

Предложения по развитию (реформы) российской системы здравоохранения до 2024 г. и на период до 2030 г.

ПОДГОТОВЛЕНО ЭКСПЕРТНЫМ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ
МЕДИЦИНСКИМ СООБЩЕСТВОМ РФ

Первая версия этого документа была подготовлена Высшей школой организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) и обсуждена во время проведения онлайн-конгресса «Оргздрав-2020» (25-26 мая 2020 г.), ее одобрили более 9 тыс. участников. Далее Предложения активно обсуждались в профессиональном медицинском сообществе. В текущую версию документа внесены дополнения от руководителей региональных органов управления здравоохранением, членов медицинского отделения РАН, ректоров медицинских вузов, членов Совета Национальной медицинской палаты, руководителей профессиональных медицинских и пациентских ассоциаций, главных врачей и практикующих врачей. Абсолютное большинство участников обсуждения поддерживают эти предложения.

Оглавление

1. КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ	3
2. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ	5
2.1. Состояние здоровья населения РФ	5
2.2. Оценка факторов, определяющих здоровье населения РФ	5
2.3. Состояние системы здравоохранения РФ	6
2.4. Положение медицинских работников в отрасли (раздел написан по письмам медицинских работников)	9
2.5. Состояние медицинской науки и образования	9
2.6. Обострение проблем в системе здравоохранения во время эпидемии	10
2.7. Оценка мер, которые предлагаются для исправления ситуации в здравоохранении РФ	11
Выводы	11
3. ЦЕЛИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ	12
4. СБАЛАНСИРОВАННЫЕ ЗАДАЧИ И МЕХАНИЗМЫ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ	13
4.1. По повышению эффективности управления и финансированию - 4 задачи:	13
1) Централизация и повышение эффективности управления российской системой здравоохранения во главе с Минздравом России:.....	13
2) Переход на бюджетную модель финансирования и сметный способ оплаты медицинских организаций:	14
3) Ликвидация противоречий в нормативной базе, устранение излишних требований и внедрение системы управления качеством медицинской помощи, основанной на международных критериях:.....	15
4) Увеличение государственного финансирования здравоохранения до 5,5% ВВП к 2024 г.:	15
4.2. По восстановлению кадрового потенциала и развитию медицинской науки - 3 задачи:	16
5) Восстановление кадрового потенциала отрасли до нормативов и установление оплаты труда и льгот для медицинских работников, аналогичных установленным для военнослужащих:.....	16
6) Доведение качества высшего и среднего медицинского образования до стандартов развитых стран: 17	
7) Доведение финансирования медицинской науки до 0,12% ВВП и разработка системы управления финансированием НИРОКР для реализации долгосрочных государственных приоритетов:	18
4.3. По обновлению инфраструктуры медицинских организаций и развитию государственно-частного партнерства – 2 задачи:	18
8) Восстановление инфраструктуры медицинских организаций в соответствии с установленными нормативами:	18
9) Создание нормативной базы по участию частных медицинских организаций в программе государственных гарантий на долгосрочной основе:	19
4.4. По созданию системы всеобщего лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях и реализации дополнительных целевых программ – 2 задачи:	19
10) Внедрение к 2024 г. для всех граждан страны программы бесплатного лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях:.....	19
11) Разработка и реализация дополнительных целевых программ по приоритетным направлениям: ...	20
4.5. По комплексной охране здоровья граждан – 1 задача:	21

12) Разработка и реализация комплексной межведомственной программы по охране здоровья граждан на уровне Правительства РФ:.....	21
5. НЕОБХОДИМОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ И ВОЗМОЖНЫЕ ИСТОЧНИКИ	21
6. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	22
7. ПРИЛОЖЕНИЯ.....	24
7.1. Справка об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ и других странах (Великобритания, Германия, Китай, Норвегия, Тайвань, США и Южная Корея)..	24
Главные выводы.....	24
Основные понятия	24
История развития санитарно-эпидемиологической службы в РФ.....	25
Функции Роспотребнадзора.....	26
Заболеваемость и смертность от инфекционных болезней в РФ в сравнении с развитыми странами, мощности инфекционной службы	28
Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения в разных странах	30
7.2. Используемые источники информации	34
7.3. 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.	34

1. КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ

В Указе Президента РФ № 474 от 21 июля 2020 г. поставлена **национальная цель** – «*сохранение населения, здоровье и благополучие людей*». Согласно Указу до 30 октября 2020 г. Правительству РФ необходимо представить **единый план** по ее достижению до 2024 г. и на период до 2030 г. В настоящем документе на основе анализа текущей ситуации в системе здравоохранения экспертным и профессиональным медицинским сообществом сформулированы целевые показатели по развитию российской системы здравоохранения, 12 неотложных задач с индикаторами и механизмами реализации.

Здравоохранение, как и оборона, это основа **безопасности страны**. Обеспечение здоровья российских граждан **не должно** финансироваться по остаточному принципу и базироваться только на рыночных подходах. Сегодня в российском здравоохранении накопились **критические проблемы**, в результате которых значительно снизилась доступность бесплатной медицинской помощи для населения, а медицинские работники не могут обеспечить ее в требуемых объемах и на установленном уровне качества. Меры, направленные только на восстановление инфраструктуры отрасли, важны, но **положения не исправят**. Основа эффективного развития отрасли – наличие достаточного количества высококвалифицированных **врачей, медицинских сестер, преподавателей медицинских вузов и училищ**, труд которых **высоко ценится и уважается в обществе**. От реализации продуманных реформ в здравоохранении зависит **наше будущее** – медицинских работников и, главное, **здоровье наших пациентов**.

Проблемы. Сегодня здоровье российских граждан значительно хуже, чем в развитых странах и даже отстает от «новых-8» стран ЕС, близких к нашей стране по уровню экономического развития (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония). В 2019 г. ключевая характеристика здоровья населения – **ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) - в РФ была на 4,4 года ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС, а **смертность детей - в 1,5 раза выше**. Смертность трудоспособного населения в РФ - в **2,5 раза выше**, чем в странах ЕС в среднем.

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 накопившимися **системными проблемами** в здравоохранении. Главные из них:

- 1) **длительное недофинансирование из государственных источников - в 1,8 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС в расчете на душу населения;
- 2) **нетерпимое и унижительное положение медицинских работников** - нищенские базовые оклады (у врачей от **12 до 35 тыс. руб.**, а у медицинских сестер – от **10 до 20 тыс. руб.**). Это усугубляется постоянными переработками, избыточными, невыполнимыми требованиями, излишними проверками и потребительским экстремизмом. Все это является **причиной дефицита кадров** в отрасли. Особенно тяжелая ситуация сложилась 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 сегодня обеспеченность врачами в РФ **на 14% ниже**, чем в Германии, при большем потоке больных людей и низкой плотности населения.
- 3) **неэффективное управление** – децентрализация в управлении региональным здравоохранением, рассредоточение ключевых функций по охране здоровья в разных ведомствах, наличие массы противоречий в нормативной базе;
- 4) **неоптимальная для РФ, дорогостоящая страховая модель финансирования здравоохранения** и рыночные подходы в компенсации затрат медицинских организаций («деньги следуют за пациентом»), которые привели к разрушению медицины в сельской местности и малых городах, а также нарушают систему маршрутизации пациентов и приемственности в оказании медицинской помощи;

5) **дефицит** коечного фонда стационаров (обеспеченность им **на 16% ниже**, чем в Германии), изношенность материально-технической базы и непригодное состояние **до 30%** зданий медицинских организаций.

Предыдущие годы показали эффективность реализации программно-целевых (проектных) подходов в здравоохранении под непосредственным руководством первых лиц государства. Так, благодаря осуществлению приоритетного проекта «Здоровье» с 2006 по 2012 гг. **ОПЖ выросла на 3,4 года** (с 65,4 до 68,8 года). Программы по снижению младенческой смертности с 2012 по 2019 гг. привели к ее **сокращению на 40%** (с 8,2 до 4,9 умерших на 1 тыс. рожденных живыми).

Предложения. Сегодня, в ситуации продолжения падения реальных доходов населения (по прогнозам **на 5%** по итогам 2020 г.), для удовлетворения острейших запросов населения на увеличение доступности бесплатной медицинской помощи и медицинских работников на исправление своего положения в системе здравоохранения **необходимо незамедлительно реализовать** следующие меры:

По повышению эффективности управления и финансированию:

- 1) централизация управления российской системой здравоохранения во главе с Минздравом России;
- 2) переход на бюджетную модель финансирования и сметный способ оплаты медицинских организаций;
- 3) ликвидация противоречий в нормативной базе, устранение излишних требований и внедрение системы управления качеством медицинской помощи, основанной на международных критериях;
- 4) увеличение государственного финансирования здравоохранения до 5,5% ВВП к 2024 г.

По восстановлению кадрового потенциала и развитию медицинской науки:

- 5) восстановление кадрового потенциала отрасли до нормативов и установление оплаты труда и льгот для медицинских работников, аналогичных установленным для военнослужащих (минимальный базовый оклад для врачей - 4 МРОТ, а средних медицинских работников – 2 МРОТ);
- 6) доведение качества высшего и среднего медицинского образования до стандартов развитых стран;
- 7) доведение финансирования медицинской науки до 0,12% ВВП и разработка системы управления финансированием НИРОКР для реализации долгосрочных государственных приоритетов.

По обновлению инфраструктуры медицинских организаций и развитию государственно-частного партнерства:

- 8) восстановление инфраструктуры медицинских организаций в соответствии с установленными нормативами, разработка нормативной базы, предусматривающей своевременное обновление их основных фондов;
- 9) создание нормативной базы по участию частных медицинских организаций в программе государственных гарантий на долгосрочной основе.

По созданию системы всеобщего лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях и реализации дополнительных целевых программ:

- 10) внедрение к 2024 г. для всех граждан страны программы бесплатного лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях;
- 11) разработка и реализация дополнительных целевых программ по приоритетным направлениям: борьба с инфекционными заболеваниями; охрана психического здоровья граждан; школьная медицина; медицина труда; охрана репродуктивного здоровья граждан.

По комплексной охране здоровья граждан:

- 12) разработка и реализация комплексной межведомственной программы по охране здоровья граждан на уровне Правительства РФ.

Реализация этих первоочередных мер приведет к увеличению **доступности бесплатной медицинской помощи** для населения и ее **выравниванию для граждан**, проживающих в разных регионах страны, поднимет **престиж медицинских работников** и уважение к ним в

обществе, даст **стимул для развития отечественных производителей** медицинской и фармацевтической продукции, а также в целом поможет **оживлению экономики** страны. Все это напрямую будет содействовать достижению национальных целей: увеличению **ОПЖ до 78 лет к 2030 г.**, положительной динамике рождаемости и, главное, поддержанию **социальной стабильности** и благополучия граждан в нашей стране.

2. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

2.1. Состояние здоровья населения РФ¹

- В РФ в 2019 г. **ключевая характеристика** здоровья населения – ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ; рассчитывается по смертности в различных возрастных группах) – **была на 4,4 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 73,3 и 77,7 года. При этом ОПЖ российских мужчин **на 5,7 года ниже**, чем в названных странах.
- В РФ в 2019 г. смертность детей (от 0 до 14 лет) была **в 1,5 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 2,5 раза выше**, чем в развитых странах.
- В РФ с 2014 по 2019 гг. наблюдается **критическое** (на 24%) снижение рождаемости. В сочетании с высокой смертностью это привело к тому, что в 2019 г. число умерших в стране превысило число родившихся **на 317 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 гг. в состоянии здоровья детей и подростков в период обучения в школе наблюдается отрицательная динамика: распространенность функциональных отклонений выросла **на 15%**, а хронических болезней – **на 53%**, при этом имеет место существенный дефицит школьных штатных медицинских работников, и он нарастает².

Одновременно нарастает недовольство населения доступностью и качеством медицинской помощи. По данным Минэкономразвития доля граждан, удовлетворенных здравоохранением в РФ, постоянно снижается и составляет не более 38%³, в то время как в развитых странах этот показатель выше 60%.

2.2. Оценка факторов, определяющих 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. При этом в РФ не разработана и не реализуется **комплексная межведомственная программа по охране здоровья граждан**, которая бы согласовывала активность разных министерств и ведомств (Минздрава, Минобрнауки, Минпросвещения, Минспорта, Минтруда, Минсельхоза, Минприроды, Минкультуры и Минфина).

Отставание РФ по показателям здоровья от развитых стран связано со следующими причинами:

¹ Здесь и далее основано на информации из официальных источников: Росстат, Счетная палата РФ, Минздрав России, Казначейство РФ, база данных ОЭСР.

² Лонгитудинальное исследование по данным Кучмы В.Р.

³ <https://tass.ru/obschestvo/6951873>

- Низкие доходы граждан – средняя заработная плата в РФ **в 1,4 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (по доллару паритета покупательной способности – \$ППС⁴). Более того, в РФ **более половины** граждан живет на доходы менее чем **27 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 **в 3 раза выше**, чем в Канаде и США.
- **Существенное хроническое недофинансирование** здравоохранения из государственных источников – **в 1,8 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (по \$ППС на душу населения). В РФ в доле ВВП эти расходы в 2019 г. составили **3,4% 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 гг. 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 гг. вследствие сокращения финансирования и ошибочно проведенной «оптимизации» произошло **критическое сокращение мощностей** системы здравоохранения. В этот период обеспеченность практикующими врачами в государственных и муниципальных медицинских организациях **снизилась на 8%** (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 гг. сократилась **на 13%** (на 160 тыс.), в результате в РФ она стала **на 16% 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 в РФ с 2012 по 2018 гг. произошло снижение гарантированных государством объемов бесплатной медицинской помощи: число посещений амбулаторно-поликлинических 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 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 гг. 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**.

⁴ В 2019 г. 1 ППС \$ = 25,5 руб.

- 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)⁵. 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 гг. **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)⁶.
- 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 непригодных помещениях, где нельзя разместить современное энергоемкое оборудование.
- В отрасли сложилась **неэффективная, недейственная** в критической ситуации система компенсации 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 здравоохранения, которая должна развиваться планомерно, сохраняя свои главные принципы – территориальную доступность, преемственность и координацию помощи пациентам.
- **Имеет место недостаточная координация действий между системой здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службой**. В советское время эта служба напрямую подчинялась министру здравоохранения, сегодня она входит в отдельную структуру - Роспотребнадзор, который 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

⁵ 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-situacii-v-sfere-oplaty-truda-rabotnikov-zdravooxraneniya29/. Официальная статистика по размерам должностных окладов не ведется.

⁶ По данным член-корр. РАН Б.Д. Цыганкова и ФГБУ ЦНИИОИЗ.

части вакцин также находится в ведении научных институтов Роспотребнадзора, соответственно Минздрав повлиять напрямую на этот процесс не может, и возникает дублирование функций и неоправданная конкуренция. Подробно см. Приложение 7.1.

- **У главных внештатных специалистов Минздрава России отсутствуют полномочия и ответственность по организации медицинской помощи в регионах.** В советское время ключевые главные специалисты, обладающие большим практическим и управленческим опытом, 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.
- **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 качеством 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 производственно-цеховой 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 Росстат **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 2,5 раза выше**, чем в странах ЕС!

2.4. Положение медицинских работников в отрасли (раздел написан по письмам медицинских работников)

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:

- В повсеместном снижении доступности медицинской помощи (дефицит медицинских работников, лекарств, устаревшее оборудование), которое произошло **в результате губительных рыночных реформ и хронического недостаточного государственного финансирования** здравоохранения.
- 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.
- 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.
- В **подмене понятий – вместо оказания медицинской помощи, направленной на спасение здоровья и жизни людей**, медицинские работники стали оказывать «пациенто-ориентированные» услуги. Это не соответствует истинному смыслу профессии врача и медицинской сестры.
- В том, что рыночные принципы оплаты медицинской 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.
- 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.
- 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.
- В **отсутствии базовых условий для непрерывного медицинского образования** – времени и финансовых средств у медицинских работников.
- 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**.
- 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.

При этом подавляющее большинство медицинских работников и рядовых работников здравоохранения, рискуя своими жизнями и здоровьем, встали на защиту российских граждан от эпидемии.

2.5. 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.

2.6. Обострение проблем в системе 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.⁷)⁸. Главы регионов и региональные министры не установили за этим персональный контроль, оставив 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 август 2020 г. умерли 550 медицинских работников (5% от всех умерших), в США – до 1000 человек⁹ (0,6% от всех умерших), в Италии – 169¹⁰ 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 1 сентября 2020 г. выделило дополнительные средства на борьбу с эпидемией в размере почти **210 млрд. руб.**, что составляет всего 6% 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 и многие

⁷ 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".

⁸ 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

⁹ <https://www.theguardian.com/us-news/2020/aug/11/covid-19-healthcare-workers-nearly-900-have-died>

¹⁰ <https://portale.fnomceo.it/elenco-dei-medici-caduti-nel-corso-dellepidemia-di-covid-19>

регионы и ТФОМС перенаправили средства, предназначенные для оказания помощи по другим профилям, на лечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией. В результате часть медицинских организаций, непосредственно не участвующая в оказании помощи таким пациентам, лишилась части финансирования (а значит, и средств на оплату труда персонала) как в связи с расходом средств здравоохранения на оказание помощи при эпидемии, так и в связи с отменой плановых госпитализаций и посещений пациентов. **Например, в больнице в Каменск-Шахтинском (Ростовская область) практикующие врачи в течение 5 месяцев получали зарплату 15 тыс. руб. в месяц.**¹¹ 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.**

2.7. Оценка мер, которые предлагаются для исправления ситуации в здравоохранении РФ

Уже реализуемые и планируемые меры по развитию российского здравоохранения **не позволяют исправить ситуацию в отрасли и достичь национальных целей**, поставленных Президентом РФ по увеличению продолжительности жизни граждан до 78 лет к 2030 г., а также удовлетворить острейшие запросы 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**.
- «Программа модернизации первичного звена здравоохранения» также направлена преимущественно на восстановление инфраструктуры медицинских организаций и отложена до 2021 г.
- 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 профессии 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.

Выводы

Снижение доступности бесплатной медицинской помощи, «выгорание» медицинских работников, низкая оплата их труда и задержки с положенными выплатами и компенсациями и при этом отсутствие необходимых мер, направленных на исправление сложившейся ситуации, все это говорит о том, что, к сожалению, сегодня у общества и у власти не произошло полного осознания масштабов катастрофы в здравоохранении. Нет понимания роли медицинских работников в спасении жизни и здоровья людей и степени риска, которому они себя подвергают.

¹¹ <https://ren.tv/news/v-rossii/731023-pod-udarom-iz-bolnitsy-v-kamensk-shakhtinskom-khotiat-uvoditsia-vse-vrachi>

Такая ситуация опасна и неизбежно приведет к краху системы здравоохранения страны, а значит, к нарастанию недовольства населения и медицинских работников. Во избежание этого требуется немедленно реализовать системную реформу здравоохранения.

3. ЦЕЛИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

В Указе Президента РФ № 474 от 21 июля 2020 г. поставлена национальная цель – «**сохранение населения, здоровье и благополучие людей**». В рамках этой цели необходимо к 2030 г. обеспечить: **устойчивый рост** численности населения РФ; увеличение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) населения **до 78 лет**, снижение уровня бедности **в два раза** по сравнению с показателем 2017 г.; увеличение доли граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом, **до 70%**.

ОПЖ – это интегральная характеристика здоровья населения. В таблице 1 рассчитаны целевые значения показателей, которых необходимо достичь, чтобы обеспечить рост ОПЖ к 2030 г. до 78 лет. Это те показатели, которые напрямую зависят от деятельности системы здравоохранения и комплексных межведомственных мер по охране здоровья граждан. Следует отметить, что основной вклад системы здравоохранения в динамику численности населения страны – это снижение смертности населения. Однако увеличение рождаемости также частично зависит от эффективности деятельности системы здравоохранения – это реализация программ по сохранению репродуктивного здоровья граждан, увеличение доступности медицинской и профилактической помощи для детей и подростков, снижение младенческой смертности.

Табл. 1 Целевые показатели по улучшению здоровья населения РФ

Показатель	2019 (2018) г.	2024 г.	2030 г.	2019/2030
Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ), число лет	73,3	75,0	78,0	+4,7
Стандартизованный коэффициент смертности, число случаев на 100 тыс. населения	929,0	792,3	687,5	- 26%
Стандартизованный коэффициент смертности в возрасте 16-64 лет, число случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста	568,0	360,0	220,0	- 61%
Суммарный коэффициент рождаемости (вклад системы здравоохранения – 30%)	1,504	1,7	2,0	+ 30%
Потребление алкоголя на душу населения, литры, чистый спирт	11,8	10,0	8,2	- 30%
Распространенность курения среди населения 0-15 лет, %	30%	15%	10%	- 67%
Доля взрослого населения, занимающегося физкультурой и	40%	60%	70%	+ 75%

4. СБАЛАНСИРОВАННЫЕ ЗАДАЧИ И МЕХАНИЗМЫ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ

Для достижения поставленных целей потребуется реализовать 12 сбалансированных между собой задач. Их перечень представлен на стр. 4. Далее каждая из задач расписана более подробно с указанием целевых показателей их достижения (результатов).

4.1. По повышению эффективности управления и финансированию - 4 задачи:

1) Централизация и повышение эффективности управления российской системой здравоохранения во главе с Минздравом России:

- Подчинить региональные органы управления здравоохранением напрямую Минздраву России, при этом уточнить место и роль регионального и 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».
- 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 **научно-практического 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.
- 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.
- 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.
- 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 ИТ; тиражирование лучших программных продуктов (медицинских информационных систем).

Результат к 2024 г.: создана единая эффективно функционирующая централизованная национальная система здравоохранения.

2) Переход на бюджетную модель финансирования и сметный способ оплаты медицинских организаций:

- Восстановить **бюджетное финансирование** системы здравоохранения и установить ответственность бюджетов всех уровней за финансовое обеспечение медицинской помощи (включая вопросы поставки в медицинские организации препаратов крови и ее заменителей и своевременное обновление основных фондов) в соответствии с установленными нормативными требованиями по объему, срокам, качеству и условиям ее оказания. Для этого средства ОМС¹², федерального и региональных бюджетов должны быть объединены у единого плательщика с последующим перераспределением в регионы. В результате будет устранена дробность финансирования различных видов и профилей гарантированной населению медицинской помощи в зависимости от источника финансирования.
- Исключить **страховые медицинские организации** из цепочки доведения государственных средств до медицинских организаций, а их функции распределить между государственными организациями. Росздравнадзору - деятельность в части экспертизы КМП, ТФОМС - контроль счетов, выставленных медицинскими организациями за оказанную медпомощь, и защиту прав застрахованных. Отменить полисы ОМС и установить, что все граждане РФ имеют право на получение гарантированной государством бесплатной медицинской помощи, а для их идентификации использовать нумерацию пенсионного фонда. Оповещение о диспансеризации граждан может осуществлять региональный орган управления здравоохранением или поликлиника.
- 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 в соответствии с установленными нормативами. При этом выполнение медицинскими организациями целевых **показателей качества**, дополнительных объемов помощи и снижение непроизводительных затрат может обеспечить необходимые мотивационные стимулы для повышения эффективности их деятельности.
- Необходимо четко **разделить** бесплатные медицинские услуги, гарантированные населению государством, и платные. При этом по мере увеличения государственного финансирования здравоохранения необходимо более четко регламентировать **оказание платных медицинских услуг** в государственных медицинских организациях, вплоть до их устранения.

Результат к 2024 г.: восстановлена бюджетная модель финансирования здравоохранения (это не исключает сохранения источника финансирования в виде страховых взносов на ОМС, которые равносильны целевому социальному налогу) и осуществлен переход на сметный способ оплаты медицинских организаций с элементами поощрения за качество и эффективность оказания медицинской помощи.

¹² Вопрос о страховых взносах в систему ОМС, как источника государственного финансирования здравоохранения, требует отдельного обсуждения. Их наличие **не препятствует** созданию бюджетной модели финансирования.

3) Ликвидация противоречий в нормативной базе, устранение излишних требований и внедрение системы управления качеством медицинской помощи, основанной на международных критериях:

- 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. При актуализации порядков оказания медицинской помощи предусмотреть их разделение по уровням медицинских организаций.
- Разработать подпрограмму «**Управление качеством медицинской помощи (КМП)**» с **учетом международных критериев**, 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.
- 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 странами; с заслушиванием этого доклада на совместном заседании палат Федерального Собрания Российской Федерации.

Результат к 2024 г.: устранены противоречия в нормативной базе, уменьшено число контрольных мероприятий до установленного минимума. Достигнуты целевые показатели КМП, соответствующие средним значениям по развитым странам.

4) Увеличение государственного финансирования здравоохранения до 5,5% ВВП к 2024 г.:

- Поэтапно увеличить государственные расходы на здравоохранение с **3,4% ВВП в 2019 г. до 5,5% ВВП к 2024 г.** (с 3,8 трлн. руб. до 6,2 трлн. руб. к 2024 г. в ценах 2019 г.¹³). Подробно см. раздел 5. Распределение дополнительных средств:
 - **1/3** – на **повышение оплаты труда** медицинских работников, профессорско-преподавательского состава медицинских вузов и колледжей, привлечение дополнительных кадров в отрасль, 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**)¹⁴;
 - **1/3** – на **компенсацию затрат** медицинских организаций по дополнительным мерам инфекционной безопасности в условиях затянувшейся эпидемии, а также на реализацию отдельных приоритетных подпрограмм, дополнительно к имеющимся (см. задача 10).

Результат к 2024 г.: государственное финансирование здравоохранения составляет 5,5% ВВП, или 6,5 трлн. руб. в ценах 2019 г.

¹³ Цены 2019 г. указаны специально, чтобы дополнительные средства, направленные на здравоохранение, **не обесценивались инфляцией**.

¹⁴ 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.**

4.2. По восстановлению кадрового потенциала и развитию медицинской науки - 3 задачи:

5) Восстановление кадрового потенциала отрасли до нормативов и установление оплаты труда и льгот для медицинских работников, аналогичных установленным для военнослужащих:

- 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 МРОТ¹⁵**, 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;
 - предусмотреть сбалансированность оплаты труда руководящих кадров в здравоохранении (в том числе работников органов управления здравоохранением) и других работников здравоохранения.
- 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 получиться 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**: сокращение 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,

¹⁵ Минимальный размер оплаты труда – МРОТ, в 2019 г. = 12,13 тыс. руб.

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

Результат к 2024 г.: устранен дефицит медицинских кадров в первичном звене. Обеспеченность медицинскими кадрами достигнута в соответствии с установленными нормативами (при максимальном коэффициенте совместительства 1,2).

6) Доведение качества высшего и среднего медицинского образования до стандартов развитых стран:

- 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 **6 оплаченных рабочих дней в год** (или 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»).
- Рекомендовать Минздраву России совместно с Минобрнауки России и РАН разработать подпрограммы, которые станут частями «Программы развития здравоохранения до 2030 г.»:
 - **«Развитие высшего медицинского образования в РФ»;**
 - **«Развитие сестринского образования в РФ»;**
 - **«Развитие медицинской науки в РФ: от приоритетов до внедрения в практику».**
- 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 образовательных 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.

Результат к 2024 г.: уровень подготовки 80% выпускников медицинских вузов и колледжей по результатам независимого тестирования соответствует стандартам развитых стран. Предотвратимые медицинские ошибки – сведены до минимальных значений показателей в развитых странах.

7) Доведение финансирования медицинской науки до 0,12% ВВП и разработка системы управления финансированием НИРОКР для реализации долгосрочных государственных приоритетов:

- Необходимо разработать и реализовать программу **«Развитие медицинской науки: от приоритетов до внедрения в практику»**, она должна предусматривать:
 - увеличение государственного финансирования медицинской науки **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);
 - разработку методологии **управления** вложениями в НИР, исходя из долгосрочных потребностей системы здравоохранения;
 - 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.

Результат к 2024 г.: в РФ зарегистрировано более 20 инновационных лекарств. Создана централизованная система управления медицинской наукой.

4.3. По обновлению инфраструктуры медицинских организаций и развитию государственно-частного партнерства – 2 задачи:

8) Восстановление инфраструктуры медицинских организаций в соответствии с установленными нормативами:

- Обновить основные фонды и 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.
- Разработать план обновления основных фондов государственных медицинских организаций, увеличить расходы по этой статье и определить источники финансирования.
- Включить амортизационные затраты в структуру тарифа по оплате медицинской помощи.

Результат к 2024 г.: состояние 90% зданий и сооружений приведено к установленным требованиям. Обновлено 90% медицинского оборудования со степенью износа более 8 лет. Медицинские организации оснащены в соответствии с порядками медпомощи.

Обеспеченность и структура коечного фонда приведена к установленным требованиям.

9) Создание нормативной базы по участию частных медицинских организаций в программе государственных гарантий на долгосрочной основе:

- Установить, что **строительство новых** и расширение мощностей существующих государственных медицинских организаций¹⁶ 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 мощностей 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).
- В рамках реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи предусмотреть возможность права выбора пациентом медицинской организации на территории одного муниципального образования, где имеется несколько медицинских организаций одного уровня (государственных и/или частных).

Результат к 2024 г.: реализовано крупномасштабных проектов в рамках государственно-частного партнерства на долгосрочной основе не менее 20.

4.4. По созданию системы всеобщего лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях и реализации дополнительных целевых программ – 2 задачи:

10) Внедрение к 2024 г. для всех граждан страны программы бесплатного лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях:

- РАН подготовить научное обоснование **Национальной лекарственной политики РФ до 2030 г.**, включая следующие вопросы:
 - внедрение программы **всеобщего лекарственного обеспечения** в РФ, 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);
 - обеспечение финансирования орфанных заболеваний из федерального бюджета и специально 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 инновационными ЛП;

¹⁶ Речь **не идет** о капитальном ремонте и переоснащении имеющихся государственных медицинских организаций, речь идет о возможности **экономии государственных инвестиций** там, где это представляется возможным.

- 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.

Результат к 2024 г.: внедрена и активно реализуется программа всеобщего лекарственного обеспечения населения.

11) **Разработка и реализация дополнительных целевых программ по приоритетным направлениям:**

- 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 и школьная медицина;
 - охрана психического здоровья, борьба с наркологической и алкогольной зависимостью;
 - медицина труда;
 - охрана репродуктивного здоровья граждан;
 - профилактика стоматологических заболеваний;
 - профилактика и лечение заболеваний ЛОР-органов;
 - медицинская реабилитация (с акцентом на раннюю реабилитацию);
 - медицина пожилого возраста;
 - сквозная подпрограмма по развитию сестринского дела.
- 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 оказанию 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.).

Результат к 2024 г.: в РФ смертность детей и населения трудоспособного возраста, а также смертность от инфекционных болезней соответствует уровню «новых-8» стран ЕС. В Минздраве создан постоянно действующий центр по управлению чрезвычайными ситуациями и эпидемиями.

4.5. По комплексной охране здоровья граждан – 1 задача:

12) Разработка и реализация комплексной межведомственной программы по охране здоровья граждан на уровне Правительства РФ:

- Для реализации данного направления необходимо создать при Правительстве РФ постоянно действующую межведомственную **Комиссию по охране здоровья населения РФ с участием РАН, Минздрава, Минобрнауки, Минпросвещения, Минтруда, Минспорта, Минсельхоза, Минприроды, Минкультуры и Минфина**. 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 страны¹⁷, 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.

Результат к 2024 г.: в РФ распространенность табакокурения и потребления алкоголя снижена до уровня показателей развитых стран. Доля населения, регулярно занимающегося физической культурой, составляет не менее 60%.

5. НЕОБХОДИМОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ И ВОЗМОЖНЫЕ ИСТОЧНИКИ

В таблице 2 представлены запланированное и необходимое государственное финансирование здравоохранения с 2019 по 2024 гг. в текущих и постоянных ценах, а также доля в ВВП.

Расчеты необходимого финансирования сделаны следующим путем. В «новых-8» странах ЕС государственные расходы составляют **5% ВВП**, в «старых» странах ЕС – **8% ВВП** в среднем. Соответственно, за целевое значение для РФ выбрано почти минимальное значение уровня государственного финансирования в странах ЕС – **5,5% ВВП к 2024 г.** По прогнозам ВВП РФ в 2024 г. составит 137,2 млрд. руб. (рассчитано согласно «*Основным направлениям бюджетной, налоговой и таможенно-тарифной политики на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов*» от 1 октября 2020 г.). Тогда государственное финансирование здравоохранения в 2024 г. должно составить 7,5 трлн. руб. (137,2 млрд. руб. * 5,5%). В таблице 2 представлены запланированные и необходимые государственные расходы на здравоохранение до 2024 г.

Табл. 2. Планируемое и необходимое государственное финансирование здравоохранения с 2019 по 2024 гг.

¹⁷ Речь идет о полноценной производственно-цеховой медицине, которая сегодня сохранилась лишь в ОАО «РЖД», а не о корпоративных программах общественного здоровья.

РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ - ЗАПЛАНИРОВАНО и НЕОБХОДИМО								
Наименование	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Отклонения, %	
							2021/2020	2023/2020
ЗАПЛАНИРОВАНО, млрд.руб.								
ЗАПЛАНИРОВАНО, текущие цены	3 805,0	4 394,0	4 428,0	4 591,0	4 748,0		1%	8%
ЗАПЛАНИРОВАНО, постоянные цены	3 805,0	4 218,2	4 080,8	4 061,8	4 032,7		-3%	-4%
Доля в ВВП	3,5	4,1	3,8	3,7	3,6		x	x
НЕОБХОДИМО, млрд.руб.								
НЕОБХОДИМО, постоянные цены	3 805,0	4 218,2	4 765,1	5 336,6	5 713,5	6 152,8	13%	35%
НЕОБХОДИМО, текущие цены	3 805,0	4 394,0	5 170,5	6 031,9	6 726,9	7 546,0	18%	53%
Доля в ВВП		4,0%	4,5%	4,9%	5,1%	5,5%		
НЕОБХОДИМО ДОПОЛНИТЕЛЬНО к запланированному, млрд руб. в текущих ценах								
		0,0	742,5	1 440,9	1 978,9			
Справочно:								
Валовый внутренний продукт, трлн.руб.	109,1	107,3	114,9	123,1	131,9	137,2	x	x
Уровень инфляции,%	3,5	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	x	x

Возможными источниками дополнительных расходов могут стать:

- Золотовалютные резервы РФ (\$600 млрд. или 24 трлн. руб.), которые больше резервов Великобритании, Германии и Франции вместе взятых, или средства Фонда Национального Благосостояния (ФНБ), которые составляют около 13 трлн. руб.;
- Свободные средства государственных банков. Только активы Сбербанка составляют около 30 трлн. руб., которые банк мог бы давать под низкие проценты на окупаемые проекты Госкорпораций;
- Перераспределение бюджетных средств от инвестиционных проектов с долговременной окупаемостью (электроэнергетика, строительство дорог и др.)

6. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Ожидаемые результаты представлены в таблице 3. Из нее видно, что вложения в здравоохранение - это не расходная статья государственного бюджета, а высокоэффективное вложение. Кроме снижения смертности, поддержки рождаемости и улучшения здоровья граждан, это будет способствовать поддержке социальной стабильности в обществе, повышению лояльности медицинских работников к власти, оживлению экономики страны и развитию отечественной медицинской и фармацевтической промышленности. Расчеты показывают, что на каждый дополнительный 1 рубль в государственное финансирование здравоохранения государство получает дополнительный доход в ВВП страны в размере 7 рублей (за счет снижения смертности и инвалидности трудоспособного населения).¹⁸

Табл. 3. Ожидаемые эффекты от дополнительных вложений в здравоохранение

Заинтересованные стороны	Результат	Механизм
--------------------------	-----------	----------

¹⁸ Здравоохранение России. Что надо делать. / Г.Э. Улумбекова – 2-е изд.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015 г. глава 8 стр. 591.

Государство	Социальная стабильность	Увеличение объемов и улучшение качества бесплатной медицинской помощи за счет дополнительных финансовых средств. Создание централизованной национальной модели здравоохранения и переход на бюджетную модель финансирования.
Граждане 146 млн. чел.	Улучшение здоровья, уверенность в заботе государства, равенство в доступности к медицинской помощи независимо от региона	Реализация межведомственных программ по охране здоровья населения
Работники здравоохранения ~ 4 млн. чел.	Снижение выгорания. Повышение лояльности к власти. Улучшение качества медицинской помощи	Повышение оплаты труда медработников и выравнивание ее по регионам. Улучшение условий их труда и повышения квалификации
Медицинская наука и образование	Прорывы в создании новых лекарств и медицинских изделий. Медицинское образование – на уровне мировых стандартов	Увеличение финансирования и повышение эффективности управления
Отечественный фармацевтический и медицинский бизнес	Развитие производства, дополнительные прибыли	Расширение объемов рынка лекарственных средств и медицинских изделий
Экономика страны	Оживление покупательского спроса, рост ВВП	Снижение числа дней нетрудоспособности, инвалидности, предотвратимых смертей. Часть средств, направленных на повышение оплаты труда медицинских работников, вернется в бюджет в виде налогов, часть – на увеличение потребления отечественных товаров и услуг. Средства, сэкономленные пациентами на оказании медицинской помощи (за счет расширения объемов оплаченной государством), также пойдут на увеличение массового потребления

7. ПРИЛОЖЕНИЯ

7.1. Справка об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ и других странах (Великобритания, Германия, Китай, Норвегия, Тайвань, США и Южная Корея)¹⁹

Главные выводы

Сегодня в РФ полномочия по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в том числе борьба с эпидемиями, оказались **рассредоточенными по трем ведомствам** (Роспотребнадзор, Минздрав России, ФМБА). Соответственно **нет** вертикали управления во главе с профильным ведомством — Минздравом России, как это было в советское время и до 2012 г. в РФ. Более того, Минздрав России **не участвует** в разработке санитарных норм и правил по охране здоровья населения. Роспотребнадзор одновременно занимается контролем качества потребительских товаров и услуг, что **ослабляет его нацеленность** на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Естественно, такая ситуация приводит к **дублированию функций, размыванию** ответственности за результаты, **неэффективному** расходованию средств и **невозможности координации** действий из единого профессионального центра при возникновении эпидемии.

В результате в РФ сложилась **неблагоприятная обстановка** со смертностью и заболеваемостью инфекционными болезнями, а также с состоянием инфекционной службы. В РФ в 2018 г. стандартизованный коэффициент смертности (СКС) от инфекционных болезней был **в 3,5 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (близких к РФ по уровню экономического развития), а в возрасте от 30 до 44 лет — **в 16 раз выше**. При этом СКС от инфекционных болезней с 2012 по 2017 г. вырос **на 10%**, **90%** смертей - в трудоспособном возрасте. Первичная заболеваемость туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами **в 5 и более раз выше**, чем в странах ЕС. Такая ситуация напрямую связана с сокращением ресурсов инфекционной службы: обеспеченность инфекционными койками с 1990 по 2018 г. **сократилась в 2,6 раза**, обеспеченность врачами-инфекционистами с 2010 по 2018 г. - **на 18%**. Все это **никак не отражалось** в ежегодных докладах Роспотребнадзора о санитарно-эпидемиологической ситуации в РФ (напротив, рапортовалось об успехах), соответственно, необходимые меры **не принимались**.

Во всех рассмотренных странах **службы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, включая надзор, подчиняются Министерству здравоохранения, см. табл. 1**. Это позволяет осуществлять единую политику в сфере охраны здоровья населения, в том числе защиты от эпидемий. В этой группе стран (искл. Китай) санитарный надзор за продуктами питания и лекарствами осуществляется отдельными организациями, а защита прав потребителей и надзор **не входят** в зону ответственности названных служб. В Китае, Тайване и Южной Корее, которые показали лучшие результаты в борьбе с новой коронавирусной инфекцией, в структуре службы по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения имелись **специальные организационные центры** с выделенным финансированием, которые как раз и обеспечили их **готовность и быстрое реагирование** при возникновении эпидемии.

Основные понятия

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения, согласно ФЗ от 30.03.1999 № 52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», обеспечивается **снижением вредного воздействия факторов среды** обитания на человека (до установленного уровня) и **созданием благоприятных условий** для его жизнедеятельности.

¹⁹ В подготовке справки участвовали специалисты ВШОУЗ — ведущий научный сотрудник, к.м.н. И.Ю. Худова и ведущий научный сотрудник А.В. Калашникова, <https://www.vshouz.ru/>

Международные санитарные правила ВОЗ²⁰ определяют санитарно-эпидемиологический надзор как систематический и непрерывный **сбор**, обработку и **анализ** данных медико-санитарного назначения, своевременное распространение медико-санитарной информации для оценки и принятия **необходимых ответных мер** в области общественного здоровья.

В большинстве стран обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения осуществляется **службами общественного здоровья** («public health»), которые занимаются предотвращением распространения **инфекционных и неинфекционных заболеваний**. Понятие «общественное» («public») означает, что принимаемые меры направлены преимущественно на популяцию в целом, в отличие от оказания индивидуальных медицинских услуг.

На сайте Центра по контролю и профилактике заболеваний США (Center of Disease Control and Prevention — CDC) обозначены **10 основных функций** службы общественного здоровья²¹:

- 1) мониторинг состояния здоровья населения и определение проблем в этой сфере;
- 2) диагностика и исследование проблем со здоровьем населения и факторов риска, влияющих на него;
- 3) информирование, обучение и расширение знаний населения в вопросах охраны здоровья;
- 4) управление вопросами охраны общественного здоровья на региональном и муниципальном уровне;
- 5) разработка планов и программ по охране здоровья населения;
- 6) подготовка нормативных актов, направленных на охрану здоровья населения и снижение возможных рисков для здоровья;
- 7) осуществление координации между службами охраны общественного здоровья и оказанием медицинской помощи;
- 8) подготовка кадров и повышение их квалификации в этой сфере;
- 9) оценка эффективности, доступности и качества служб индивидуальных и общественных услуг по охране здоровья;
- 10) проведение научных исследований и внедрение инноваций.

В РФ сегодня функции службы общественного здоровья, включая вопросы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, **разделены** между тремя основными **отдельными ведомствами** — Минздравом России, Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) и Федеральным медико-биологическим агентством (ФМБА).

История развития санитарно-эпидемиологической службы в РФ²²

В советское время **санитарно-эпидемиологическая служба находилась в структуре Министерства здравоохранения** под управлением Главного государственного санитарного врача в должности заместителя министра. Она была ведущим звеном **профилактической деятельности** советского здравоохранения, успехи которого были неоспоримы во всем мире.

В СССР история службы началась **15 сентября 1922 г.**, когда был принят декрет Совета Народных Комиссаров РСФСР «О санитарных органах Республики», в соответствии с которым была создана сеть санитарно-эпидемиологических станций.

В 1933 г. была дополнительно организована Государственная санитарная инспекция, осуществлявшая общее руководство санитарно-эпидемиологической работой. **В 1963 г.** постановлением Совета Министров СССР было утверждено новое «Положение о Государственном санитарном надзоре в СССР».

²⁰ International Health Regulations (IHR 2005), 3-е издание, 2016, <https://www.who.int/infection-prevention/about/ipc/en/>

²¹ <https://www.cdc.gov/publichealthgateway/publichealthservices/essentialhealthservices.html#:~:text=Diagnose%20and%20investigate%20health%20problems,individual%20and%20community%20health%20efforts>

²² <https://www.rospotrebnadzor.ru/region/history.php>

В 1991 г. принят закон РСФСР «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и впервые на законодательном уровне было введено правовое регулирование деятельности в этой сфере. Этим законом санитарно-эпидемиологическая служба была выведена из подчинения Минздрава РСФСР, переведена на уровень централизованного управления и финансирования из федерального бюджета, изменено наименование учреждений — **Центры** государственного санитарно-эпидемиологического надзора. **В 1996 г.** служба снова вошла в структуру Минздрава России как **Департамент** государственного санитарно-эпидемиологического надзора. **В 1999 г.** был принят новый ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», включивший в себя ряд принципиальных положений, которые ранее регулировались подзаконными актами.

9 марта 2004 г. в соответствии с Указом Президента РФ № 314 «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти» **был создан Роспотребнадзор**, которому были переданы часть функций Министерства здравоохранения РФ, Министерства экономического развития и торговли РФ, Министерства по антимонопольной политике. Для справки: **Государственная инспекция по торговле, качеству товаров и защите прав потребителей** (Госторгинспекция) была образована в 1993 г. при Комитете РФ по торговле, с тех пор многократно переходила из подчинения одного ведомства к другому. При этом Роспотребнадзор остался в структуре Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

В 2012 г. Указом Президента РФ «О структуре федеральных органов исполнительной власти» от 21 мая 2012 г. № 636 Роспотребнадзор **был выведен из структуры Минздрава России и подчинен Правительству РФ**. Функции и полномочия этого ведомства утверждены Постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 г. № 322 (в редакции Постановления Правительства РФ от 21.05.2013 № 428).

Функции Роспотребнадзора

Согласно ФЗ от 30.03.1999 № 52-ФЗ санитарно-эпидемиологическое благополучие населения обеспечивается путем:

- **профилактики заболеваний** в соответствии с санитарно-эпидемиологической обстановкой и прогнозом ее изменения;
- выполнения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- **государственного санитарно-эпидемиологического нормирования;**
- **федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора;**
- обязательного подтверждения соответствия продукции санитарно-эпидемиологическим требованиям;
- лицензирования видов деятельности, представляющих потенциальную опасность для человека;
- государственной регистрации потенциально опасных для человека химических и биологических веществ, отдельных видов продукции, радиоактивных веществ, отходов производства и потребления;
- **проведения социально-гигиенического мониторинга;**
- проведения научных исследований в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- формирования и ведения открытых и общедоступных федеральных информационных ресурсов;
- принятия мер по гигиеническому воспитанию и обучению населения и пропаганде здорового образа жизни;
- принятия мер по привлечению к ответственности за нарушение законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

В РФ большинство этих функций в соответствии со своим Положением²³ выполняет **Роспотребнадзор** (централизованная служба). Он разрабатывает и утверждает государственные санитарно-эпидемиологические **правила** и гигиенические нормативы, организует и осуществляет федеральный государственный **санитарно-эпидемиологический надзор**, осуществляет санитарно-гигиенический **мониторинг**, устанавливает причины и выявляет условия возникновения и **распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний** (отравлений); проводит **научные исследования** в этой сфере. Роспотребнадзор также осуществляет выработку и реализацию государственной политики, нормативно-правовое регулирование и надзор **в сфере защиты прав потребителей** (другими словами, контроль качества потребительских товаров и услуг). Организацию федерального санитарно-эпидемиологического надзора осуществляет Главный государственный санитарный врач РФ, он же возглавляет Роспотребнадзор.

В структуре Роспотребнадзора имеются: **84** территориальных управления и **84** центра гигиены и эпидемиологии в регионах, **29** НИИ, **12** противочумных станций, более **100** организаций дезинфекционного профиля. Всего в органах и организациях службы работает около **110 тысяч** специалистов.

Часть выполняемых Роспотребнадзором функций, а также ряд других полномочий по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения осуществляет Минздрав России. Среди них профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний, проведение медицинских осмотров, диагностика и лечение инфекционных заболеваний, подготовка и повышение квалификации санитарно-гигиенических кадров, а также научные исследования в этой сфере.

Следует отметить, что в РФ есть сегодня еще несколько ведомств и учреждений, которые связаны с обеспечением санитарно-эпидемиологического благополучия населения — **МВД России, ФСИН России, ФСБ России и ФМБА**.

ФМБА занимается вопросами санитарно-эпидемиологического благополучия работников организаций **отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда** и имеет в своей структуре учреждения, занимающиеся научными исследованиями в этой сфере, в том числе разработкой вакцин. При этом ФМБА, которое ранее всегда находилось в структуре Минздрава России, сегодня ему **не подчиняется** (Указ Президента РФ от 21 января 2020 г. № 21 «О структуре федеральных органов исполнительной власти»). Одновременно с этим ФМБА забрало в свое подчинение два учреждения, которые ранее также были в структуре Минздрава: **Центр медицины катастроф** (ФГБУ «ВЦМК «Защита» ФМБА России) и **Центр стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровью** (Постановление Правительства от 28 марта 2020 г. N 771-р).

В результате таких перестановок **научные исследования в части разработки вакцин оказались в трех разных ведомствах**: в Роспотребнадзоре (Государственный Научный Центр Прикладной Микробиологии и Биотехнологии, Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии “Вектор”, Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт и др.), Минздраве России (Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Н.Ф. Гамалеи) и в ФМБА (Санкт-Петербургский НИИ вакцин и сывороток).

Поставка вакцин, необходимых для реализации Национального календаря профилактических прививок, диагностических средств и **антиретровирусных препаратов** для профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека, гепатитами В и

²³ <https://www.rospotrebnadzor.ru/region/functions.php>

С, осуществляется **Роспотребнадзором**, а их применение происходит в системе **Минздрава России**.

Борьбой с социально значимыми заболеваниями также занимаются в разных ведомствах: с туберкулезом — в системе Минздрава России, с ВИЧ/СПИД — в Роспотребнадзоре (в Федеральном научно-методическом центре по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии). Причем оказание медицинской помощи этим пациентам происходит в системе здравоохранения. **Мониторинг** заболеваемости и смертности от инфекционных болезней ведется и в Минздраве, и Роспотребнадзоре. Как следствие, зачастую возникают **серьезные разночтения** в его трактовке²⁴.

Таким образом, на сегодняшний день получилось, что важнейшие функции обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в том числе борьба с распространением инфекционных заболеваний и эпидемиями, оказались **рассредоточены по трем ведомствам и не подчиняются профильному министерству**, которое непосредственно отвечает за охрану здоровья граждан — Минздраву России. Такое положение неизбежно приводит к **дублированию функций, неэффективному** расходованию и без того дефицитных ресурсов и к **невозможности координации** профессиональных действий из единого центра при возникновении чрезвычайных ситуаций. И все это происходит **на фоне неблагоприятной обстановки** с распространением инфекционных болезней и смертностью от них.

Заболеваемость и смертность от инфекционных болезней в РФ в сравнении с развитыми странами, мощности инфекционной службы²⁵

Сегодня в РФ сложилась **неблагополучная ситуация** с заболеваемостью инфекционными болезнями и смертностью от них. В РФ в 2018 г. стандартизованный коэффициент смертности (СКС) от инфекционных болезней был **в 3,5 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, близких к РФ по уровню экономического развития. Причем в возрасте **от 30 до 44 лет** в РФ этот показатель был в **16,3 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и почти **в 28 раз выше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 55,4; 3,4 и 2,0 случая) (рис. 1).

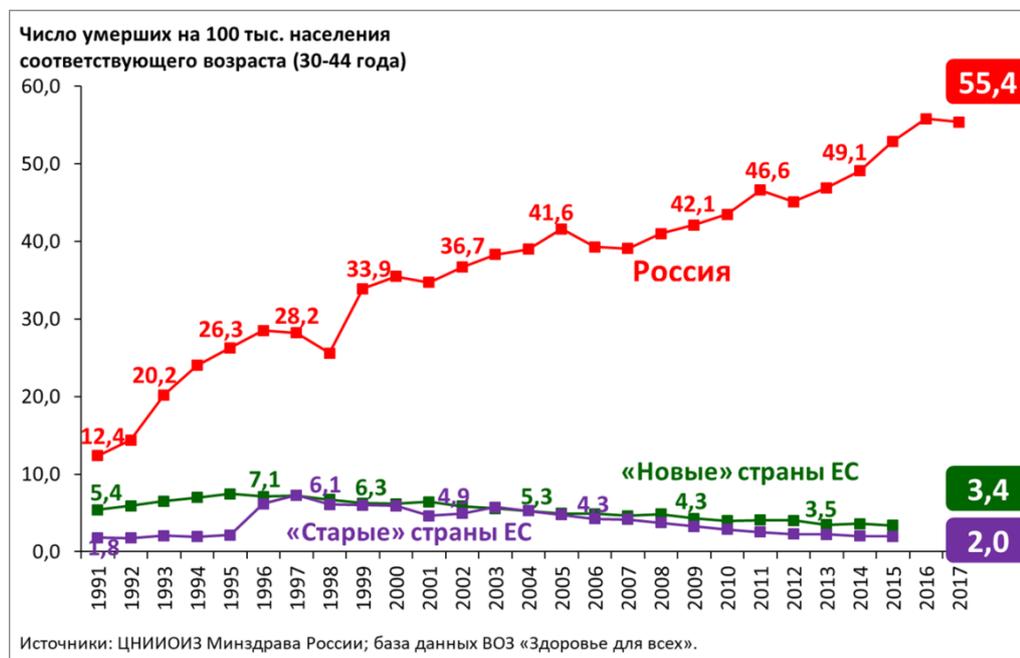


Рис. 1. СКС от инфекционных заболеваний в возрасте 30–44 года в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

²⁴ <https://lenta.ru/news/2020/02/22/otvet/>

²⁵ Материалы подготовлены ВШОУЗ на основании данных ВОЗ, ЦНИИОИЗ, ОЭСР и Росстата.

Более того, в РФ с 1990 по 2017 г. СКС от инфекционных болезней вырос в **1,7 раза** и **продолжает расти**, причем сегодня **90%** всех умерших по этой причине — граждане трудоспособного возраста.

На этом фоне первичная и общая заболеваемость инфекционными болезнями **снизились**. Это говорит о том, что в РФ большинство инфекционных заболеваний **своевременно не выявляются и недостаточно лечатся**, что напрямую связано с сокращением ресурсов, определяющих мощности инфекционной службы. Так, обеспеченность инфекционными койками с 1990 по 2018 г. **сократилась в 2,6 раза**, а фтизиатрами - в **1,7 раза**, а обеспеченность врачами-инфекционистами с 2010 по 2018 г. сократилась **на 18%** (рис. 2).

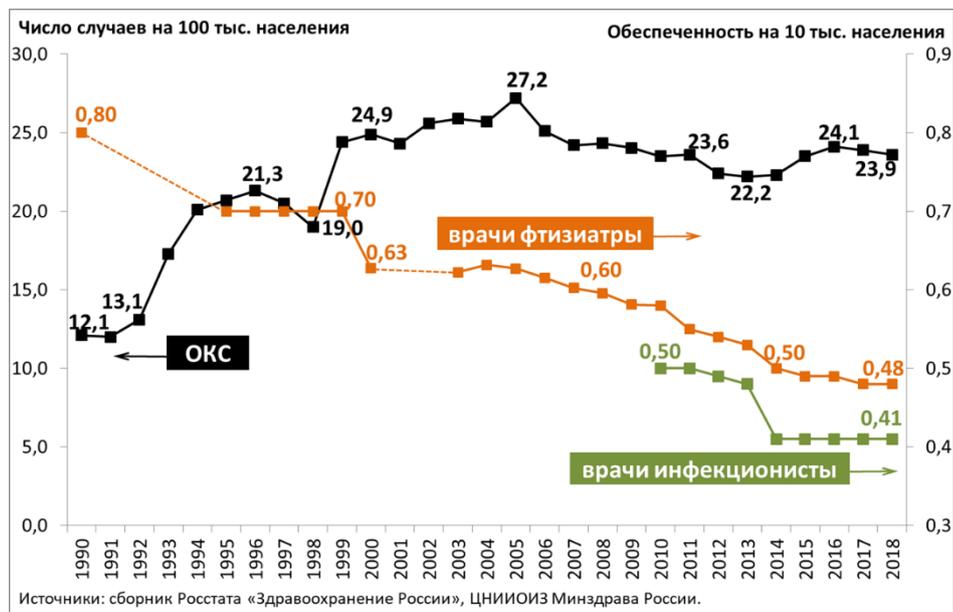


Рис. 2. Динамика общего коэффициента смертности от инфекционных болезней, обеспеченности инфекционными койками, врачами-инфекционистами и врачами-фтизиатрами в РФ

Первичная заболеваемость туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами, которые вместе составляют **90%** в структуре смертности от инфекционных болезней, в **5 и более раз выше, чем в странах ЕС**.

На этом фоне в ежегодных отчетах Роспотребнадзора (Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2018 году») **докладывается об улучшении ситуации**. Например, в Отчете за 2018 г. написано: «В 2018 г. по сравнению с 2017 г. отмечено снижение заболеваемости по 34 формам инфекционных и 12 формам паразитарных болезней (в 2017 г. по сравнению с 2016 г. снижение произошло по 29 и 11 соответственно)».

В этом же Докладе даются совершенно **необоснованные оценки состояния здоровья населения трудоспособного возраста в РФ и прогнозов смертности** среди этой категории. Так, написано: «Достигнуто улучшение приоритетных показателей здоровья работающего населения: сохранилась тенденция снижения доли острой профессиональной патологии ..., а также тенденция к снижению инвалидизации вследствие приобретенного профессионального заболевания».

На самом деле **показатели здоровья населения трудоспособного возраста в РФ катастрофические** — СКС в **3 раза выше**, чем в странах ЕС²⁶. Доля инвалидов трудоспособного возраста среди впервые выявленных инвалидов **стабильно высока** и составляет **44%** (по сравнению с 1990 г. она выросла **на 16%**). А большинство случаев профессиональной патологии, по данным акад. РАН Н.Ф. Измерова, с профессиональными

²⁶ Расчеты ВШОУЗ на основании данных ВОЗ и ОЭСР.

рисками **не связываются** и, соответственно, как профессиональное заболевание **не регистрируются**.

Представленные в Отчете прогнозы по улучшению ситуации со здоровьем населения РФ ничем **не подкрепляются**. Мониторинг внутрибольничных инфекций, который также осуществляется Роспотребнадзором, **не сопоставим с международными данными**. Так, в РФ в 2018 г. в медицинских организациях было зарегистрировано только 27 тыс. случаев инфекционных осложнений, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), а в США при одинаковом уровне госпитализаций — **в 26 раз больше** (722 тыс. случая), что говорит об отсутствии единых методик учета и **недовыявлении** этих случаев в российских стационарах.

Таким образом, анализ данных по мониторингу смертности и заболеваемости от инфекционных заболеваний и состояния здоровья населения РФ Роспотребнадзором ведется **некорректно и в недостаточном объеме**. Как следствие, внимание к серьезным проблемам **не привлекается** и должные меры **не принимаются**.

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения в разных странах

Для оценки структуры и функций служб санитарно-эпидемиологического благополучия населения были выбраны **США, Великобритания и 5 стран**, которые показали относительно хорошие результаты в борьбе с эпидемией новой коронавирусной инфекции Covid-19. В Европе это **Германия и Норвегия**, в Восточной Азии — **Китай, Тайвань, Южная Корея**. Свод данных представлен в табл. 1.

Из табл. 1 видно, что наряду с обеспечением санитарно-эпидемиологического благополучия эти службы занимаются и другими вопросами охраны общественного здоровья — предотвращением и контролем распространения **неинфекционных заболеваний**, и санитарным просвещением населения (большинство стран); борьбой с социально-значимыми заболеваниями (Тайвань, Китай); проведением биомедицинских исследований (Китай, Южная Корея); стратегией развития здравоохранения и охраны здоровья (Норвегия, Великобритания).

Во всех **8 странах** службы, занимающиеся вопросами санитарно-эпидемиологического благополучия населения, **подчинены Министерству здравоохранения**. Ни в одной из этих стран названные ведомства **не занимаются защитой прав потребителей** и надзором на этом рынке. Санитарный надзор за качеством пищевых продуктов, как правило, осуществляется отдельными организациями (инспекциями), которые во многих странах находятся в структуре министерств здравоохранения. В ряде случаев это происходит одновременно с контролем качества лекарств (в РФ эту функцию осуществляет Росздравнадзор).

В 2003 г. в результате опыта, приобретенного в борьбе с эпидемией SARS, в странах Восточной Азии были созданы специальные подразделения в структуре описанных ведомств. Например, в Южной Корее — Центр готовности и реагирования на чрезвычайные ситуации в сфере общественного здоровья (Center for Public Health Emergency Preparedness and Response), в Тайване — Национальный командный центр по борьбе с эпидемиями. Все они получили необходимое финансирование. Во время эпидемии новой коронавирусной инфекции Covid-19 **именно эти центры занимались организацией всех мероприятий**, а также сбором и мониторингом данных.

Табл. 1. Службы, обеспечивающие санитарно-эпидемиологическое благополучие населения в разных странах

	Страна	Название службы	Подчинение	Перечень основных функций
1.	РФ	Роспотребнадзор	Правительство РФ	<ul style="list-style-type: none"> – Разработка норм и правил в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия; – надзор и контроль их исполнения; – защита прав потребителей, надзор за качеством потребительских товаров и услуг; – научные исследования; – мониторинг санитарно-эпидемиологического благополучия населения.
2.	Германия ²⁷	Институт Роберта Коха (Robert Koch Institute)	Федеральное министерство здравоохранения (Federal Ministry of Health)	<ul style="list-style-type: none"> – Сбор и анализ данных о здоровье населения; – сбор и анализ данных об эпидемической ситуации; – проведение научных исследований и изучение вспышек инфекционных заболеваний; – изучение необычных биопатогенов; – обеспечение готовности к угрозам опасного воздействия на здоровье человека. <p>Санитарная инспекция за качеством пищевых продуктов осуществляется отдельным ведомством - Федеральным офисом по защите потребителей и безопасности пищевых продуктов (Federal Office of Consumer Protection and Food Safety), которое подчиняется Министерству пищевой промышленности и сельского хозяйства.</p>
3.	Норвегия ²⁸	Норвежский Директорат по здравоохранению (Norwegian Directorate of Health) и Норвежский институт общественного здоровья (Norwegian Institute of Public Health)	Министерство Здравоохранения (Ministry of Health)	<ul style="list-style-type: none"> – Предотвращение заболеваний и эпидемий; – организация непосредственной борьбы с эпидемиями и чрезвычайными ситуациями; – иммунизация населения; – предотвращение серьезных угроз здоровью человека; – мониторинг инфекционной заболеваемости; – дополнительные функции — разработка стратегии развития здравоохранения и клинических рекомендаций. <p>Санитарный надзор за качеством пищевых продуктов и лекарств осуществляется отдельным ведомством - Управлением по безопасности пищевых продуктов (Norwegian Food Safety Authority), которое подчиняется Министерству пищевой промышленности и сельского хозяйства.</p>

²⁷ https://www.rki.de/EN/Home/homepage_node.html

²⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/english/about-the-norwegian-directorate-of-health#publicmandate> и <https://www.fhi.no/en/about/this-is-the-norwegian-institute-of-public-health/fhis-organisasjon-og-visjon/>

4.	Китай ²⁹	Китайский Центр по контролю и предупреждению заболеваний (Chinese Center for Diseases Control and Prevention)	Национальное Министерство здравоохранения (National Health Commission)	<ul style="list-style-type: none"> – Обеспечение безопасной среды и надзор (продукты питания, безопасность медицинских изделий, радиологическая безопасность, охрана окружающей среды, здоровье детей и матерей); – информирование и пропаганда ЗОЖ; – предотвращение распространения инфекционных заболеваний; – сбор и анализ данных.
5.	Тайвань ³⁰	Тайваньский Центр по контролю над заболеваниями (Taiwan Centers for Diseases Control)	Министерство здравоохранения (Ministry of Health)	<ul style="list-style-type: none"> – Стратегия снижения смертности от социально-значимых заболеваний (туберкулез, СПИД/ВИЧ); – вакцинация населения, предотвращение распространения сезонного гриппа; – мониторинг острых инфекционных заболеваний, их предотвращение и лечение; – наблюдение, обеспечение готовности и ответ при распространении эпидемий; – карантинные меры на границе; – развитие диагностической службы. <p>Санитарный надзор за качеством пищевых продуктов и лекарств осуществляется отдельным ведомством - Управлением по надзору за качеством пищевых продуктов и лекарств (Taiwan Food and Drug Administration), которое подчиняется Министерству здравоохранения.</p>
6.	Южная Корея ³¹	Центр по контролю и предотвращению заболеваний (Korean Center for Disease Control and Prevention)	Министерство здравоохранения и социального благополучия (Ministry of Health and Welfare)	<ul style="list-style-type: none"> – Организация мер по предотвращению распространения инфекций; – профилактика заболеваний и оказание помощи пациентам с редкими заболеваниями; – мониторинг данных по инфекционным и неинфекционным заболеваниям; – проведение биомедицинских исследований; – изучение генома и распространения инфекционных заболеваний. <p>Санитарный надзор за качеством пищевых продуктов и лекарств осуществляется отдельным ведомством - Министерством безопасности лекарств и пищевых продуктов (Ministry of Food and Drug Safety), которое подчиняется Министерству здравоохранения.</p>

²⁹ <http://www.chinacdc.cn/en/>

³⁰ <https://www.cdc.gov.tw/En/Category/MPage/BImRdhwVTXGxnmKbziHCew>

³¹ <http://www.cdc.go.kr/contents.es?mid=a30101000000>

7.	Великобритания ³²	Служба общественного здоровья (Public Health England)	Министерство здравоохранения и социальной защиты (Department of Health and Social Care)	<ul style="list-style-type: none"> – Пропаганда ЗОЖ; – защита населения от рисков здоровью; – подготовка и осуществление борьбы с эпидемиями; – информирование населения и разработка стратегий защиты от возможных угроз; – иммунизация населения, скрининг, поддержка региональных отделений; – анализ данных и проведение научных исследований. <p>Санитарный надзор за качеством пищевых продуктов осуществляет отдельное ведомство - Агентство по стандартам продуктов питания (Food Standards Agency), подчиняющееся Правительству.</p>
8.	США ³³	Центр по контролю и профилактике заболеваний (Center of Disease Control and Prevention)	Министерство здравоохранения и социальных служб (United States Department of Health and Human Services)	<ul style="list-style-type: none"> – Выявление и ответные меры на возникающие угрозы здоровью человека; – разработка программ по снижению смертности и заболеваемости от распространенных болезней; – научные исследования в области предотвращения болезней; – пропаганда ЗОЖ; – обучение и подготовка кадров в области общественного здоровья; – мониторинг состояния здоровья населения. <p>Санитарный надзор за качеством пищевых продуктов и лекарств осуществляет Управление по надзору за качеством пищевых продуктов и лекарств (Food and Drug Administration), которое также подчиняется министерству здравоохранения.</p>

³² <https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england/about>

³³ <https://www.cdc.gov/about/organization/cio.htm>

7.2. Используемые источники информации

- 1) Европейская база данных о смертности / WHO Mortality Database [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/>
- 2) ЕМИСС / база данных Росстата [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://fedstat.ru/>
- 3) Здоровье для всех / база данных ВОЗ [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://gateway.euro.who.int/ru/hfa-explorer/>
- 4) Росстат [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.gks.ru/>
- 5) Healthy People 2020 Database [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.healthypeople.gov/2020/data-search/About-the-Data>
- 6) OECD.Stat / база данных ОЭСР [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://stats.oecd.org/>
- 7) «Здравоохранение России. Что надо делать. Состояние и предложения: 2019-2024 гг./ Г.Э. Улумбекова. -3 изд. –Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 416 с.

7.3. 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.

- 1) Письмо академикам РАН «О принятии ущербного закона “Об основах охраны здоровья граждан в РФ”» (26 октября 2011 г.).
- 2) Аналитическая справка «Как отвечает законопроект “Об основах охраны здоровья граждан в РФ” на вызовы системе здравоохранения» (2011 г.).
- 3) Аналитическая справка «Здравоохранение РФ: итоги, вызовы и пути решения» (2012 г.).
- 4) Письмо Президенту РФ В.В. Путину «О критической ситуации в здравоохранении» (10 сентября 2014 г.).
- 5) Краткая справка «О состоянии системы здравоохранения РФ. Программа развития отрасли на 2015-2018 гг.» (10 сентября 2014 г.).
- 6) Министру здравоохранения РФ В.И. Скворцовой «О критической ситуации в здравоохранении» (30 сентября 2014 г.).
- 7) Мэру Москвы С.С. Собянину «О критической ситуации в здравоохранении Москвы и сокращении коечного фонда» (20 октября 2014 г.).
- 8) Аналитическая справка «Анализ состояния здравоохранения г. Москвы: 2011-2014 гг.» (20 октября 2014 г.).
- 9) Министру здравоохранения РФ В.И. Скворцовой «О главных проблемах в отрасли здравоохранения» (24 октября 2014 г.).
- 10) Председателю Счетной палаты Т.А. Голиковой «О критической ситуации в финансировании здравоохранения» (10 декабря 2014 г.).
- 11) Президенту Национальной медицинской палаты Л.М. Рошалю «О критической ситуации в финансировании здравоохранения» (10 декабря 2014 г.).
- 12) Председателю Совета Федерации РФ В.И. Матвиенко «О критической ситуации в финансировании здравоохранения» (10 декабря 2014 г.).
- 13) Заместителю руководителя Аппарата Правительства РФ Н.Б. Найговзиной «О критической ситуации в финансировании здравоохранения» (12 декабря 2014 г.).
- 14) Критический анализ Справки «О мероприятиях по реорганизации медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы» (2014 г.).
- 15) Аналитическая справка «Показатели и ресурсы системы здравоохранения в Москве (динамика с 2010 по 2014 г.), Санкт-Петербурге, России в среднем и в «старых» странах ЕС» (октябрь 2014 г.).
- 16) Справка «Дефицит финансового обеспечения программы госгарантий в 2015 г. составит 30% от планируемых расходов» (8 февраля 2015 г.).
- 17) Справка «Антикризисный план по управлению в здравоохранении» (8 февраля 2015 г.).
- 18) Справка «О внесении изменений в Федеральный закон «О бюджете ФОМС на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг.» (12 марта 2015 г.).

- 19) Президенту РФ В.В. Путину о критической ситуации в здравоохранении» и Пояснительная записка к письму (30 июня 2015 г.).
- 20) Справка «Состояние здравоохранения РФ: Риски и пути решения проблем 2016-2017 гг.» (октябрь 2015 г.).
- 21) Справка «О кризисной ситуации в здравоохранении РФ. Первоочередные меры» (16 декабря 2015 г.).
- 22) Справка «Расчет дефицита финансирования программы госгарантий в 2015 г. и его последствия» (2015 г.).
- 23) Справка «Расчет необходимого числа инфекционных коек для взрослых и детей в РФ и Москве» (2015 г.).
- 24) Главам субъектов РФ «О мерах по снижению смертности в субъектах РФ и увеличению государственного финансирования здравоохранения» (15 июня 2015 г.).
- 25) Вице-премьеру по социальным вопросам Правительства РФ Т.А. Голиковой «Предложения по проектно-целевому управлению по достижению цели ОПЖ 78 лет» (17 мая 2018 г.).
- 26) Справка «Анализ Национального проекта «Здравоохранение» и предложения по его доработке в части обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи (ПМСП)» (май 2019 г.).
- 27) Депутату Государственной Думы РФ Федерального Собрания РФ, первому заместителю председателя Комитета по охране здоровья, академику РАН Н.Ф. Герасименко о предложениях по развитию здравоохранения РФ (14 октября 2019 г.).
- 28) Депутату Государственной Думы РФ Федерального Собрания РФ, первому заместителю председателя Комитета по образованию и науке, академику РАН Г.Г. Онищенко о предложениях по развитию здравоохранения РФ (14 октября 2019 г.).
- 29) Главному эпидемиологу МЗ РФ, директору института общественного здоровья, заведующему кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, академику РАН Н.И. Брико о предложениях по развитию здравоохранения РФ (16 октября 2019 г.).
- 30) Директору ФГБУ «ВЦМК «Защита» Минздрава России, главному внештатному специалисту по медицине катастроф Минздрава России, академику РАН С.Ф. Гончарову о предложениях по развитию здравоохранения РФ (22 октября 2019 г.).
- 31) Президенту Союза «Национальная медицинская палата», д.м.н., профессору Л.М. Рошалю о предложениях по развитию здравоохранения РФ (25 октября 2019 г.).
- 32) Министру здравоохранения РФ М.А. Мурашко о неотложных мерах в здравоохранении РФ (23 января 2020 г.).
- 33) Председателю Правительства РФ М.В. Мишустину о дефиците медицинских кадров и путях решения проблемы (06 марта 2020 г.).
- 34) Председателю Счетной палаты РФ А.Л. Кудрину о неотложных мерах в здравоохранении РФ (11 марта 2020 г.).
- 35) Заместителю Председателя Счетной палаты РФ Г.С. Изотовой о программе неотложных мер в здравоохранении (13 марта 2020 г.).
- 36) Заместителю мэра Москвы в Правительстве Москвы по вопросам социального развития А. В. Раковой о неотложных мерах в здравоохранении РФ и Москвы по борьбе с эпидемией нового коронавируса (01 апреля 2020 г.).
- 37) Министру здравоохранения РФ М.А. Мурашко о мерах по борьбе с коронавирусом, принимаемых в медицинских организациях США и которые могут быть применены в РФ (02 апреля 2020 г.).
- 38) Министру здравоохранения РФ М.А. Мурашко о предложениях по реформе здравоохранения РФ (04 июня 2020 г.).
- 39) Председателю Комитета Государственной Думы по охране здоровья Д.А. Морозову о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (05 июня 2020 г.).
- 40) Председателю Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам А.М. Макарову о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (05 июня 2020 г.).
- 41) Председателю партии «Справедливая Россия» С.М. Миронову о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (05 июня 2020 г.).
- 42) Председателю партии ЛДПР В.В. Жириновскому о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (05 июня 2020 г.).
- 43) Председателю ЦК КПРФ, руководителю фракции КПРФ в Государственной Думе РФ Федерального Собрания РФ Г.А. Зюганову о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (05 июня 2020 г.).

- 44) Председателю Всероссийской политической партии „ЕДИНАЯ РОССИЯ“, заместителю председателя Совета Безопасности РФ Д.А. Медведеву о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (05 июня 2020 г.).
- 45) Заключение на Письмо Минздрава России №29-О/И/1-25333 от 27.04.2020 в Российскую трёхстороннюю комиссию по регулированию социально-трудовых отношений о ходе выполнения поручений Президента РФ по итогам совещания по вопросам модернизации первичного звена здравоохранения (07 июня 2020 г.).
- 46) Президенту «Лиги пациентов», члену Экспертного совета при Правительстве РФ А.В. Саверскому о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (08 июня 2020 г.).
- 47) Рассылка губернаторам субъектов РФ о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (08 июня 2020 г.).
- 48) Председателю Государственной Думы Федерального Собрания РФ В.В. Володину о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (09 июня 2020 г.).
- 49) Руководителю фракции «ЕДИНАЯ РОССИЯ» С.И. Неверову о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (09 июня 2020 г.).
- 50) Председателю Совета Федерации Федерального Собрания РФ В.И. Матвиенко о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (09 июня 2020 г.).
- 51) Председателю Комитета Совета Федерации по социальной политике И.Ю. Святенко о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (09 июня 2020 г.).
- 52) Первому заместителю председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике И.Н. Каграманяну о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (09 июня 2020 г.).
- 53) Председателю Счетной палаты РФ А.Л. Кудрину о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (09 июня 2020 г.).
- 54) Рассылка министрам здравоохранения субъектов РФ 1-го проекта предложений по реформированию здравоохранения РФ (10 июня 2020 г.).
- 55) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Фаррахову А.З. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 56) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Герасименко Н.Ф. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 57) Заместителю председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Говорину Н.В. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 58) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Елькомову В.А. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 59) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Кобзеву Ю.В. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 60) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Косяненко Е.В. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 61) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Куринному А.В. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 62) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Маграмову А.В. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 63) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Менделевичу Б.Д. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 64) Первому заместителю председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Натарову С.В. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 65) Заместителю председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Огулю Л.А. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 66) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Осадчему Н.И. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 67) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Петрову А.И. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 68) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Петрову А.П. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 69) Первому заместителю председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Саниной Н.П. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 70) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Соломатиной Т.В. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

- 100) Заместителю председателя Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Симановскому Л.Я. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 101) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Скругу В.С. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 102) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Федорову В.А. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 103) Первому заместителю председателя Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Хору Г.Я. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 104) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Чижову С.В. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 105) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Шубину И.Н. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 106) Первому заместителю председателя Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Шурчанову В.С. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 107) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Щапову М.В. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 108) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Юркову Д.В. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 109) Заключение по вопросу «Об основных характеристиках бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и на плановый период» (15 июня 2020 г.).
- 110) Председателю Правительства РФ М.В. Мишустину об отсутствии средств в бюджете ФОМС на решение неотложных проблем в здравоохранении РФ и на модернизацию первичного звена здравоохранения РФ (16 июня 2020 г.).
- 111) Справка об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ и в других странах (Великобритания, Германия, Китай, Норвегия, Тайвань, США и Южная Корея) (27 июня 2020 г.).
- 112) Рассылка министрам здравоохранения РФ 2-го проекта предложений по реформированию здравоохранения РФ (02 июля 2020 г.).
- 113) Президенту Союза «Национальная медицинская палата», д.м.н., профессору Л.М. Рошалю о предложениях по реформе здравоохранения РФ и об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ и других странах (Великобритания, Германия, Китай, Норвегия, Тайвань, США и Южная Корея) (13 июля 2020 г.).