

«Никто, кроме нас, здесь и сейчас». Первая версия документа была обсуждена во время проведения онлайн-конгресса «Оргздрав-2020» (25-26 мая), ее одобрили более 7 тыс. участников. В текущую версию внесены дополнительные предложения (более 100 развернуых отзывов) от руководителей региональных органов управления здравоохранением, членов медицинского отделения РАН, членов Совета Национальной медицинской палаты, руководителей профессиональных медицинских и пациентских ассоциаций, практикующих врачей. Абсолютное большинство участников обсуждения поддерживают положения реформы. Обсуждение продолжается, просим Вас присылать свои дополнения на e-mail: congress@vshouz.ru Проект разработан проф. Улумбековой из Высшей школы организации управления здравоохранением.

Цель. Увеличение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) населения до 78 лет к 2024 г. (к 2030 г. – до 80 лет) и повышение удовлетворенности граждан доступностью и качеством и медицинской помощи. Введение. Здравоохранение, как и оборона, это основа безопасности страны. Обеспечение здоровья российских граждан не может финансироваться по остаточному принципу и базироваться на рыночных подходах. Сегодня российское здравоохранение находится в перманентном кризисе, который выражается в том, что резко снизилась доступность медицинской помощи, при этом медицинские работники не могут обеспечить ее в требуемых объемах и на установленном уровне качества. Полумеры положения в отрасли не исправят. Основа доступной и качественной медицинской помощи – хорошо подготовленный врач и медицинская сестра, труд которых высоко ценится и уважается в обществе. От реализации продуманных реформ в отрасли зависит наше будущее – медицинских работников, и, главное, здоровье наших пациентов. Краткое содержание. Сегодня в РФ ключевая характеристика здоровья населения – ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) на 4,8 года ниже, чем в «новых-8» странах ЕС, близких к нашей стране по уровню экономического развития1, а смертность трудоспособного населения в 3 раза выше, чем в среднем в странах ЕС. Такие неудовлетворительные показатели напрямую связаны с недостаточными мерами по охране здоровья граждан РФ на популяционном уровне (высокая распространенность табакокурения, потребление алкоголя, неблагоприятные экологические условия и условия труда на производстве), а также с системным кризисом в здравоохранении. Критическое положение российского здравоохранения

характеризуется: 1) длительным недофинансированием (в 1,9 раза ниже, чем в «новых-8» странах ЕС в расчете на душу населения); 2) нетерпимым положением медицинских работников (нищенские базовые оклады - у врачей от 12 тыс. до 35 тыс. руб., а у медицинских сестер – от 10 тыс. до 20 тыс. руб.). Это усугубляется постоянными переработками, избыточными, невыполнимыми требованиями, излишними проверками и потребительским экстремизмом - все это является причиной дефицита кадров в отрасли; 3) неэффективным управлением – децентрализация в управлении региональным здравоохранением, рассредоточение ключевых функций по охране здоровья в разных ведомствах, наличие массы противоречий в нормативной базе; 4) неоптимальной для РФ, дорогостоящей страховой моделью финансирования здравоохранения и рыночными подходами в компенсации затрат на оказание медицинской помощи («деньги следуют за пациентом»), которые привели к разрушению медицины в сельской местности и малых городах; 5) дефицитом коечного фонда стационаров (обеспеченность коечным фондом на 15% ниже, чем в Германии), изношенностью материально-технической базы и непригодным состоянием до 30% зданий медицинских организаций. Для обеспечения доступной, качественной и бесплатной медицинской помощи населению РФ, особенно в ситуации продолжения падения реальных доходов граждан (по прогнозам на 5-6% в 2020 г.), необходимо незамедлительно реализовать следующие меры: 1. Создать при Правительстве РФ постоянно действующую межведомственную Комиссию по охране здоровья населения РФ с участием РАН. Комиссия в кратчайшие сроки должна разработать и утвердить масштабную Программу по общественному здоровью до 2030 г. 2. Создать централизованную систему управления здравоохранением с подчинением Минздраву России региональных органов управления здравоохранением, санитарноэпидемиологической службы и других ведомств, отвечающих за охрану здоровья населения. Создать центр в Минздраве России по борьбе с эпидемиями и другими чрезвычайными ситуациями. 3. Увеличить государственное финансирование здравоохранения до 6% ВВП (с 3,8 трлн руб. до 6,5 трлн руб. к 2022 г. в ценах 2019 г.). Для этого ежегодно дополнительно потребуется около 1 трлн руб., начиная с 2020 г. Одновременно необходимо перейти на бюджетную модель финансирования здравоохранения, подчинив фонды ОМС региональным органам управления здравоохранением и устранив частные страховые медицинские организации. Установить систему компенсации затрат медицинских организаций по смете, покрывающей их базовые расходы. 4. Изменить отношение к медицинским работникам: повысить оплату их труда с установлением на федеральном уровне минимального базового оклада в размере 4 МРОТ для врачей, 2 МРОТ для медсестер и 1,5 МРОТ для младшего медперсонала; обеспечить их профессиональную безопасность и благоприятные условия труда, которые предотвращают выгорание. 5. Внедрить систему всеобщего бесплатного лекарственного обеспечения населения рецептурными лекарственными препаратами. 6. Убрать противоречия в нормативной базе здравоохранения, привести все контрольные проверки в единую систему, исключить дублирование отчетных документов, согласовать их и перевести в единый цифровой формат. 7. Реализовать меры по повышению качества высшего медицинского и среднего профессионального образования, в том числе установить минимальные базовые оклады в зависимости от степени, занимаемой должности и уровня квалификации профессорскопреподавательского состава (ППС): для ППС медицинских вузов от 4 до 8

МРОТ; для ППС медицинских колледжей от 2 до 4 МРОТ, а также обновить программы обучения и учебную литературу в соответствии с лучшими мировыми стандартами; создать условия для реализации системы непрерывного медицинского образования (финансовые средства и выделенное оплачиваемое время – не менее 1 дня в 2 месяца). 8. Увеличить финансирование медицинской науки в 3 раза - с 0,04 до 0,12% ВВП, разработать и внедрить методологию управления вложениями в НИР, исходя из долгосрочных потребностей системы здравоохранения.

ОГЛАВЛЕНИЕ I. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ РЕФОРМЫ 1.1. Реализация права граждан на охрану и укрепление здоровья 4 1.2. Обеспечение доступности и качества медицинской помощи 4 1.2.1. Восстановить централизованную модель управления здравоохранением и повысить эффективность управления в отрасли 4 1.2.2. Увеличить государственные расходы на здравоохранение и изменить модель финансирования здравоохранения со страховой на бюджетную 6 1.2.3. Ликвидировать дефицит и установить справедливую оплату труда медицинских работников 7 1.2.4. Обеспечить реализацию Национальной лекарственной политики РФ и системы всеобщего лекарственного обеспечения 8 1.2.5. Создать действенную систему управления качеством медицинской помощи 8 1.2.6. Обеспечить эффективное развитие медицинского образования и науки 9 1.2.7. Обеспечить постоянную готовность к эпидемиям и другим чрезвычайным ситуациям 10 II. ОБОСНОВАНИЯ РЕФОРМЫ 2.1. Состояние здоровья населения РФ 10 2.2. Факторы, определяющие здоровье населения РФ 11 2.3. Состояние системы здравоохранения РФ 11 2.4. Положение медицинских работников в отрасли 14 2.5. Обострение проблем здравоохранения во время эпидемии 15 2.6. Состояние медицинской науки и образования 16 2.7. Меры, которые предлагались для исправления ситуации в здравоохранении РФ до эпидемии 16 2.8. Меры, принятые в здравоохранении РФ в период эпидемии в сравнении с другими странами 16 2.9. Социально-экономические и эпидемические прогнозы на 2020 г. 18 III. ПРИЛОЖЕНИЯ 3.1. Справка об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ и других странах (Великобритания, Германия, Китай, Норвегия, Тайвань, США и Южная Корея) (отдельным файлом) 19 3.2. Использованные источники информации 19 3.3. Перечень писем и аналитических справок, подготовленных Г.Э. Улумбековой, которые в период 2010–2020 гг. были отправлены в Правительство РФ, Государственную Думу РФ, Совет Федерации РФ, Минздрав России, РАН, Национальную медицинскую палату с предложениями по решению критических проблем российского здравоохранения 19

ПОЛОЖЕНИЯ РЕФОРМЫ 1.1. Реализация права граждан на охрану и укрепление здоровья Это направление включает экологическое и санитарно-эпидемиологическое благополучие, условия для занятий населения физической культурой и спортом, охрану окружающей среды, благоприятные условия труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производство и реализацию доброкачественных продуктов питания. Для реализации данного направления необходимо создать при Правительстве РФ постоянно

действующую межведомственную Комиссию по охране здоровья населения РФ с участием РАН. Комиссия в кратчайшие сроки должна разработать и утвердить соответствующую Программу до 2030 г. с конкретными целевыми показателями и ответственными за их достижение руководителями различных ведомств. Важнейшим блоком этой программы должны стать охрана здоровья граждан трудоспособного возраста путем реализации подпрограммы производственной медицины (медицины труда) на всех крупных и средних предприятиях страны2, а также подпрограмма по охране здоровья детей и подростков, включая вопросы школьной медицины. Ежегодно должен публиковаться Государственный доклад о ходе ее реализации, с заслушиванием на совместном заседании палат Федерального Собрания Российской Федерации. 1.2. Обеспечение доступности и качества медицинской помощи

1.2.1. Восстановить централизованную модель управления здравоохранением и повысить эффективность управления в отрасли • Восстановить централизованную систему управления здравоохранением в стране во главе с Минздравом России (при этом уточнить место и роль муниципального здравоохранения). Подчинить Минздраву России санитарно-эпидемиологическую службу, выделив ее из структуры Роспотребнадзора, а также другие службы, отвечающие за безопасность здоровья населения, в том числе Всероссийский центр медицины катастроф «Защита». • Разработать «Программу развития здравоохранения до 2030 г.»3 с целями по улучшению здоровья населения и обеспечить ее необходимыми финансовыми ресурсами. Установить законодательно ответственность за выполнение этой Программы руководителей здравоохранения федерального и регионального уровня. • Включить главных внештатных специалистов по основным (укрупненным) врачебным и сестринским специальностям в штат Минздрава России с ответственностью по снижению смертности, заболеваемости и инвалидности по своему профилю. Для обеспечения единых подходов в организации медицинской помощи в регионах специалист должен быть только один и находиться во главе научнопрактического Совета Минздрава и РАН по соответствующему профилю. В Совет должны входить руководители НМИЦ и профессиональных НКО, специалисты из регионов и председатели учебно-методических комиссий, в нем также можно организовать секции по отдельным узким направлениям. Задача таких советов - разработать подпрограммы (составные части Программы развития здравоохранения до 2030 г.), направленные на снижение смертности, заболеваемости и инвалидности по соответствующему укрупненному профилю, согласовывать междисциплинарные вопросы, устранить противоречия и актуализировать нормативную базу, а также осуществлять сопровождение и контроль за реализацией подпрограмм в регионах.

2 Речь идет о производственно-цеховой медицине, которая сегодня сохранилась только в ОАО «РЖД», а не только о корпоративных программах общественного здоровья. 3 Действующая Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения» действует до 2024 г., не содержит важнейших направлений и не обеспечена необходимы ресурсами для достижения поставленных целей – ОПЖ 74 года к 2024 г.

• Подпрограммы, которые требуют первоочередной разработки дополнительно к имеющимся (борьба с онкологическими заболеваниями, борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями и развитие детского здравоохранения): – Борьба с инфекционными

заболеваниями; – Здоровье подростков; – Профилактика стоматологических заболеваний; – Охрана психического здоровья, борьба с наркологической и алкогольной зависимостью; – Профилактика и лечение заболеваний ЛОР-органов; – Медицинская реабилитация (с акцентом на раннюю реабилитацию); – Сквозная подпрограмма по развитию сестринского дела. • Убрать противоречия в нормативной базе здравоохранения, привести все контрольные проверки в единую систему, исключить дублирование отчетных документов, согласовать их и перевести в единый цифровой формат. • Обеспечить финансовые и материально-технические потребности медицинских организаций в объеме, который позволит им выполнять требования нормативных документов: стандарты медицинской помощи, порядок ее оказания, клинические рекомендации и критерии качества медицинской помощи. • Принимать решения в здравоохранении на основании клинико-экономического обоснования и обязательного, неформального экспертного обсуждения. Это касается оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и более комплексных решений. • Разработать требования к кандидатуре, порядку назначения и снятия с должности руководителей здравоохранения, включая главных врачей. Необходимо разработать типовые формы контрактов с ними, которые наряду с ответственностью за выполнение поставленных перед ними целей и задач будут защищать их от необоснованных подходов при снятии с должности. • Максимально перейти на цифровой документооборот (с минимальным дублированием бумажного), который будет облегчать, а не усложнять работу медицинских работников. Для этого разработать подпрограмму цифровизации медицинских организаций, которая должна включать: внедрение единых стандартов совместимости программного обеспечения; единые требования к кадровому, инфраструктурному и финансовому обеспечению медицинских организаций в части IT; тиражирование лучших программных продуктов (медицинских информационных систем). • Установить, что строительство новых и расширение мощностей существующих государственных медицинских организаций4 должно приниматься только после обоснования того, что планируемые дополнительные объемы медицинской помощи невозможно оказать на долгосрочной основе и на должном уровне (по объему, качеству и цене услуг) в уже существующих медицинских организациях по данному профилю (как государственных, так и частных). Строительство новых частных медицинских организаций, которые в дальнейшем будут претендовать на участие в программе государственных гарантий, должно происходить по согласованию с региональными органами управления здравоохранением, исходя из потребности региона в этих дополнительных мощностях. • Установить, что участие частных медицинских организаций в реализации программы государственных гарантий должно происходить на долгосрочной основе, с выполнением всех требований и условий, предъявляемых к государственным организациям, а также при условии, что эту помощь невозможно оказать в государственном секторе (по объему, стоимости и/или на требуемом уровне качества).

4 Речь не идет о капитальном ремонте и переоснащении имеющихся государственных медицинских организаций, речь идет о возможности экономии государственных инвестиций там, где это представляется возможным.

• Восстановить практику публикации ежегодного Государственного доклада о доступности и качестве медицинской помощи по установленным показателям в динамике, в разрезе регионов РФ, а также в сравнении с развитыми странам; с заслушиванием этого доклада на совместном заседании палат Федерального Собрания Российской Федерации.

1.2.2. Увеличить государственные расходы на здравоохранение и изменить модель финансирования здравоохранения со страховой на бюджетную • Поэтапно увеличить государственные расходы на здравоохранение с 3,5% до 6% ВВП (с 3,8 трлн руб. до 6,5 трлн руб. к 2022 г. в ценах 2019 г.5). Для этого ежегодно дополнительно потребуется около 1 трлн руб., начиная с 2020 г. Из них: – 1/3 – на повышение оплаты труда медицинских работников, профессорско - преподавательского состава медицинских вузов и колледжей, а также на повышение их квалификации; – 1/3 – на обеспечение большинства населения РФ бесплатными лекарствами в амбулаторных условиях или по рецепту врача (система всеобщего лекарственного обеспечения)6; – 1/3 – на компенсацию затрат медицинских организаций по дополнительным мерам инфекционной безопасности в условиях затянувшейся эпидемии, поэтапного обновления материально-технической базы медицинских организаций, а также на реализацию отдельных приоритетных подпрограмм, дополнительно к имеющимся. • Восстановить бюджетное финансирование системы здравоохранения и установить ответственность бюджетов всех уровней за финансовое обеспечение медицинской помощи, в соответствии с установленными нормативными требованиями по объему, срокам, качеству и условиям ее оказания. Для этого средства ОМС7, федерального и региональных бюджетов должны быть объединены у единого плательщика с последующим перераспределением в регионы. • Исключить частные страховые медицинские организации из цепочки доведения государственных средств до медицинских организаций, а их функции распределить между государственными организациями. Территориальные отделения ФОМС сделать финансовыми подразделениями региональных органов управления здравоохранением, изменив их функции (это означает упразднение самостоятельности системы ОМС). • Восстановить компенсацию расходов медицинских организаций по смете, которая гарантировано покрывает их базовые расходы (установленные объемы помощи и себестоимость ее оказания в соответствии с клиническими рекомендациями и другими нормативными актами). Расположение и мощности этих организаций должны быть обоснованы, исходя из потребностей населения в медицинской помощи, ее территориальной и транспортной доступности. Это позволит сохранить медицинские организации в сельской местности, малых городах, восстановить инфекционную службу и скорую медицинскую помощь. При этом выполнение медицинскими организациями обоснованных критериев за достижение показателей качества, дополнительных объемов услуг и по снижению непроизводительных затрат позволят создать необходимые мотивационные стимулы для повышения эффективности их деятельности. • Необходимо четко разделить бесплатные медицинские услуги (помощь), гарантированные населению государством, и платные. При этом по мере увеличения государственного финансирования здравоохранения необходимо более четко

5 Цены 2019 г. указаны специально, чтобы дополнительные средства, направленные на здравоохранение, не обесценивались инфляцией. 6 Сегодня бесплатно или с 50% скидкой лекарственные препараты в амбулаторных условиях доступны только ограниченному кругу граждан РФ: имеющим льготы федерального уровня и/или регионального уровня или страдающих отдельными заболеваниями. Это около 8 млн. чел. 7 Вопрос о страховых взносах в систему ОМС, как источника государственного финансирования здравоохранения, требует отдельного обсуждения. Их наличие не препятствует созданию бюджетной модели финансирования. регламентировать оказание платных медицинских услуг в государственных медицинских организациях.

1.2.3. Ликвидировать дефицит и установить справедливую оплату труда медицинских работников • Установить на федеральном уровне единые минимальные базовые оклады по основным квалификационным группам медицинских работников при работе на 1 ставку (младший медицинский персонал вернуть в категорию медицинских работников): – для врачей – не менее 4 федеральных МРОТ8, тогда начинающий врач после 6 лет обучения в вузе будет получать оплату труда около 50 тыс. руб. в мес., столько же, сколько и выпускник военного училища после 4 лет обучения; – для средних медицинских работников – не менее 2 МРОТ с учетом уровня квалификации; – младшего медицинского персонала – 1-1,5 МРОТ; – все остальные выплаты к базовому окладу (компенсационного и стимулирующего характера), их размер и порядок начисления должны устанавливаться по единым федеральным требованиям, при этом доля базового оклада должна составлять не менее 65%, а переработки – оплачиваться в двойном размере; – система оплаты труда должна предусматривать приоритет ликвидации дефицита кадров в первичном звене здравоохранения, то есть оплата труда в этом звене должна происходить опережающими темпами. • Установить законодательно обоснованные нормы трудовой нагрузки для медицинских работников: по основной должности продолжительность рабочей недели не должна превышать 40 ч., максимальное совместительство – не более 1,2 ставки. Внедрение этих норм потребует этапности, по мере привлечения дополнительных кадров в отрасль, в противном случае может получится так, что им будут платить за работу 1,2 ставки, а объем работ будет выполняться – на 1,5. • Установить особый правовой статус гражданских медицинских работников и приравнять их по льготам к военнослужащим и работникам Росгвардии, включая назначение пенсии за выслугу лет, а также обеспечить медицинских работников полноценным страхованием профессиональных рисков, в том числе в связи с профессиональными заболеваниями. • Предусмотреть все необходимые меры по обеспечению безопасности медицинских работников на рабочих местах (включая вопросы инфекционной безопасности) и постоянно осуществлять контроль за их исполнением. • Создать для медицинских работников на рабочих местах благоприятные условия и обстановку, снижающие риски их выгорания: снижение ненужной административной работы, удобные в использовании информационные системы, оптимальный график дежурств, возможность свободного обсуждения проблем, привлечение психологов, организация комнат «разгрузки», поддержка в бытовых

вопросах (например, организация отдыха детей и устройство их в детские сады). • Разграничить в нормативных документах термин «медицинская услуга» и «медицинская помощь», определить понятие «пациенто-ориентированный» подход, исключив его использование как основание для дискриминации работников отрасли здравоохранения. • Установить, что заявления о нарушениях в оказании медицинской помощи рассматриваются правоохранительными органами только после проведения профессиональной экспертизы ведомственным органом или профессиональным объединением врачей по аналогии с рассмотрением налоговых нарушений. Заменить уголовную ответственность медицинских работников на административную. Исключить из УК РФ и правоприменительной практики уголовную ответственность медицинских работников за преступления с неосторожной формой вины.

8 Минимальный размер оплаты труда – МРОТ, в 2019 г. = 12,13 тыс. руб.

• Необходимо создать условия для активной и независимой деятельности профсоюзов, защищающих права медицинских работников.

1.2.4. Обеспечить реализацию Национальной лекарственной политики РФ и системы всеобщего лекарственного обеспечения • РАН подготовить научное обоснование Национальной лекарственной политики РФ до 2030 г., включая следующие вопросы: – внедрение программы всеобщего лекарственного обеспечения в РФ (с 2020 г.), которая предусматривает обеспечение бесплатными (или с 50% скидкой) лекарственными препаратами (ЛП) в амбулаторных условиях по рецепту врача всего населения, а не только отдельных категорий граждан (для чего потребуется дополнительное увеличение государственного финансирования на 250-300 млрд руб. ежегодно); – обеспечить финансирование орфанных заболеваний из федерального бюджета и специального созданных для этого благотворительных фондов; – обоснование оптимальной доли расходов по основным группам ЛП, в том числе увеличение расходов на оказание инновационных персонифицированных методов лечения с проведением персонифицированных методов диагностики; – разработка регуляторных механизмов, обеспечивающих вывод на рынок ЛП с доказанной эффективностью и безопасностью; – оптимизация методики регистрации ЛП (устранение избыточных требований, внедрение ускоренных процедур) и их ценообразования (обеспечение приемлемой маржинальности и внедрение новых схем закупки для инновационных лекарств); – принятие мер, которые сбалансируют действующие меры поддержки закупки ЛП отечественных производителей («третий лишний») с необходимостью обеспечения пациентов качественными и безопасными ЛП; – обеспечение мер рационального и безопасного применения ЛП в медицинских организациях, в том числе внедрение формулярной системы и решение вопросов применения ЛП «off-label»; – принятие мер по разработке отечественных субстанций, поддержки обеспечивающих фармацевтическую промышленность отраслей – химической, производства лабораторного оборудования и др.; – повышение качества подготовки и квалификации фармацевтических кадров; – разработка методики приоритизации научных исследований, исходя из среднесрочных и долгосрочных потребностей здравоохранения, а также программы управления Национальной лекарственной политикой – от инициации НИР до внедрения в практику.

1.2.5. Создать действенную систему управления качеством медицинской помощи Разработать подпрограмму «Управление качеством медицинской помощи (КМП) на уровне мировых стандартов», в том числе: – организовать единую систему управления качеством медицинской помощи, основанную на профилактике дефектов, а не на санкциях, создать соответствующее структурное подразделение в Минздраве России; – свести все показатели по контролю КМП до необходимого минимума (20–30), привести их в соответствие с международно принятыми, включая методики измерения; – создать в Росздравнадзоре единый центр по эффективному контролю КМП; – формировать ежегодную отчетность по КМП, включая показатели удовлетворенности пациентов, с приведением сравнений с развитыми странами; – организовать действенную систему защиты прав пациентов и оценки обратной связи от них.

1.2.6. Обеспечить эффективное развитие медицинского образования и науки • Рекомендовать Минздраву России совместно с Минобрнауки России и РАН разработать подпрограммы, которые станут частями «Программы развития здравоохранения до 2030»: – «Развитие высшего медицинского образования в РФ»; – «Развитие сестринского образования в РФ»; – «Развитие медицинской науки в РФ: от приоритетов до внедрения в практику». • Первоочередная мера для ликвидации дефицита и повышения уровня квалификации профессорско-преподавательского состава (ППС) медицинских вузов, НИИ и колледжей (вне зависимости от ведомственной подчиненности) - установление следующих минимальных базовых окладов в зависимости от степени, занимаемой должности и уровня квалификации: – для ППС медицинских вузов от 4 до 8 МРОТ; – для ППС медицинских колледжей от 2 до 4 МРОТ; – для объективной оценки уровня квалификации ППС потребуется разработать новые требования. • Внести в закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» следующие нормы: – о восстановлении интернатуры и субординатуры как обязательных требований для допуска к практической деятельности для всех медицинских специальностей; – об условиях для обеспечения непрерывного медицинского образования – не менее 1 оплаченного рабочего дня в 2 мес. (50 ч. в год, из них не менее 36 ч. в образовательных организациях дополнительного профессионального образования), обязательное целевое финансирование и возможность самостоятельного выбора врачом и медицинской сестрой образовательной организации (по принципу «образовательный сертификат»). • При разработке Программ по развитию высшего медицинского и сестринского образования необходимо: – привести образовательные программы по основным дисциплинам в части содержания и количества часов к уровню передовых медицинских вузов мира; – разработать специальные программы для повышения квалификации ППС и предусмотреть возможность их беспрепятственной практической деятельности в медицинских организациях; – актуализировать нормативы нагрузки на ППС; – обновить учебную литературу с учетом лучших мировых стандартов, при этом написание учебников учитывать как критерий оценки эффективности работы ППС (а не только их публикации в научных журналах); – внедрить единые стандарты финансирования и материально-технического оснащения организаций вне зависимости от их ведомственной подчиненности, подготовить «положение о клинической базе вузов»; – повысить требования к абитуриентам медицинских вузов, включая уровень

ЕГЭ не менее 70 баллов, а также результаты собеседования; – предусмотреть увеличение числа бюджетных мест в ординатуре, в том числе по подготовке врачей общей практики, а также удлинение сроков обучения в ординатуре по ряду специальностей (с предоставлением адекватной оплаты труда ординаторам); – пересмотреть модульный принцип обучения; – учесть необходимость расширения функциональных обязанностей медицинских сестер. • При разработке программы «Развитие медицинской науки: от приоритетов до внедрения в практику» необходимо: – увеличить ее финансирования в 3 раза от существующего уровня – с 0,04% до 0,12% ВВП (для справки: в развитых странах ее финансирование составляет 0,3–0,4% ВВП); – разработать методологию управления вложениями в НИР, исходя из долгосрочных потребностей системы здравоохранения;

– предусмотреть гранты на НИР по охране здоровья граждан, изучению негативного механизма воздействия на экологические цепочки вплоть до человека вредных факторов окружающей среды, в том числе антропогенного характера.
1.2.7. Обеспечить постоянную готовность к эпидемиям и другим чрезвычайным ситуациям • Воссоздать под руководством Минздрава России систему заблаговременной готовности к чрезвычайным ситуациям (катастрофам, эпидемиям), в том числе: – создать единый Центр управления чрезвычайными ситуациями при Минздраве РФ; – разработать Государственную программу действий при чрезвычайных ситуациях; – проводить учения и публиковать Государственный отчет о готовности системы здравоохранения к чрезвычайным ситуациям по установленным показателям; – научно обосновать и сформировать резервы коечных мощностей, подготовленных медицинских кадров, которые можно быстро мобилизовать, а также запасов СИЗ и других расходных материалов; – выделить специальное финансирование по этим статьям; – подготовить специалистов не из числа медицинских работников по отслеживанию контактов зараженных инфекционными заболеваниями граждан, требующих изоляции; – разработать инструкции и протоколы по организации медицинской помощи в различных ситуациях; – привлекать службу Красного Креста для обучения населения оказания первой помощи, организации отслеживания контакта зараженных, организации санитарных постов. • Оперативный штаб по борьбе с эпидемиями должен находиться в Минздраве России и иметь полномочия для ежедневного проведения оперативных совещаний в присутствии СМИ, а также координировать работу смежных ведомств (производство и поставки СИЗ, в том числе масок, разработка вакцин, диагностических тестов, фармацевтических препаратов и др.).
II. ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЙ
2.1. Состояние здоровья населения РФ9 • В РФ в 2018 г. ключевая характеристика здоровья населения – ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ; рассчитывается по смертности в различных возрастных группах) – была на 4,8 года ниже, чем в «новых-8» странах ЕС, близких к нашей стране по уровню экономического развития (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония), соответственно 72,9 и 77,7 года. При этом ОПЖ российских мужчин на 6,1 года ниже, чем в названных странах. • В РФ в 2018 г. смертность детей (от 0 до 14 лет) была в 1,6 раза выше, чем в «новых-8» странах ЕС, смертность от болезней кровообращения (стандартизованный показатель – СКС) – в 1,4 раза выше, СКС от внешних причин – в 2 раза выше, а смертность от инфекционных болезней – в 3,5 раза выше, чем в названных странах. Высокий уровень

смертности отмечается среди населения в трудоспособном возрасте — в 3 раза выше, чем в развитых странах. • В РФ с 2014 по 2018 г. наблюдается критическое (на 20%) снижение рождаемости. В сочетании с высокой смертностью это привело к тому, что в 2018 г. число умерших в стране превысило число родившихся на 225 тыс. чел., а в 2019 г. – на 316 тыс. чел. • В РФ с 2012 г. общая заболеваемость населения растет на 1%, или 1,4 млн случаев ежегодно, что ведет к увеличению потока заболевших, которым необходимо оказывать помощь. Особо следует отметить, что с 2005 по 2018 г. в состоянии здоровья детей и подростков в период обучения в школе наблюдается отрицательная динамика: распространенность функциональных

9 Здесь и далее основано на информации из официальных источников: Росстат, Счетная палата РФ, Минздрав России, Казначейство РФ, база данных ОЭСР.

отклонений выросла на 15%, а хронических болезней – на 53%, при этом имеет место существенный дефицит школьных штатных медицинских работников, и он нарастает10.

2.2. Факторы, определяющие здоровье населения РФ Для РФ в целом обосновано, что ОПЖ определяется темпом роста валового внутреннего продукта (ВВП, который определяет благосостояние граждан) – на 37%, образом жизни населения (потребление алкоголя) – на 33%, уровнем государственного финансирования здравоохранения – на 30%. Следует отметить, что для многих регионов РФ отрицательное воздействие на здоровье населения оказывают неблагоприятные физические факторы окружающей среды, в том числе загрязненный воздух. Отставание РФ по показателям здоровья от развитых стран связано со следующими причинами: • Низкие доходы граждан – средняя заработная плата в РФ в 1,5 раза ниже, чем в «новых-8» странах ЕС (по $ паритета покупательной способности – $ППС11). Более того, в РФ более половины граждан живет на доходы менее чем 25 тыс. руб. в месяц, за последние 6 лет реальные доходы граждан снизились на 6%. • Высокое потребление алкоголя – на 9% выше, чем в «новых-8» странах ЕС, и на 35% выше, чем в Канаде и США. • Высокая распространенность курения – в 1,4 раза выше, чем в «новых-8» странах ЕС, и 2,5 раза выше, чем в Канаде и США. • Существенное хроническое недофинансирование здравоохранения из государственных источников – в 1,9 раза ниже, чем в «новых-8» странах ЕС (по $ППС на душу населения). В РФ в доле ВВП эти расходы в 2018 г. составили 3,3% ВВП, а в «новых-8» странах ЕС – 5% ВВП. Именно объем государственных расходов на здравоохранение определяет доступность бесплатной помощи: ее объем, оплату труда медицинских работников и обеспеченность медицинскими кадрами, доступность современных лекарств, медицинского оборудования, состояние зданий и сооружений.

2.3. Состояние системы здравоохранения РФ • В РФ с 2012 по 2018 г. и без того недостаточные государственные расходы на здравоохранение сократились еще на 4% в постоянных ценах. Большая часть действующих сегодня тарифов по оплате медицинской помощи не покрывают и 2/3 от реальных затрат на нее. • В РФ с 2012 по

2018 г. из-за сокращения финансирования произошло критическое сокращение мощностей системы здравоохранения. В этот период обеспеченность практикующими врачами в государственных и муниципальных медицинских организациях снизилась на 12% (на 46 тыс. чел.). В результате в РФ обеспеченность врачами оказалась на уровне «старых» стран ЕС и даже на 14% ниже, чем в Германии. При этом в нашей стране имеется значительно большая потребность в медицинской помощи, чем в названных странах из-за худшего состояния здоровья, большой территории и низкой плотности населения. Обеспеченность стационарными койками с 2012 по 2018 г. сократилась на 15% (на 160 тыс.), в результате в РФ она стала на 15% ниже, чем в Германии. • Особенно тяжелая ситуация сложилась в сельской местности, в малых и средних городах, а также в первичном звене здравоохранения, где врачей в 1,5 раза меньше необходимого (на 36 тыс.), средних медицинских работников – в 1,8 раза меньше (на 66 тыс. чел.), в том числе фельдшеров – в 1,9 раза меньше (на 20 тыс. чел.). • В результате этих сокращений в РФ с 2012 по 2018 г. произошло снижение гарантированных государством объемов бесплатной медицинской помощи: число посещений амбулаторнополиклинических учреждений сократилось на 12%, госпитализаций – на 6%, вызовов скорой помощи – на 3%. Более того, в РФ доступность лекарств в амбулаторных условиях (одного из главных индикаторов доступности медицинской помощи) в 2,8 раза меньше на душу
10 Лонгитидунальное исследование по данным Кучмы В.Р. 11 В 2018 г. 1 ППС $ =25,6 руб. населения, чем в «новых-8» странах ЕС. Причем эти лекарства у нас получают только отдельные категории граждан, а за рубежом – все, кому врач выписал рецепт. • Увеличение потока больных и сокращение числа медицинских работников привели к существенному увеличению нагрузки на медицинских работников. Именно поэтому повышение с 2013 по 2018 г. среднемесячной начисленной заработной платы в постоянных ценах (2013 г. = 100%) у врачей на 25%, а у среднего медицинского персонала — на 8%, оказалось крайне недостаточным. Коэффициент совместительства (отношение занятых должностей к числу физических лиц) по данным Счетной палаты РФ у врачей составляет 1,4, а у средних медицинских работников – 1,3. Но если учесть реальную нагрузку на врачей (ведь помощь необходимо оказать всем пациентам), то намного выше. Также необходимо понимать, что любые переработки медицинских работников опасны снижением качества медицинской помощи, именно поэтому во многих странах они запрещены законом. • В подавляющем большинстве регионов РФ в 2019 г. должностные оклады (без компенсационных и стимулирующих выплат) у врачей составляли от 12 тыс. до 35 тыс. руб., а у медицинских сестер – от 10 тыс. до 20 тыс. руб. Это включая 13% НДФЛ и при условии, что оклад составляет не менее 50% от начисленной заработной платы (в реальности он может быть еще ниже)12. Это главная причина дефицита кадров в отрасли. • Особо следует отметить неудовлетворительное состояние психиатрической службы. В РФ имеет место высокая распространенность психических заболеваний и расстройств поведения: в 2018 г. было зарегистрировано 609 тыс. новых случаев, 6 млн. случаев составляет общая заболеваемость, 1,5 млн. чел. состоят на учете, у 10% населения выявляется депрессия, у 20% – нарушения пищевого поведения, растет инвалидность среди взрослых и детей. На этом фоне продолжают сокращаться мощности психиатрической службы. С 1995 по 2014 г. на 22% сократилось число стационарных коек, объемы амбулаторной помощи не возросли, имеется всего 8 общежитий-отделений для таких больных, число врачей-психиатров на сегодня

составляет 12 тыс. (на 30% ниже норматива), число детских психиатров – 1,4 тыс. (на 40% ниже норматива), число врачей-психотерапевтов – 1,4 тыс. (на 65% ниже норматива)13. • Обветшали и находятся в непригодном состоянии, по данным Счетной палаты РФ, 14% зданий, в которых оказывается медицинская помощь, в 30% зданий нет водопровода, в 51% – горячего водоснабжения, в 41% – отопления, в 35% – канализации. Даже с учетом того, что в расчет могли быть взяты складские помещения (как утверждает Минздрав России), что не более 10% от общего числа зданий, эти цифры – катастрофические. Около 90% детских поликлиник расположено в неприспособленных помещениях, где нельзя разместить современное энергоемкое оборудование. • В отрасли сложилась неэффективная, недейственная в критической ситуации система компенсация затрат медицинских организаций.В системе ОМС она устроена по рыночному принципу «деньги следуют за пациентом», причем за разный диагноз предусмотрена разная цена (тариф). Самый «выгодный» пациент тот, за которого платят больше, а расходов по оказанию помощи для него – меньше. И чем больше таких пациентов, тем лучше. А если пациентов мало (как например, в инфекционной службе при отсутствии эпидемии или в сельской местности), да еще если и денег за пациентом «следует» недостаточно, то в учреждении формируется дефицит средств. Тогда оно вынуждено экономить – сокращать медицинский персонал, стационарные койки или вообще закрываться. Именно по этой причине было закрыто большинство маломощных медицинских организаций в сельской местности и малых городах, сокращены инфекционные и другие «экономически невыгодные» больницы. Тем самым население лишилось необходимой помощи, а здравоохранение – критически важных сегодня резервных мощностей. Этот рыночный способ оплаты неприемлем для системы

12 Рассчитано по данным профсоюзов, в среднем по всем уровням профессиональных квалификационных групп врачей и средних медицинских работников, при условии, что должностной оклад в среднем составляет 50% от произведенных выплат. http://www.przrf.ru/info/full/oplata_truda/Analiz-situatcii-v-sfere-oplaty-truda-rabotnikovzdravoohraneniya29/. Официальная статистика по размерам должностных окладов не ведется. 13 По данным член-корр. РАН Б.Д. Цыганкова и ФГБУ ЦНИИОИЗ.

здравоохранения, которая должна развиваться планово, сохраняя свои главные принципы – территориальную доступность, преемственность и координацию помощи пациентам. • Имеет место недостаточная координация действий между системой здравоохранения и службой санитарно-эпидемиологического надзора. В советское время эта служба напрямую подчинялась министру здравоохранения, сегодня это отдельная структура - Роспотребнадзор, которая вдобавок имеет множество других функций по защите прав потребителей, напрямую не связанных с защитой населения от инфекций и эпидемий. Сегодня и служба здравоохранения, и Роспотребнадзор формируют свои приказы и статистику. Диагностические тесты во время эпидемии в

основном производились в лабораториях, которые подчинялись Роспотребнадзору, информация оттуда в медицинские организации поступала зачастую с опозданием, происходили путаница и потери документов. Разработка вакцин также находится в ведении Роспотребнадзора, соответственно Минздрав повлиять напрямую на этот процесс не может. Подробно см. Приложение 3.1. • У главных внештатных специалистов Минздрава России отсутствуют полномочия и ответственность по организации медицинской помощи в регионах. В советское время ключевые главные специалисты были в штате Минздрава, у них был свой аппарат, который позволял им полноценно выполнять функции по организации медицинской помощи по своему профилю. Сегодня главные специалисты Минздрава – внештатные и, как правило, являются руководителями крупных федеральных медицинских организаций, возглавляют кафедру, зачастую еще и общество по своей специальности. Естественно, в таких условиях они не могут напрямую отвечать за организацию медицинской помощи в регионах и формировать стратегию развития, которая была бы направлена на снижение смертности и заболеваемости по их профилю в стране. Их роль во время эпидемии свелась к разработке методических рекомендаций по лечению COVID-19 и управлению своим учреждением. • В нормативной базе здравоохранения накопились критические противоречия и недостатки. Например, действующие нормы о порядке оказания медицинской помощи систематически не согласуются с нормативами, рассчитанными на основании других документов, нормативные сроки ожидания медицинской помощи не согласованы с нормативами трудозатрат врачей и с фактической обеспеченностью медицинскими кадрами. Установленные показатели занятости койки в году (более 340 дней) и высокие нормативы обеспеченности средним медицинским персоналом (более 10 коек на 1 должность) опасны ростом внутрибольничной инфекции. • Действующая нормативная база по вопросам управления качества медицинской помощи (КМП) — неполная, противоречивая, избыточная – действует более 14 несогласованных нормативных актов, установлено 2,4 тыс. показателей по контролю КМП согласно Приказу Минздрава России № 203-н, в то время как в развитых странах для этих целей используется не более 30. Система управления КМП сконцентрирована преимущественно на контроле и не соответствует международным нормам. Как следствие, на ее базе нельзя создать единую систему обеспечения КМП в РФ. При этом контрольные требования множатся: например, добавлены новые проверки по исполнению целей национального проекта «Здравоохранение» и на соответствие критериям «бережливого производства». • В здравоохранении происходит нарастание и без того избыточных требований, зачастую неконкретных и невыполнимых в ситуации дефицита ресурсов. Например, приняты невыполнимые планы по диспансеризации и профилактическим осмотрам, что вынуждает медицинских работников проводить их формально; введено новое требование по осмотру пациентов, нуждающихся в длительном уходе на дому, на что у медицинских работников просто нет времени. Отрасль развивается не планомерно, в ситуации общего дефицита финансирования приоритетное развитие определенных направлений ущемляет права одних пациентов за счет других. Например, с 2011 г. дефицитные ресурсы здравоохранения направлялись на строительство центров высоких технологий, в том числе перинатальных центров, тем самым снизились расходы на оказание первичной медико-санитарной помощи. • Многочисленная финансовая отчетность в системе ОМС не представляет дополнительной ценности для лечения пациентов и отвлекает врачей от выполнения их

основных обязанностей.

Например, только по оплате медицинской помощи при онкологических заболеваниях используется 7 видов отдельных отчетных форм (оплата за посещение, оплата за диагностическое исследование – 2 вида, оплата за курс химиотерапии, оплата за госпитализацию, оплата по двум спискам ВМП и т.д.). • Отдельно следует отметить крайне неудовлетворительное состояние производственноцеховой медицины, которая разрушена практически на всех предприятиях страны (за исключением ОАО «РЖД», где эта служба сохранилась в полном объеме). Оценка состояния здоровья работающего населения в стране на системной основе не ведется ни работодателями, ни государственными органами. Так, данные по производственному травматизму, профессиональной заболеваемости, ЗВУТ и оценке условий труда, которые предоставляют Роструд, ФСС, Роспотребнадзор и Росстатат явно занижены, не сопоставимы между собой и с зарубежными показателями. Нет государственной программы, направленной на улучшение здоровья трудоспособного населения. И это при том, что смертность трудоспособного населения в нашей стране в 3 раза выше, чем в странах ЕС! 2.4. Положение медицинских работников в отрасли К началу эпидемии наши медицинские работники оказались униженными и бесправными заложниками нетерпимой ситуации в отечественном здравоохранении, которая не позволяет им исполнять свой долг, а пациентам – получать необходимую помощь. В чем это проявлялось: 1) В повсеместном снижении доступности медицинской помощи (дефицит медицинских работников, лекарств, устаревшее оборудование), которое произошло в результате губительных рыночных реформ и хронического нищенского финансирования здравоохранения. 2) В убогих должностных окладах медицинских работников, на которые невозможно прожить, что, в свою очередь, привело к массовому исходу кадров из отрасли и к огромным перегрузкам тех, кто остался. Многие буквально «сгорают» на работе. 3) В нарастающей травле медицинских работников, провоцируемой жалобами и потребительским экстремизмом, бесконечными проверками контролирующих органов, уголовными преследованиями. Во многом медицинские работники стали громоотводом для отчаявшихся пациентов. 4) В подмене понятий – вместо оказания медицинской помощи, направленной на спасение здоровья и жизни людей, медицинские работники стали оказывать «пациентоориентированные» услуги. Это не соответствует истинному смыслу профессии врача и медицинской сестры. 5) В том, что рыночные принципы оплаты медицинский помощи – «деньги следуют за пациентом туда, где ему оказали услугу по выбору» – разрушают плановый характер организации медицинской помощи, ее территориальную доступность и преемственность в оказании. 6) В нарастании избыточных требований, зачастую противоречивых и невыполнимых в ситуации дефицита кадров и ресурсов, что приводит к бессмысленному бумаготворчеству, отнимает время от лечения пациентов и провоцирует хаос в отрасли. 7) В том, что в здравоохранение приходят слабо подготовленные медицинские и руководящие кадры. Это результат недофинансирования высших и средних медицинских образовательных организаций, отмены интернатуры, развала института наставничества. 8) В отсутствии базовых условий для непрерывного медицинского образования – времени и финансовых средств у медицинских работников. 9) В том, что главные врачи, ответственные за организацию медицинской помощи, не могут ее обеспечить на должном уровне из-за дефицита средств, кадров, бесконечных проверок, недовольства пациентов и

медицинских работников, отсутствия единой планомерной стратегии развития отрасли и централизованного управления.

10) В том, что частная медицина не может подставить свое «плечо» в оказании помощи, так как подавляющее большинство граждан не могут оплатить ее из своего кармана. А гарантированная государством помощь не может быть направлена в частный сектор из-за нехватки средств и отсутствия долгосрочных правил взаимодействия. 2.5. Обострение проблем здравоохранения во время эпидемии Самое неприемлемое, что в период эпидемии на медицинских работниках вновь решили сэкономить, несмотря на указание Президента о выплате дополнительных стимулирующих выплат тем из них, кто был вовлечен в оказание помощи пациентам с Covid-19 (врачам – 80 тыс. руб., среднему медицинскому персоналу и врачам скорой медицинской помощи – 40 тыс. руб., младшему медицинскому персоналу, фельдшерам и водителям скорой медицинской помощи – 25 тыс. руб.), а также на выделенные федеральные средства (всего 57 млрд руб.14)15. Главы регионов и региональные министры не установили за этим персональный контроль, предоставив все на самотек. Просто невозможно себе представить, что кому-то могло прийти в голову считать минуты, проведенные врачами с пациентами, это явное свидетельство профессиональной непригодности тех, кто это предложил. О том, что российские медицинские работники оказались недостаточно защищенными, свидетельствует непропорционально высокая смертность среди них. По данным Роспотребнадзора, в РФ на июнь 2020 г. умерли 500 медицинских работников (6% от всех умерших), в США – по разным данным от 400 до 1000 человек (0,4-0,8% от всех умерших), в Италии – 16916 человек (0,5% от всех умерших). Отсутствие централизованного управления привело к тому, что каждый регион и каждое учреждение разной ведомственной подчиненности действовали «сами за себя», зачастую конкурируя друг с другом за дефицитные расходные материалы и действуя в соответствии с собственным пониманием ситуации. Минздрав России не обладал полномочиями управления санитарно-эпидемиологической службой, соответственно часть мероприятий, за которые отвечало это ведомство, например, проведение диагностического тестирования, были не скоординированы с оказанием медицинской помощи. Федеральное правительство на 13 апреля 2020 г. выделило дополнительные средства на борьбу с эпидемией в размере почти 163 млрд руб., что составляет всего 4% к уровню государственных расходов на здравоохранение в 2019 г. (3,8 трлн руб.). Эти средства были направлены на закупку автомобилей скорой медицинской помощи, аппаратов ИВЛ, СИЗ, лекарств, а также на стимулирующие выплаты медицинским работникам. Однако их оказалось недостаточно из-за того, что многие медицинские организации лишились части финансирования в связи с отменой плановых госпитализаций и посещений пациентов. В результате часть из них осталось без средств на оплату труда персонала и на оказание других видов помощи. Более того, в период эпидемии избыточный документооборот и требования к медицинским организациям не снизились, а возросли, просто перешли в дистанционный формат. Все это только усугубило и без того крайне непростые условия труда и создало дополнительный стресс для медицинских работников в последние месяцы. Такая ситуация говорит о том, что, к сожалению, сегодня у общества и у власти не произошло

осознания масштабов катастрофы в здравоохранении, понимания роли медицинских работников в спасении жизни и здоровья людей и степени риска, которому они себя подвергают. Никакие полумеры здесь не помогут. Такая ситуация опасна и неизбежно приведет к краху системы здравоохранения страны.
14 Распоряжение Правительства РФ от 18 марта 2020 года №648-р "О выделении 11,8 млрд руб. из резервного фонда Правительства России на финансовую поддержку медицинских работников, участвующих в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения такой инфекцией" и Распоряжение Правительства РФ от 12 апреля 2020 года №976-р "О выделении 45,7 млрд руб. из резервного фонда Правительства России субъектам Федерации на стимулирующие выплаты медицинским работникам, оказывающим помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция". 15 https://novayagazeta.ru/articles/2020/05/13/85354-dobavit-bolshe-nechego?utm_source=fb
,
http://www.ng.ru/economics/2020-05-13/4_7859_healthcare.html
16
https://portale.fnomceo.it/elenco-dei-medici-caduti-nel-corso-dellepidemia-di-covid-19

2.6. Состояние медицинской науки и образования • Низкая оплата профессорско-преподавательского состава вузов (ниже, чем у практикующих врачей) и отстранение в некоторых вузах клинических кафедр от курирования пациентов привели к оттоку высокопрофессиональных специалистов из высшей школы, увеличению нагрузки на преподавателей, снижению качества преподавания и, в целом, к стагнации развития высшей медицинской школы. Отмена интернатуры, отсутствие оплачиваемого института наставничества, недостаточные сроки обучения в ординатуре по ряду специальностей в сочетании с низкой оплатой труда ординаторов (15–20 тыс. руб. в месяц без надбавок) – все это крайне отрицательно сказывается на подготовке медицинских кадров в стране. • Расходы государства и бизнеса на научные исследования в области здоровья человека (большая доля из них касается разработки лекарственных средств – ЛС) в РФ в 8–10 раз меньше, чем в развитых странах, соответственно 0,04% ВВП и 0,3–0,4% ВВП. Это приводит к существенному отставанию РФ от развитых стран в регистрации новых разработок, в том числе ЛС. Также в нашей стране четко не определены приоритетные направления в разработке инновационных лекарств и не создана единая государственная система управления этим процессом.

2.7. Меры, которые предлагались для исправления ситуации в здравоохранении РФ до эпидемии Эти меры не помогут исправить ситуацию в отрасли и достичь национальных целей, поставленных Президентом РФ по увеличению продолжительности жизни граждан до 78 лет к 2024 г. и удовлетворению острейших запросов населения. • Национальный проект «Здравоохранение» направлен преимущественно на строительство и обновление инфраструктуры медицинских организаций. Увеличение тарифов предусмотрено только по одному виду медицинской помощи – борьбе с онкологическими заболеваниями. Мер, направленных на решение кадровой проблемы, в нацпроекте явно недостаточно, об этом свидетельствует продолжающийся отток кадров из отрасли, регистрируемый Счетной палатой РФ – за 2018 г. врачей стало еще на 5,8 тыс. меньше, а медицинских сестер – на 32,7 тыс. меньше. • Целевая подготовка

медицинских работников и обязательное распределение, на которые все уповают, по сути – тиражирование бесправия в нашей профессии, причем единственной из других профессий. Фактически речь идет о том, что молодых врачей заставляют за нищенские заработные платы отрабатывать обучение в вузе. В самой ближайшей перспективе это только усугубит падение престижа медицинского работника и дефицит кадров. • Изменение структуры выплаты заработной платы в пользу должностного оклада ничего не даст, так как общий объем средств на оплату труда останется прежним. В результате еще и пострадают те, кто имеет высокие компенсационные выплаты и работает с коэффициентом совместительства, так как эти средства будут перераспределены на увеличение должностных окладов. • «Бережливое производство» (другими словами, экономное) в ситуации и без того тотального дефицита ресурсов, естественно, не может принести результатов. Обеспечить доступность медицинской помощи в сельской местности только выездом мобильных бригад недостаточно – населению эта помощь необходима постоянно.

2.8. Меры, принятые в период эпидемии в здравоохранении РФ и других странах Коронавирусная болезнь (COVID-19) – острое респираторное инфекционное заболевание с тяжелым респираторным дистресс-синдромом, которое вызывается коронавирусом – SARS-CoV-2. Это заболевание было впервые зарегистрировано в начале декабря 2019 г. в Ухани (Китай) и с тех пор распространилось по всему миру. Одна из характеристик распространения вируса – это Ro, или ожидаемое число случаев заражения, произведенных первичным зараженным за определенное время. Оно используется для оценки распространения эпидемии среди подверженной данной инфекции популяции (без применения противоэпидемических мер). Эффективное репродуктивное число Rt показывает время распространения эпидемии за определенное время при наличии контрольных мер и является индикатором для их оценки17. В начале эпидемии новой коронавирусной инфекции (в середине января) в Ухани Rt имел значение от 3 до 4. Другими словами, каждый зараженный передавал инфекцию еще 3–4 другим людям. Это очень большое число, для сравнения - при обычном гриппе, который ежегодно возникает в мире, Rt составляет от 1,4 до 1,7. С учетом того, что время удвоения SARS-CoV-2 составляет 5 дней (другими словами, через пять дней будет заражено 4^2, еще через пять дней – $4^2 \times 4$ и т.д., через 30 дней число заражений составит 46) было очевидно, что эта эпидемия выйдет из-под контроля. Если же Rt для определенной болезни и в определенном месте снижается ниже 1, то это означает, что эпидемия может быть взята под контроль. В РФ в борьбе с эпидемией были приняты меры близкие к тем, которые принимались во всех европейских странах: социальная изоляция граждан, закрытие школ и бизнесов, отмена авиасообщения и общественных мероприятий. Системе здравоохранения РФ в течение месяца удалось развернуть более 100 тыс. коек для лечения пациентов с COVID-1918. Были приняты меры по расширению объемов диагностического тестирования: в мае их уже проводилось более 115 тыс. в день (по данным Роспотребнадзора на начало мая 2020 г.). При этом через 45 дней после начала инфекции в РФ наблюдался прирост случаев инфицированных, то есть Rt не упало ниже 1. В этой связи необходимо отметить опыт китайского правительства, которым 23 января были приняты меры по

закрытию города Ухань (эпицентра эпидемии), введен полный контроль за передвижением и принудительное нахождение на карантине в специально отведенных для этого местах и другие жесткие меры социальной изоляции. Это позволило снизить Rt эпидемии ниже единицы всего за несколько недель. Уже в течение апреля и мая в Китае наблюдались только спорадические случаи этой инфекции. Успешным оказался в борьбе с эпидемией и опыт Тайваня19. Его главные характеристики: • Готовность: буквально с 1 января 2020 г. началась работа по предотвращению распространения инфекции. 20 января была активирована работа единого Центра по борьбе с эпидемиями во главе с Министром здравоохранения (врачом по образованию). Он имел полномочия координировать работу в регионах и муниципалитетах, а также других министерств – образования, торговли, экономики, труда, транспорта и др. • Централизация управления и своевременная мобилизация: уже с 5 января были организованы медицинское наблюдение и изоляция на 14 дней граждан, прибывающих из Уханя. С 20 января по 7 февраля последовательно вводились меры по ограничению въезда граждан из Китая, Гонконга и Макао, а также оттуда были вывезены все туристические группы. Всем гражданам с подозрением на инфекцию проводилось обследование на 26 типов вирусов. Все организации получили четкие инструкции по действиям в случае выявления подозрительных и/или подтвержденных случаев коронавируса. Был установлен жесткий контроль за мерами повышенной дезинфекции общественных мест и транспорта, запрещен выезд всех медицинских работников из страны. • Скоординированность действий: на 27-й день от начала эпидемии были объединены базы данных медицинского страхования и миграционного контроля. Все больницы, врачи и аптеки получили доступ к информации о предшествующих заграничных передвижениях граждан с целью выявления возможных зараженных. Всем прибывшим из районов, опасных по эпидемиологической обстановке, выдавались государственные мобильные телефоны, устанавливалась обязательная изоляция на 14 дней и осуществлялся жесткий контроль за ее соблюдением.

https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765665 18 https://iz.ru/1007930/2020-06/v-rossii-dlia-lecheniia-patcientov-s-covid-19-razvernuto-126-tys-koek
19
https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/7/20-0574_article
• Публичность: уже с 20 января Правительство Тайваня проводило ежедневные брифинги для населения, где выступали вице-президент (эпидемиолог по образованию), министр здравоохранения (врач по образованию) с разъяснением ситуации и рекомендациями. С первых же дней был установлен штраф в размере 100 тыс. $ США за дезинформацию, работала горячая линия для населения. • Централизация управления производством, закупками и распределением дефицитных ресурсов: мобилизованы военные для производства медицинских масок, осуществлялся контроль за распределением дефицитных товаров (медицинских масок, дезинфицирующих средств и др.) по медицинским организациям и аптекам. В результате на Тайване зарегистрированы всего 440 зараженных, 7 смертей (0,03 случая на 100 тыс. населения) и с 1 апреля практически не отмечается новых случаев. Положительных результатов благодаря своевременным, централизованным и скоординированным действиям удалось добиться и Правительству Норвегии20. При этом было особо отмечено, что наличие единой централизованной системы оплаты за медицинскую помощь являлось ключевым

успехом быстрого реагирования на эпидемию. На 13 мая в Норвегии в условиях массового тестирования – 8,1 тыс. зараженных, 223 умерших (4,3 случая на 100 тыс.).
2.9. Социально-экономические и эпидемические прогнозы на 2020 г.
Социально-экономические прогнозы Эти прогнозы подготовлены акад. РАН Р.И. Нигматулиным, проф. Б.И. Нигматулиным. Они характеризуют сегодняшний экономический кризис в РФ тремя показателями: 1) ростом инфляции; 2) потерей рабочих дней; 3) падением цен и спроса на наши экспортные товары, среди которых 90% занимают сырье и полусырье. По базовому сценарию ($27 за баррель) полное падение ВВП в 2020 г. составит 19% ВВП 2019 г. (без учета компенсации, выделенной Правительством РФ), что равно 21 трлн руб. в ценах 2019 г. Реальные денежные доходы населения упадут на 10% (при условии, что не будет компенсации). Меры поддержки, принятые в РФ: полугодовая отсрочка по всем налогам (за исключением НДС), сокращение страховых взносов в 2 раза (с 30 до 15%), а также поддержка в виде минимальной оплаты труда потерявших доходы работников, что составляет 120 млрд руб. в месяц, начиная с 01.04.2020 г., итого около 1 трлн руб. до конца года. Судя по высказываниям министров, в течение года предполагается выделить до 6 трлн руб., или около 6% ВВП. Но этих средств будет недостаточно, чтобы существенно предотвратить падение ВВП. Государство за счет Фонда национального благосостояния (ФНБ) и других резервов должно компенсировать потерю 4% ВВП «негосбюджетного» населения из-за 40 нерабочих дней и потерю 6% ВВП (по базовому сценарию) консолидированного госбюджета. В сумме эта компенсация равна 10% ВВП, что составляет 11 трлн руб. в ценах 2019 г. Выделение 11 трлн руб. из ФНБ (75 тыс. руб. на душу населения) соответствует 150 млрд долларов по курсу ЦБ ($1 = 73 руб. в ценах 2019 г.), или 430 млрд долларов по паритету покупательской способности ($ППС = 25,5 руб. в ценах 2019 г.). Отметим для сравнения, что Германия (83 млн чел.), Великобритания (67 млн чел.), Франция (67 млн чел.) выделяют от 500 млрд до 1 трлн долларов, а США (331 млн чел.) выделяют 3 трлн долларов. Это значит, что в этих странах на покрытие социально-экономических потерь государства выделяют от 6 до 9 тыс. долларов на душу населения, что по паритету покупательской способности соответствует от 150 до 230 тыс. руб., то есть в сопоставимых ценах в 2–3 раза больше, чем в РФ (при условии, что будет выделено дополнительно 11 трлн руб.).
Эпидемические прогнозы распространения Covid-19 В ситуации, когда эффективная и безопасная вакцина против вируса SARS-CoV-2 не разработана, приобретенный в результате болезни, вызванной этим вирусом, иммунитет, по разным оценкам, не превышает 10% от всего населения, также отсутствует эффективное этиотропное лечение против вируса, санитарные ограничительные меры (включая закрытие предприятий и образовательных
https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0120

организаций, ограничение социальных контактов) являются единственным возможным способом борьбы с распространением вируса. Возможно, удастся добиться таких стратегий социальной изоляции, которые позволят экономике работать, а обществу вернуться к некоторому подобию нормальной жизни. Кроме закрытия школ, отмены массовых мероприятий должны обязательно соблюдаться физическая дистанция (2 м), обязательное ношение масок в общественных местах, дистанционная работа там, где это возможно. Если же меры социальной изоляции соблюдаться не будут вообще, то

SARS-CoV-2 может вернуть свою скорость распространения к январским показателям - с Rt от 2 до 4 и периодом удвоения – 5 дней. Это будет продолжаться до тех пор, пока значительная часть населения не приобретет иммунитет после болезни или вакцинации. Все это ставит систему здравоохранения в новые условия, когда будет необходимо не менее года оказывать медицинскую помощь в условиях повышенной инфекционной безопасности.

3. ПРИЛОЖЕНИЯ

3.1. Справка об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ и других странах (Великобритания, Германия, Китай, Норвегия, Тайвань, США и Южная Корея), см. отдельный файл.

3.2. Использованные источники информации 1) Европейская база данных о смертности / WHO Mortality Database [Электронный ресурс]. — ……. Режим доступа:

По дополнительному запросу на 5053399@mail.ru

Предлагаем также ознакомиться со Справкой проф. Улумбековой "СПРАВКА ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ В РФ И ДРУГИХ СТРАНАХ» (ВЕЛИКОБРИТАНИЯ, ГЕРМАНИЯ, КИТАЙ, НОРВЕГИЯ, ТАЙВАНЬ, США И ЮЖНАЯ КОРЕЯ)"