основном финансового характера) стройку надолго заморозили, и оборотистые дельцы начали потихоньку разворовывать объект, увозя «налево» строительные материалы.

– Нам нужно любой ценой ввести роддом в строй в этом году, – подчеркнул губернатор в беседе с главой государства. – Мы предпринимаем все возможные усилия, но ресурсов областного бюджета недостаточно. Для завершения строительства нужно «передвинуть» выделение 100 млн руб., запланированных по федеральной программе на 2013-й год, на текущий...

Словом, если Москва поможет, то... Но не всегда торможение дела можно списать на отсутствие финансовых потоков из центра.

Возьмем, например, катавасию (иначе происходящее и не назовешь) с капитальным ремонтом родильного дома № 2 в областном центре. В здравоохранение Брянщины исправно поступают федеральные миллиарды рублей на переоснащение, строительство и ремонт медицинских учреждений. Вот только умело ли их в области используют? По планам местных чиновников ремонтные работы должны были завершиться еще в конце прошлого года. Однако к той поре

из 32 млн руб. оказались освоены лишь... 2 млн.

И вот тут-то (а почему, спрашивается, не раньше?) городские власти закричали: «Караул!» Лишь в конце октября 2011 г. начались регулярные визиты на этот объект имеющих власть чиновников. Крайней оказалась главный врач роддома Галина Коршакова, которой вынесли административное наказание. А вся беда заключалась в том, что торги на производство работ выиграла фирма «Гидроремонт», которая, как выяснилось (тут масса вопросительных знаков) даже толком не занимается строительством. Гневу узнавшего обо всем главы администрации Брянска Сергея Смирнова не было предела.

– Требую приложить все усилия для немедленного исправления ситуации! – резко отчитал чиновник представитель фирмы.

Исправлять начали общими силами, приглашая в помощь подрядчику другие строительные организации. Дела вроде пошли в гору, но... Цепная реакция не замедлила сказаться. За затянувшееся «строительное время» почти 2 тыс. женщин пришлось рожать в иных местах. То есть большая дополнительная нагрузка легла на другие роддома города. И особенно она возросла в областном роддоме, где в минувшем году приняли почти 4 тыс. родов!

Создавшаяся проблема высветила и еще одно обстоятельство. Если всего несколько лет назад родильные отделения работали на Брянщине в каждой ЦРБ, то нынче они действуют лишь в нескольких районных больницах. По сути, на всю область сейчас насчитывается всего 8 более-менее полноценных роддомов. Понятно, что ввода в строй Клинцовского роддома ждут как манны небесной. Ведь только в этом, втором по величине городе области ежегодно появляется на свет больше тысячи малышей. Кроме того, сюда привозят рожениц из Суража, Унечи и других районов. Есть, словом, о чем крепко задуматься местным властям.

**Василий ШПАЧКОВ,  
соб. корр. «МГ».**

Брянская область.



при оформлении регистрации по месту пребывания в пределах республики гражданин должен предъявлять справку о прохождении флюорографии по месту прописки. Для чего это необходимо? Чтобы противотуберкулезная служба региона имела сведения о выезде или въезде на административные территории больных туберкулезом или граждан с подозрением на него, в том числе лиц, освобожденных из учреждений ФСИН. В этих случаях мы могли принять своевременные меры.

Однако благие намерения фтизиатров вызвали неодобрение уполномоченного по правам человека в Республике Саха (Якутия). В итоге на основании приказа МВД РФ № 105 от 28.12.2006 «Об утверждении административного регламента ФМС по предоставлению государственной услуги по выда-

окончательном варианте ведется региональным Министерством экономического развития.

Так вот, при пересчете по разработанной федеральной методике в Якутии следовало сократить количество туберкулезных коек в 2,8 раза. Да, у нас действительно коечный фонд больше, чем нужно по нормативам, но в этом и суть региональных особенностей. Из Заполярья большой летит самолетом в Якутск 5 часов, отдавая за авиабилет 16-18 тыс. руб. в один конец. Вот почему мы вынуждены содержать в отдаленных территориях республики небольшой коечный фонд.

Ситуация усугубляется еще и тем, что в письме от 22 августа 2005 г. заместителя министра здравоохранения и социального развития (№ 4076-ВС) и директора Федерального фонда ОМС (№ 3986/40-3/и) реко-

одной стороны, и между властями предрержащими, от которых зависит принятие жизненно важных законов, их исполнение, разработка социально значимого опыта. Думаю также, что пришло время провести публичное обсуждение научно-правовых, социальных, медицинских вопросов противотуберкулезной работы. С акцентом на ответственности лиц, умышленно избегающих лечения и подвергающих опасности здоровых людей...

**Александр КРАВЧЕНКО,  
главный фтизиатр Министерства  
здравоохранения Республики Саха  
(Якутия), доктор медицинских наук.**

**НА СНИМКАХ: А.Кравченко;  
красивая внешне работа оленеводов Якутии, по существу,  
очень тяжелая, чревата многими  
заразными болезнями.**

**Фото Николая БОБРОВА.**