

*Первая версия документа была обсуждена во время проведения онлайн-конгресса «Оргздрав-2020» (25-26 мая), ее одобрили более 7 тыс. участников. В текущую версию внесены дополнительные предложения (более 100 развернутых отзывов) от руководителей региональных органов управления здравоохранением, членов медицинского отделения РАН, членов Совета Национальной медицинской палаты, руководителей профессиональных медицинских и пациентских ассоциаций, практикующих врачей. Абсолютное большинство участников обсуждения поддерживают положения реформы. Обсуждение продолжается, просим Вас присылать свои дополнения.*

## РЕФОРМА СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН РФ: ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

*«Никто, кроме нас, здесь и сейчас»*

**Цель.** Увеличение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) населения до **78 лет к 2024 г.** (к **2030 г. – до 80 лет**) и повышение удовлетворенности граждан доступностью и качеством и медицинской помощи.

**Введение.** Здравоохранение, как и оборона, это основа **безопасности страны**. Обеспечение здоровья российских граждан **не может** финансироваться по остаточному принципу и базироваться на рыночных подходах. Сегодня российское здравоохранение **находится в перманентном кризисе**, который выражается в том, что резко снизилась доступность медицинской помощи, при этом медицинские работники не могут обеспечить ее в требуемых объемах и на установленном уровне качества. **Полумеры положения в отрасли не исправят.** Основа доступной и качественной медицинской помощи – хорошо **подготовленный врач и медицинская сестра**, труд которых **высоко ценится и уважается в обществе**. От реализации продуманных реформ в отрасли зависит **наше будущее** – медицинских работников, и, главное, **здоровье наших пациентов**.

**Краткое содержание.** Сегодня в РФ ключевая характеристика здоровья населения – ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) **на 4,8 года ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС, близких к нашей стране по уровню экономического развития<sup>1</sup>, а смертность трудоспособного населения **в 3 раза выше**, чем в среднем в странах ЕС. Такие неудовлетворительные показатели напрямую связаны с недостаточными мерами по охране здоровья граждан РФ на популяционном уровне (высокая распространенность табакокурения, потребление алкоголя, неблагоприятные экологические условия и условия труда на производстве), а также с системным кризисом в здравоохранении.

Критическое положение российского здравоохранения характеризуется: 1) **длительным недофинансированием** (в 1,9 раза ниже, чем в «новых-8» странах ЕС в расчете на душу населения); 2) **нетерпимым положением медицинских работников** (нищенские базовые оклады - у врачей **от 12 тыс. до 35 тыс. руб.**, а у медицинских сестер – **от 10 тыс. до 20 тыс. руб.**). Это усугубляется постоянными переработками, избыточными, невыполнимыми требованиями, излишними проверками и потребительским экстремизмом - все это является **причиной дефицита кадров** в отрасли; 3) **неэффективным управлением** – децентрализация в управлении региональным здравоохранением, рассредоточение ключевых функций по охране здоровья в разных ведомствах, наличие массы противоречий в нормативной базе; 4) **неоптимальной для РФ, дорогостоящей страховой моделью финансирования здравоохранения** и рыночными подходами в компенсации затрат на оказание медицинской помощи («деньги следуют за

<sup>1</sup> Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония.

пациентом»), которые привели к разрушению медицины в сельской местности и малых городах; 5) **дефицитом** коечного фонда стационаров (обеспеченность коечным фондом **на 15% ниже**, чем в Германии), изношенностью материально-технической базы и непригодным состоянием **до 30%** зданий медицинских организаций.

Для обеспечения доступной, качественной и бесплатной медицинской помощи населению РФ, особенно в ситуации продолжения падения реальных доходов граждан (по прогнозам **на 5-6%** в 2020 г.), необходимо незамедлительно реализовать следующие меры:

- 1. Изменить нетерпимое отношение к медицинским работникам:** повысить оплату их труда с установлением на федеральном уровне минимального базового оклада в размере 4 МРОТ для врачей, 2 МРОТ для медсестер и 1,5 МРОТ для младшего медперсонала; обеспечить их профессиональную безопасность и благоприятные условия труда, которые предотвращают выгорание.
- 2. Увеличить государственное финансирование здравоохранения до 6% ВВП** (с 3,8 трлн руб. до 6,5 трлн руб. к 2022 г. в ценах 2019 г.). Для этого ежегодно дополнительно потребуется около 1 трлн руб., начиная с 2020 г. Одновременно необходимо перейти **на бюджетную модель финансирования** здравоохранения, подчинив фонды ОМС региональным органам управления здравоохранением и устранив частные страховые медицинские организации. Установить систему компенсации затрат медицинских организаций по смете, покрывающей их базовые расходы.
- 3. Создать централизованную систему управления здравоохранением** с подчинением Минздраву России региональных органов управления здравоохранением, санитарно-эпидемиологической службы и других ведомств, отвечающих за охрану здоровья населения. Создать центр в Минздраве России по борьбе с эпидемиями и другими чрезвычайными ситуациями.
- 4. 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.
- 5. Внедрить систему всеобщего бесплатного лекарственного обеспечения** населения рецептурными лекарственными препаратами.
- 6. Реализовать меры по повышению качества высшего медицинского и среднего профессионального образования**, в том числе установить минимальные базовые оклады в зависимости от степени, занимаемой должности и уровня квалификации профессорско-преподавательского состава (ППС): для ППС медицинских вузов - от 4 до 8 МРОТ; для ППС медицинских колледжей - от 2 до 4 МРОТ, а также обновить программы обучения и учебную литературу в соответствии с лучшими мировыми стандартами; создать **условия для реализации системы непрерывного медицинского образования** (финансовые средства и выделенное оплачиваемое время – не менее 1 дня в 2 месяца).
- 7. Увеличить финансирование медицинской науки в 3 раза** - с 0,04 до 0,12% ВВП, разработать и внедрить систему управления вложениями в НИР, исходя из долгосрочных потребностей системы здравоохранения.
- 8. Создать при Правительстве РФ постоянно действующую межведомственную Комиссию по охране здоровья населения РФ** с участием РАН. Комиссия в кратчайшие сроки должна разработать и утвердить масштабную Программу по общественному здоровью до 2030 г.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

### I. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ РЕФОРМЫ

1.1. Реализация права граждан на охрану и укрепление здоровья	4
1.2. Обеспечение доступности и качества медицинской помощи	4
1.2.1. Восстановить централизованную модель управления здравоохранением и повысить эффективность управления в отрасли	4
1.2.2. Увеличить государственные расходы на здравоохранение и изменить модель финансирования здравоохранения со страховой на бюджетную	6
1.2.3. Ликвидировать дефицит и установить справедливую оплату труда медицинских работников	7
1.2.4. Обеспечить реализацию Национальной лекарственной политики РФ и системы всеобщего лекарственного обеспечения	8
1.2.5. Создать действенную систему управления качеством медицинской помощи	8
1.2.6. Обеспечить эффективное развитие медицинского образования и науки	9
1.2.7. Обеспечить постоянную готовность к эпидемиям и другим чрезвычайным ситуациям	10

### II. ОБОСНОВАНИЯ РЕФОРМЫ

2.1. Состояние здоровья населения РФ	10
2.2. Факторы, определяющие здоровье населения РФ	11
2.3. Состояние системы здравоохранения РФ	11
2.4. Положение медицинских работников в отрасли	14
2.5. Обострение проблем здравоохранения во время эпидемии	15
2.6. Состояние медицинской науки и образования	16
2.7. Меры, которые предлагались для исправления ситуации в здравоохранении РФ до эпидемии	16
2.8. Меры, принятые в здравоохранении РФ в период эпидемии в сравнении с другими странами	17
2.9. Социально-экономические и эпидемические прогнозы на 2020 г.	18

### III. ПРИЛОЖЕНИЯ

3.1. Справка об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ и других странах (Великобритания, Германия, Китай, Норвегия, Тайвань, США и Южная Корея) (отдельным файлом)	19
3.2. Используемые источники информации	19
3.3. Перечень писем и аналитических справок, подготовленных Г.Э. Улумбековой, которые в период 2010–2020 гг. были отправлены в Правительство РФ, Государственную Думу РФ, Совет Федерации РФ, Минздрав России, РАН, Национальную медицинскую палату с предложениями по решению критических проблем российского здравоохранения	20

## ПОЛОЖЕНИЯ РЕФОРМЫ

### 1.1. Реализация права граждан на охрану и укрепление здоровья

Это направление включает экологическое и санитарно-эпидемиологическое благополучие, условия для занятий населения физической культурой и спортом, охрану окружающей среды, благоприятные условия труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производство и реализацию доброкачественных продуктов питания. Для реализации данного направления необходимо создать при Правительстве РФ постоянно действующую межведомственную **Комиссию по охране здоровья населения РФ с участием РАН**. Комиссия в кратчайшие сроки должна разработать и утвердить соответствующую **Программу до 2030 г.** с конкретными целевыми **показателями и ответственными** за их достижение руководителями различных ведомств. Важнейшим блоком этой программы должны стать охрана здоровья **граждан трудоспособного возраста** путем реализации подпрограммы **производственной медицины (медицины труда)** на всех крупных и средних предприятиях страны<sup>2</sup>, а также подпрограмма **по охране здоровья детей и подростков**, включая вопросы школьной медицины. Ежегодно должен публиковаться **Государственный доклад** о ходе ее реализации, с заслушиванием на совместном заседании палат Федерального Собрания Российской Федерации.

### 1.2. Обеспечение доступности и качества медицинской помощи

#### 1.2.1. Восстановить централизованную модель управления здравоохранением и повысить эффективность управления в отрасли

- Восстановить **централизованную** систему управления здравоохранением в стране во главе с Минздравом России (при этом уточнить место и роль муниципального здравоохранения). Подчинить Минздраву России **санитарно-эпидемиологическую службу**, выделив ее из структуры Роспотребнадзора, а также другие службы, отвечающие за безопасность здоровья населения, в том числе Всероссийский центр медицины катастроф «Защита».
- Разработать **«Программу развития здравоохранения до 2030 г.»**<sup>3</sup> с целями по улучшению здоровья населения и обеспечить ее необходимыми финансовыми ресурсами. Установить законодательно ответственность за выполнение этой Программы руководителей здравоохранения федерального и регионального уровня.
- Включить **главных внештатных специалистов** по основным (укрупненным) врачебным и сестринским специальностям **в штат** Минздрава России с ответственностью **по снижению** смертности, заболеваемости и инвалидности по своему профилю. Для обеспечения единых подходов в организации медицинской помощи в регионах специалист должен быть **только один** и находиться во главе **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.

<sup>2</sup> Речь идет о производственно-цеховой медицине, которая сегодня сохранилась только в ОАО «РЖД», а не только о корпоративных программах общественного здоровья.

<sup>3</sup> Действующая Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения» действует до 2024 г., не содержит важнейших направлений и не обеспечена необходимыми ресурсами для достижения поставленных целей – ОПЖ 74 года к 2024 г.

- Подпрограммы, которые требуют первоочередной разработки дополнительно к имеющимся (борьба с онкологическими заболеваниями, борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями и развитие детского здравоохранения):
  - Борьба с инфекционными заболеваниями;
  - Здоровье подростков;
  - Профилактика стоматологических заболеваний;
  - Охрана психического здоровья, борьба с наркологической и алкогольной зависимостью;
  - Профилактика и лечение заболеваний ЛОР-органов;
  - Медицинская реабилитация (с акцентом на раннюю реабилитацию);
  - Сквозная подпрограмма по развитию **сестринского дела**.
- Убрать **противоречия** в нормативной базе здравоохранения, привести все контрольные проверки в единую систему, исключить **дублирование** отчетных документов, согласовать их и перевести в единый цифровой формат.
- Обеспечить финансовые и материально-технические потребности медицинских организаций в объеме, который позволит им выполнять требования нормативных документов: стандарты медицинской помощи, порядок ее оказания, клинические рекомендации и критерии качества медицинской помощи.
- Принимать решения в здравоохранении на основании **клинико-экономического обоснования** и обязательного, неформального экспертного обсуждения. Это касается оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и более комплексных решений.
- Разработать **требования к кандидатуре, порядку назначения и снятия** с должности руководителей здравоохранения, включая главных врачей. Необходимо разработать типовые формы контрактов с ними, которые наряду с ответственностью за выполнение поставленных перед ними целей и задач будут защищать их от необоснованных подходов при снятии с должности.
- Максимально перейти на **цифровой документооборот** (с минимальным дублированием бумажного), который будет облегчать, а не усложнять работу медицинских работников. Для этого разработать **подпрограмму цифровизации** медицинских организаций, которая должна включать: внедрение единых стандартов совместимости программного обеспечения; единые требования к кадровому, инфраструктурному и финансовому обеспечению медицинских организаций в части ИТ; тиражирование лучших программных продуктов (медицинских информационных систем).
- Установить, что **строительство новых** и расширение мощностей существующих государственных медицинских организаций<sup>4</sup> должно приниматься только после обоснования того, что планируемые дополнительные объемы медицинской помощи **невозможно оказать на долгосрочной основе и на должном уровне** (по объему, качеству и цене услуг) в уже существующих медицинских организациях по данному профилю (как государственных, так и частных). Строительство новых частных медицинских организаций, которые в дальнейшем будут претендовать на участие в программе государственных гарантий, должно происходить по согласованию с региональными органами управления здравоохранением, исходя из потребности региона в этих дополнительных мощностях.
- Установить, что участие частных медицинских организаций в реализации программы государственных гарантий должно происходить **на долгосрочной основе**, с выполнением всех **требований и условий**, предъявляемых к государственным организациям, а также при условии, что эту помощь невозможно оказать в государственном секторе (по объему, стоимости и/или на требуемом уровне качества).

---

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

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

### **1.2.2. Увеличить государственные расходы на здравоохранение и изменить модель финансирования здравоохранения со страховой на бюджетную**

- Поэтапно увеличить государственные расходы на здравоохранение с **3,5% до 6% ВВП** (с 3,8 трлн руб. до **6,5 трлн руб.** к 2022 г. в ценах 2019 г.<sup>5</sup>). Для этого ежегодно дополнительно потребуется около **1 трлн руб.**, начиная с 2020 г. Из них:
  - **1/3** – на **повышение оплаты труда** медицинских работников, профессорско-преподавательского состава медицинских вузов и колледжей, а также на повышение их квалификации;
  - **1/3** – на обеспечение большинства населения РФ бесплатными лекарствами в амбулаторных условиях или по рецепту врача (**система всеобщего лекарственного обеспечения**)<sup>6</sup>;
  - **1/3** – на **компенсацию затрат** медицинских организаций по дополнительным мерам инфекционной безопасности в условиях затянувшейся эпидемии, поэтапного обновления материально-технической базы медицинских организаций, а также на реализацию отдельных приоритетных подпрограмм, дополнительно к имеющимся.
- Восстановить **бюджетное финансирование** системы здравоохранения и установить ответственность бюджетов всех уровней за финансовое обеспечение медицинской помощи, в соответствии с установленными нормативными требованиями по объему, срокам, качеству и условиям ее оказания. Для этого средства ОМС<sup>7</sup>, федерального и региональных бюджетов должны быть объединены у единого плательщика с последующим перераспределением в регионы.
- Устранить дробность финансирования различных видов и профилей медицинской помощи, включенных в Программу государственных гарантий, в зависимости от источника финансирования (ОМС, федеральный и региональные бюджеты) путем создания единого источника финансового обеспечения этой помощи (включая вопросы поставки в медицинские организации препараты крови и ее заменителей).
- Исключить **частные страховые медицинские организации** из цепочки доведения государственных средств до медицинских организаций, а их функции распределить между государственными организациями. Территориальные отделения ФОМС сделать финансовыми **подразделениями** региональных органов управления здравоохранением, изменив их функции (это означает упразднение самостоятельности системы ОМС).
- Восстановить **компенсацию расходов медицинских организаций по смете**, которая гарантировано покрывает их **базовые расходы** (установленные объемы помощи и себестоимость ее оказания в соответствии с клиническими рекомендациями и другими нормативными актами). Расположение и мощности этих организаций должны быть обоснованы, исходя из потребностей населения в медицинской помощи, ее территориальной и транспортной доступности. Это позволит сохранить медицинские организации в сельской местности, малых городах, восстановить инфекционную службу и скорую медицинскую помощь. При этом выполнение медицинскими организациями обоснованных критериев за **достижение показателей качества**, дополнительных

<sup>5</sup> Цены 2019 г. указаны специально, чтобы дополнительные средства, направленные на здравоохранение, **не обесценивались инфляцией**.

<sup>6</sup> 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.**

<sup>7</sup> Вопрос о страховых взносах в систему ОМС, как источника государственного финансирования здравоохранения, требует отдельного обсуждения. Их наличие **не препятствует** созданию бюджетной модели финансирования.

объемов услуг и по снижению непроизводительных затрат позволят создать необходимые мотивационные стимулы для повышения эффективности их деятельности.

- Необходимо четко **разделить** бесплатные медицинские услуги (помощь), гарантированные населению государством, и платные. При этом по мере увеличения государственного финансирования здравоохранения необходимо более четко регламентировать **оказание платных медицинских услуг** в государственных медицинских организациях.

### **1.2.3. Ликвидировать дефицит и установить справедливую оплату труда медицинских работников**

- Установить на федеральном уровне единые минимальные базовые оклады по основным квалификационным группам медицинских работников при работе на 1 ставку (младший медицинский персонал вернуть в категорию медицинских работников):
  - для врачей – не менее **4 федеральных МРОТ**<sup>8</sup>, 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**: снижение ненужной административной работы, удобные в использовании информационные системы, оптимальный график дежурств, возможность свободного обсуждения проблем, привлечение психологов, организация комнат «разгрузки», поддержка в бытовых вопросах (например, организация отдыха детей и устройство их в детские сады).
- **Разграничить** в нормативных документах термин «**медицинская услуга**» и «**медицинская помощь**», определить понятие «пациенто-ориентированный» подход,

<sup>8</sup> 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.

#### **1.2.4. Обеспечить реализацию Национальной лекарственной политики РФ и системы всеобщего лекарственного обеспечения**

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

#### **1.2.5. Создать действенную систему управления качеством медицинской помощи**

Разработать подпрограмму «**Управление качеством медицинской помощи (КМП) на уровне мировых стандартов**», в том числе:



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

#### 1.2.6. Обеспечить эффективное развитие медицинского образования и науки

- Рекомендовать Минздраву России совместно с Минобрнауки России и РАН разработать подпрограммы, которые станут частями «Программы развития здравоохранения до 2030»:
  - «**Развитие высшего медицинского образования в РФ**»;
  - «**Развитие сестринского образования в РФ**»;
  - «**Развитие медицинской науки в РФ: от приоритетов до внедрения в практику**».
- Первоочередная мера для ликвидации дефицита и повышения уровня квалификации профессорско-преподавательского состава (ППС) медицинских вузов, НИИ и колледжей (вне зависимости от ведомственной подчиненности) - установление следующих **минимальных базовых окладов** в зависимости от степени, занимаемой должности и уровня квалификации:
  - для ППС медицинских вузов **от 4 до 8 МРОТ**;
  - для ППС медицинских колледжей **от 2 до 4 МРОТ**;
  - для объективной оценки уровня квалификации ППС потребуется разработать новые требования.
- Внести в закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» следующие нормы:
  - о восстановлении **интернатуры и субординатуры** как обязательных требований для допуска к практической деятельности для всех медицинских специальностей;
  - об условиях для обеспечения непрерывного медицинского образования – не менее **1 оплаченного рабочего дня в 2 мес.** (50 ч. в год, из них не менее 36 ч. в образовательных организациях дополнительного профессионального образования), обязательное целевое финансирование и возможность самостоятельного выбора врачом и медицинской сестрой образовательной организации (по принципу «образовательный сертификат»).
- При разработке **Программ по развитию высшего медицинского и сестринского образования** необходимо:
  - привести образовательные программы по основным дисциплинам в части содержания и количества часов **к уровню передовых медицинских вузов мира**;
  - разработать специальные программы для **повышения** квалификации ППС и предусмотреть возможность их беспрепятственной **практической деятельности** в медицинских организациях;
  - актуализировать **нормативы нагрузки** на ППС;
  - обновить **учебную литературу** с учетом лучших мировых стандартов, при этом написание учебников учитывать как критерий оценки эффективности работы ППС (а не только их публикации в научных журналах);
  - внедрить **единые стандарты** финансирования и материально-технического оснащения организаций вне зависимости от их ведомственной подчиненности, подготовить «положение о клинической базе вузов»;
  - повысить требования к абитуриентам медицинских вузов, включая уровень ЕГЭ не менее **70 баллов**, а также результаты собеседования;

- предусмотреть увеличение числа **бюджетных мест в ординатуре**, в том числе по подготовке **врачей общей практики**, а также удлинение сроков обучения в ординатуре по ряду специальностей (с предоставлением адекватной оплаты труда ординаторам);
- **пересмотреть** модульный принцип обучения;
- учесть необходимость расширения функциональных обязанностей медицинских сестер.
- При разработке программы **«Развитие медицинской науки: от приоритетов до внедрения в практику»** необходимо:
  - увеличить ее финансирования **в 3 раза** от существующего уровня – **с 0,04% до 0,12% ВВП** (для справки: в развитых странах ее финансирование составляет 0,3–0,4% ВВП);
  - разработать методологию **управления** вложениями в НИР, исходя из долгосрочных потребностей системы здравоохранения;
  - предусмотреть гранты на НИР по охране здоровья граждан, изучению негативного механизма воздействия на экологические цепочки вплоть до человека вредных факторов окружающей среды, в том числе антропогенного характера.

### **1.2.7. Обеспечить постоянную готовность к эпидемиям и другим чрезвычайным ситуациям**

- Воссоздать под руководством Минздрава России систему заблаговременной готовности к чрезвычайным ситуациям (катастрофам, эпидемиям), в том числе:
  - создать единый **Центр управления чрезвычайными ситуациями при Минздраве РФ**;
  - разработать Государственную **программу действий** при чрезвычайных ситуациях;
  - проводить **учения** и публиковать **Государственный отчет** о готовности системы здравоохранения к чрезвычайным ситуациям по установленным показателям;
  - научно обосновать и сформировать **резервы** коечных мощностей, подготовленных медицинских кадров, которые можно быстро мобилизовать, а также запасов СИЗ и других расходных материалов;
  - выделить специальное **финансирование** по этим статьям;
  - подготовить специалистов не из числа медицинских работников по отслеживанию контактов зараженных инфекционными заболеваниями граждан, требующих изоляции;
  - разработать **инструкции и протоколы** по организации медицинской помощи в различных ситуациях;
  - привлекать службу **Красного Креста** для обучения населения оказания первой помощи, организации отслеживания контакта зараженных, организации санитарных постов.
- Оперативный **штаб по борьбе с эпидемиями должен находиться в Минздраве России** и иметь полномочия для ежедневного проведения оперативных совещаний в присутствии СМИ, а также координировать работу смежных ведомств (производство и поставки СИЗ, в том числе масок, разработка вакцин, диагностических тестов, фармацевтических препаратов и др.).

## **II. ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЙ**

### **2.1. Состояние здоровья населения РФ<sup>9</sup>**

- В РФ в 2018 г. **ключевая характеристика здоровья населения** – ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ; рассчитывается по смертности в различных возрастных группах) – **была на 4,8 года ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС, близких к нашей стране по уровню экономического развития (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония), соответственно 72,9 и 77,7 года. При этом ОПЖ российских мужчин **на 6,1 года ниже**, чем в названных странах.
- В РФ в 2018 г. смертность детей (от 0 до 14 лет) была **в 1,6 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, смертность от болезней кровообращения (стандартизованный показатель – СКС) –

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

**в 1,4 раза выше**, СКС от внешних причин – **в 2 раза выше**, а смертность от инфекционных болезней – **в 3,5 раза выше**, чем в названных странах. Высокий уровень смертности отмечается среди населения в трудоспособном возрасте — **в 3 раза выше**, чем в развитых странах.

- В РФ с 2014 по 2018 г. наблюдается **критическое** (на 20%) снижение рождаемости. В сочетании с высокой смертностью это привело к тому, что в 2018 г. число умерших в стране превысило число родившихся **на 225 тыс. чел.**, а в 2019 г. – **на 316 тыс. чел.**
- В РФ с 2012 г. общая заболеваемость населения растет на **1%**, или **1,4 млн случаев ежегодно**, что ведет к увеличению потока заболевших, которым необходимо оказывать помощь. Особо следует отметить, что с 2005 по 2018 г. в состоянии здоровья детей и подростков в период обучения в школе наблюдается отрицательная динамика: распространенность функциональных отклонений выросла **на 15%**, а хронических болезней – **на 53%**, при этом имеет место существенный дефицит школьных штатных медицинских работников, и он нарастает<sup>10</sup>.

## 2.2. Факторы, определяющие здоровье населения РФ

Для РФ в целом обосновано, что ОПЖ определяется темпом роста валового внутреннего продукта (ВВП, который определяет благосостояние граждан) – **на 37%**, образом жизни населения (потребление алкоголя) – **на 33%**, уровнем государственного финансирования здравоохранения – **на 30%**. Следует отметить, что для многих регионов РФ отрицательное воздействие на здоровье населения оказывают неблагоприятные физические факторы окружающей среды, в том числе загрязненный воздух. Отставание РФ по показателям здоровья от развитых стран связано со следующими причинами:

- Низкие доходы граждан – средняя заработная плата в РФ **в 1,5 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (по \$ паритета покупательной способности – \$ППС<sup>11</sup>). Более того, в РФ **более половины** граждан живет на доходы менее чем **25 тыс. руб.** в месяц, за последние 6 лет реальные доходы граждан **снизились на 6%**.
- Высокое потребление алкоголя – **на 9% выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **на 35% выше**, чем в Канаде и США.
- Высокая распространенность курения – **в 1,4 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **2,5 раза выше**, чем в Канаде и США.
- **Существенное хроническое недофинансирование** здравоохранения из государственных источников – **в 1,9 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (по \$ППС на душу населения). В РФ в доле ВВП эти расходы в 2018 г. составили **3,3% ВВП**, а в «новых-8» странах ЕС – **5% ВВП**. Именно объем государственных расходов на здравоохранение определяет доступность бесплатной помощи: ее объем, оплату труда медицинских работников и обеспеченность медицинскими кадрами, доступность современных лекарств, медицинского оборудования, состояние зданий и сооружений.

## 2.3. Состояние системы здравоохранения РФ

- В РФ с 2012 по 2018 г. и без того **недостаточные** государственные расходы на здравоохранение сократились еще **на 4%** в постоянных ценах. Большая часть действующих сегодня тарифов по оплате медицинской помощи **не покрывают и 2/3** от реальных затрат на нее.
- В РФ с 2012 по 2018 г. из-за сокращения финансирования произошло **критическое сокращение мощностей** системы здравоохранения. В этот период обеспеченность практикующими врачами в государственных и муниципальных медицинских организациях **снизилась на 12%** (на 46 тыс. чел.). В результате в РФ обеспеченность врачами оказалась на уровне «старых» стран ЕС и даже **на 14% ниже**, чем в Германии. При этом в нашей стране имеется значительно **большая потребность** в медицинской помощи, чем в названных странах

<sup>10</sup> Лонгитудальное исследование по данным Кучмы В.Р.

<sup>11</sup> В 2018 г. 1 ППС \$ =25,6 руб.

из-за худшего состояния здоровья, большой территории и низкой плотности населения. Обеспеченность стационарными койками с 2012 по 2018 г. сократилась **на 15%** (на 160 тыс.), в результате в РФ она стала **на 15% ниже**, чем в Германии.

- Особенно тяжелая ситуация сложилась в сельской местности, в малых и средних городах, а также в первичном звене здравоохранения, где врачей **в 1,5 раза меньше** необходимого (на 36 тыс.), средних медицинских работников – **в 1,8 раза меньше** (на 66 тыс. чел.), в том числе фельдшеров – **в 1,9 раза меньше** (на 20 тыс. чел.).
- В результате этих сокращений в РФ с 2012 по 2018 г. произошло снижение гарантированных государством объемов бесплатной медицинской помощи: число посещений 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 г. среднемесячной начисленной заработной платы в постоянных ценах (2013 г. = 100%) у врачей **на 25%**, а у среднего медицинского персонала — **на 8%**, оказалось **крайне недостаточным**. Коэффициент совместительства (отношение занятых должностей к числу физических лиц) по данным Счетной палаты РФ у врачей составляет **1,4**, а у средних медицинских работников – **1,3**. Но если учесть реальную нагрузку на врачей (ведь помощь необходимо оказать всем пациентам), то **намного выше**. Также необходимо понимать, что любые переработки медицинских работников опасны снижением качества медицинской помощи, именно поэтому во многих странах они **запрещены законом**.
- В подавляющем большинстве регионов РФ в 2019 г. **должностные оклады** (без компенсационных и стимулирующих выплат) у врачей составляли **от 12 тыс. до 35 тыс. руб.**, а у медицинских сестер – **от 10 тыс. до 20 тыс. руб.** Это включая 13% НДФЛ и при условии, что оклад составляет не менее 50% от начисленной заработной платы (в реальности он может быть еще ниже)<sup>12</sup>. Это главная **причина дефицита** кадров в отрасли.
- Особо следует отметить **неудовлетворительное состояние психиатрической службы**. В РФ имеет место высокая распространенность психических заболеваний и расстройств поведения: в 2018 г. было зарегистрировано **609 тыс.** новых случаев, **6 млн.** случаев составляет общая заболеваемость, **1,5 млн. чел.** состоят на учете, у **10%** населения выявляется депрессия, у **20%** – нарушения пищевого поведения, растет инвалидность среди взрослых и детей. На этом фоне продолжают сокращаться мощности психиатрической службы. С 1995 по 2014 г. **на 22% сократилось** число стационарных коек, объемы амбулаторной помощи **не возросли**, имеется всего **8** общежитий-отделений для таких больных, число врачей-психиатров на сегодня составляет **12 тыс.** (на 30% ниже норматива), число детских психиатров – **1,4 тыс.** (на 40% ниже норматива), число врачей-психотерапевтов – **1,4 тыс.** (на 65% ниже норматива)<sup>13</sup>.
- 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**

<sup>12</sup> 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-zdravoohraneniya29/](http://www.przrf.ru/info/full/oplata_truda/Analiz-situacii-v-sfere-oplaty-truda-rabotnikov-zdravoohraneniya29/). Официальная статистика по размерам должностных окладов не ведется.

<sup>13</sup> По данным член-корр. РАН Б.Д. Цыганкова и ФГБУ ЦНИИОИЗ.

**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 службой санитарно-эпидемиологического надзора.** В советское время эта служба напрямую подчинялась министру здравоохранения, сегодня это отдельная структура - Роспотребнадзор, которая вдобавок имеет множество других функций по защите прав потребителей, напрямую не связанных с защитой населения от инфекций и эпидемий. Сегодня и служба здравоохранения, и Роспотребнадзор формируют свои приказы и статистику. Диагностические тесты во время эпидемии в основном производились в лабораториях, которые подчинялись Роспотребнадзору, информация оттуда в медицинские организации поступала зачастую с опозданием, происходили путаница и потери документов. Разработка вакцин также находится в ведении Роспотребнадзора, соответственно Минздрав повлиять напрямую на этот процесс не может. Подробно см. Приложение 3.1.
- **У главных внештатных специалистов Минздрава России отсутствуют полномочия и ответственность по организации медицинской помощи в регионах.** В советское время ключевые главные специалисты были в штате Минздрава, у них был свой аппарат, который позволял им полноценно выполнять функции по организации медицинской помощи по своему профилю. Сегодня главные специалисты Минздрава – внештатные и, как правило, являются руководителями крупных федеральных медицинских организаций, возглавляют кафедру, зачастую еще и общество по своей специальности. Естественно, в таких условиях они не могут напрямую отвечать за организацию медицинской помощи в регионах и формировать стратегию развития, которая была бы направлена на снижение смертности и заболеваемости по их профилю в стране. Их роль во время эпидемии свелась к разработке методических рекомендаций по лечению COVID-19 и управлению своим учреждением.
- **В нормативной базе здравоохранения накопились критические противоречия и недостатки.** Например, действующие нормы о порядке оказания медицинской помощи систематически не согласуются с нормативами, рассчитанными на основании других документов, нормативные сроки ожидания медицинской помощи не согласованы с нормативами трудозатрат врачей и с фактической обеспеченностью медицинскими кадрами. Установленные показатели занятости койки в году (более 340 дней) и высокие нормативы обеспеченности средним медицинским персоналом (более 10 коек на 1 должность) опасны ростом внутрибольничной инфекции.
- Действующая нормативная база по вопросам управления качества медицинской помощи (КМП) — **неполная, противоречивая, избыточная** – действует более **14** несогласованных нормативных актов, установлено **2,4 тыс.** показателей по контролю КМП согласно Приказу Минздрава России № 203-н, в то время как в развитых странах для этих целей используется **не более 30**. Система управления КМП сконцентрирована преимущественно на контроле и **не соответствует** международным нормам. Как следствие, на ее базе нельзя создать единую систему обеспечения КМП в РФ. При этом контрольные требования **множатся**: например, добавлены новые проверки по исполнению целей национального проекта «Здравоохранение» и на соответствие критериям «бережливого производства».

- В здравоохранении происходит нарастание и без того **избыточных требований**, зачастую неконкретных и невыполнимых в ситуации дефицита ресурсов. Например, приняты **невыполнимые планы** по диспансеризации и профилактическим осмотрам, что вынуждает медицинских работников проводить их формально; введено новое требование по осмотру пациентов, нуждающихся в длительном уходе на дому, на что у медицинских работников просто нет времени. Отрасль развивается не планомерно, в ситуации общего дефицита финансирования приоритетное развитие определенных направлений ущемляет права одних пациентов за счет других. Например, с 2011 г. дефицитные ресурсы здравоохранения направлялись на строительство центров высоких технологий, в том числе перинатальных центров, тем самым снизились расходы на оказание первичной медико-санитарной помощи.
- **Многочисленная финансовая отчетность в системе ОМС** не представляет дополнительной ценности для лечения пациентов и отвлекает врачей от выполнения их основных обязанностей. Например, только по оплате медицинской помощи при онкологических заболеваниях используется 7 видов отдельных отчетных форм (оплата за посещение, оплата за диагностическое исследование – 2 вида, оплата за курс химиотерапии, оплата за госпитализацию, оплата по двум спискам ВМП и т.д.).
- Отдельно следует отметить крайне **неудовлетворительное состояние 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 Росстатат **явно занижены, не сопоставимы** между собой и с зарубежными показателями. **Нет** государственной программы, направленной на улучшение здоровья трудоспособного населения. И это при том, что смертность трудоспособного населения в нашей стране **в 3 раза выше**, чем в странах ЕС!

#### 2.4. Положение медицинских работников в отрасли

К началу эпидемии наши медицинские работники оказались **униженными и бесправными заложниками нетерпимой ситуации** в отечественном здравоохранении, которая не позволяет им исполнять свой долг, а пациентам – получать необходимую помощь. В чем это проявлялось:

- 1) В повсеместном **снижении доступности** медицинской помощи (дефицит медицинских работников, лекарств, устаревшее оборудование), которое произошло в результате губительных рыночных реформ и хронического нищенского финансирования здравоохранения.
- 2) В **убогих должностных окладах** медицинских работников, на которые невозможно прожить, что, в свою очередь, привело к массовому исходу кадров из отрасли и к огромным перегрузкам тех, кто остался. Многие буквально «сгорают» на работе.
- 3) В **нарастающей травле медицинских работников**, провоцируемой жалобами и потребительским экстремизмом, бесконечными проверками контролирующих органов, уголовными преследованиями. Во многом медицинские работники стали громоотводом для отчаявшихся пациентов.
- 4) В **подмене понятий** – вместо оказания медицинской помощи, направленной на спасение здоровья и жизни людей, медицинские работники стали оказывать «пациенто-ориентированные» услуги. Это не соответствует истинному смыслу профессии врача и медицинской сестры.
- 5) 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.

- 6) В нарастании **избыточных требований**, зачастую противоречивых и невыполнимых в ситуации дефицита кадров и ресурсов, что приводит к **бессмысленному бумаготворчеству**, отнимает время от лечения пациентов и провоцирует хаос в отрасли.
- 7) В том, что в здравоохранение приходят **слабо подготовленные** медицинские и руководящие кадры. Это результат недофинансирования высших и средних медицинских образовательных организаций, отмены интернатуры, развала института наставничества.
- 8) **В отсутствии базовых условий** для непрерывного медицинского образования – времени и финансовых средств у медицинских работников.
- 9) В том, что главные врачи, ответственные за организацию медицинской помощи, **не могут ее обеспечить на должном уровне** из-за дефицита средств, кадров, бесконечных проверок, недовольства пациентов и медицинских работников, отсутствия единой планомерной стратегии развития отрасли и централизованного управления.
- 10) В том, что **частная медицина** не может подставить свое «плечо» в оказании помощи, так как подавляющее большинство граждан **не могут оплатить ее** из своего кармана. А гарантированная государством помощь не может быть направлена в частный сектор из-за нехватки средств и **отсутствия** долгосрочных правил взаимодействия.

## 2.5. Обострение проблем здравоохранения во время эпидемии

Самое неприемлемое, что в период эпидемии на медицинских работниках вновь решили сэкономить, несмотря на указание Президента о выплате дополнительных стимулирующих выплат тем из них, кто был вовлечен в оказание помощи пациентам с Covid-19 (врачам – 80 тыс. руб., среднему медицинскому персоналу и врачам скорой медицинской помощи – 40 тыс. руб., младшему медицинскому персоналу, фельдшерам и водителям скорой медицинской помощи – 25 тыс. руб.), а также на выделенные федеральные средства (всего 57 млрд руб.<sup>14</sup>)<sup>15</sup>. Главы регионов и региональные министры не установили за этим персональный контроль, предоставив все на самотек. Просто **невозможно** себе представить, что кому-то могло прийти в голову считать минуты, проведенные врачами с пациентами, это **явное свидетельство профессиональной непригодности** тех, кто это предложил. О том, что российские медицинские работники оказались недостаточно защищенными, свидетельствует непропорционально высокая смертность среди них. По данным Роспотребнадзора, в РФ на июнь 2020 г. умерли **500** медицинских работников (6% от всех умерших), в США – по разным данным от **400 до 1000** человек (0,4-0,8% от всех умерших), в Италии – **169**<sup>16</sup> человек (0,5% от всех умерших).

**Отсутствие централизованного управления** привело к тому, что каждый регион и каждое учреждение разной ведомственной подчиненности действовали **«сами за себя»**, зачастую конкурируя друг с другом за дефицитные расходные материалы и действуя в соответствии с собственным пониманием ситуации. Минздрав России не обладал полномочиями управления санитарно-эпидемиологической службой, соответственно часть мероприятий, за которые отвечало это ведомство, например, проведение диагностического тестирования, были **не скоординированы** с оказанием медицинской помощи.

Федеральное правительство на 13 апреля 2020 г. выделило дополнительные средства на борьбу с эпидемией в размере почти **163 млрд руб.**, что составляет всего **4%** к уровню государственных расходов на здравоохранение в 2019 г. (3,8 трлн руб.). Эти средства были направлены на закупку

---

<sup>14</sup> 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".

<sup>15</sup> [https://novayagazeta.ru/articles/2020/05/13/85354-dobavit-bolshe-nechego?utm\\_source=fb](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](http://www.ng.ru/economics/2020-05-13/4_7859_healthcare.html)

<sup>16</sup> <https://portale.fnomceo.it/elenco-dei-medici-caduti-nel-corso-dellepidemia-di-covid-19>

автомобилей скорой медицинской помощи, аппаратов ИВЛ, СИЗ, лекарств, а также на стимулирующие выплаты медицинским работникам. Однако их оказалось недостаточно из-за того, что многие медицинские организации лишились части финансирования в связи с отменой плановых госпитализаций и посещений пациентов. В результате часть из них осталось **без средств на оплату труда персонала** и на оказание других видов помощи. Более того, в период эпидемии избыточный документооборот и требования к медицинским организациям **не снизились**, а возросли, просто перешли в дистанционный формат. Все это только усугубило и без того крайне непростые условия труда и создало дополнительный стресс для медицинских работников в последние месяцы.

Такая ситуация говорит о том, что, к сожалению, сегодня у общества и у власти **не произошло осознания масштабов катастрофы в здравоохранении, понимания роли медицинских работников в спасении жизни и здоровья людей и степени риска, которому они себя подвергают**. Никакие полумеры здесь не помогут. Такая ситуация опасна и неизбежно приведет к краху системы здравоохранения страны.

## **2.6. Состояние медицинской науки и образования**

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

## **2.7. Меры, которые предлагались для исправления ситуации в здравоохранении РФ до эпидемии**

Эти меры **не помогут исправить ситуацию в отрасли** и достичь национальных целей, поставленных Президентом РФ по увеличению продолжительности жизни граждан до 78 лет к 2024 г. и удовлетворению острейших запросов населения.

- Национальный проект «Здравоохранение» направлен преимущественно на строительство и обновление инфраструктуры медицинских организаций. Увеличение тарифов предусмотрено **только по одному виду медицинской помощи** – борьбе с онкологическими заболеваниями. Мер, направленных на решение кадровой проблемы, в нацпроекте явно недостаточно, об этом свидетельствует продолжающийся отток кадров из отрасли, регистрируемый Счетной палатой РФ – за 2018 г. врачей стало еще **на 5,8 тыс. меньше**, а медицинских сестер – **на 32,7 тыс. меньше**.
- Целевая подготовка медицинских работников и обязательное распределение, на которые все уповают, по сути – **тиражирование бесправия** в нашей профессии, причем единственной из других профессий. Фактически речь идет о том, что молодых врачей заставляют за нищенские заработные платы отрабатывать обучение в вузе. В самой ближайшей перспективе это только **усугубит падение престижа медицинского работника и дефицит кадров**.
- Изменение структуры выплаты заработной платы в пользу должностного оклада **ничего не даст**, так как общий объем средств на оплату труда останется прежним. В результате еще и



**пострадают те**, кто имеет высокие компенсационные выплаты и работает с коэффициентом совместительства, так как эти средства будут перераспределены на увеличение должностных окладов.

- «Бережливое производство» (другими словами, экономное) в ситуации и без того тотального дефицита ресурсов, естественно, **не может** принести результатов. Обеспечить доступность медицинской помощи в сельской местности только выездом мобильных бригад **недостаточно** – населению эта помощь необходима постоянно.

## 2.8. Меры, принятые в период эпидемии в здравоохранении РФ и других странах

Коронавирусная болезнь (COVID-19) – острое респираторное инфекционное заболевание с тяжелым респираторным дистресс-синдромом, которое вызывается коронавирусом – SARS-CoV-2. Это заболевание было впервые зарегистрировано в начале декабря 2019 г. в Ухани (Китай) и с тех пор распространилось по всему миру.

Одна из характеристик распространения вируса – это  $R_0$ , или ожидаемое число случаев заражения, произведенных первичным зараженным за определенное время. Оно используется для оценки распространения эпидемии среди подверженной данной инфекции популяции (без применения противоэпидемических мер). Эффективное репродуктивное число  $R_t$  показывает время распространения эпидемии за определенное время при наличии контрольных мер и является индикатором для их оценки<sup>17</sup>. В начале эпидемии новой коронавирусной инфекции (в середине января) в Ухани  $R_t$  имел значение **от 3 до 4**. Другими словами, каждый зараженный передавал инфекцию еще 3–4 другим людям. Это очень большое число, для сравнения - при обычном гриппе, который ежегодно возникает в мире,  $R_t$  **составляет от 1,4 до 1,7**. С учетом того, что время удвоения SARS-CoV-2 составляет 5 дней (другими словами, через пять дней будет заражено  $4^2$ , еще через пять дней –  $4^2 \times 4$  и т.д., через 30 дней число заражений составит  $4^6$ ) было очевидно, что эта эпидемия выйдет из-под контроля. Если же  $R_t$  для определенной болезни и в определенном месте снижается **ниже 1**, то это означает, что эпидемия может быть взята под контроль.

В РФ в борьбе с эпидемией были приняты меры **близкие к тем, которые принимались во всех европейских странах**: социальная изоляция граждан, закрытие школ и бизнесов, отмена авиасообщения и общественных мероприятий. Системе здравоохранения РФ в течение месяца удалось развернуть **более 100 тыс. коек** для лечения пациентов с COVID-19<sup>18</sup>. Были приняты меры по расширению объемов диагностического тестирования: в мае их уже проводилось **более 115 тыс. в день** (по данным Роспотребнадзора на начало мая 2020 г.).

В этой связи необходимо отметить опыт **китайского правительства**, которым 23 января были приняты меры по закрытию города Ухань (эпицентра эпидемии), введен полный контроль за передвижением и принудительное нахождение на карантине в специально отведенных для этого местах и другие жесткие меры социальной изоляции. Это позволило снизить  $R_t$  эпидемии ниже единицы всего **за несколько недель**. Уже в течение апреля и мая в Китае наблюдались только спорадические случаи этой инфекции.

Успешным оказался в борьбе с эпидемией и **опыт Тайваня**<sup>19</sup>. Его главные характеристики:

- **Готовность**: буквально с 1 января 2020 г. началась работа по предотвращению распространения инфекции. 20 января была активирована работа единого Центра по борьбе с эпидемиями во главе с Министром здравоохранения (врачом по образованию). Он имел полномочия координировать работу в регионах и муниципалитетах, а также других министерств – образования, торговли, экономики, труда, транспорта и др.
- **Централизация управления и своевременная мобилизация**: уже с 5 января были организованы медицинское наблюдение и изоляция на 14 дней граждан, прибывающих из

<sup>17</sup> <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765665>

<sup>18</sup> <https://iz.ru/1007930/2020-05-06/v-rossii-dlia-lecheniia-patcentov-s-covid-19-razvernuto-126-tys-koek>

<sup>19</sup> [https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/7/20-0574\\_article](https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/7/20-0574_article)

Уханя. С 20 января по 7 февраля последовательно вводились меры по ограничению въезда граждан из Китая, Гонконга и Макао, а также оттуда были вывезены все туристические группы. Всем гражданам с подозрением на инфекцию проводилось обследование на **26 типов** вирусов. Все организации получили четкие инструкции по действиям в случае выявления подозрительных и/или подтвержденных случаев коронавируса. Был установлен жесткий контроль за мерами повышенной дезинфекции общественных мест и транспорта, запрещен выезд всех медицинских работников из страны.

- **Скоординированность действий:** на 27-й день от начала эпидемии были объединены базы данных медицинского страхования и миграционного контроля. Все больницы, врачи и аптеки получили доступ к информации о предшествующих заграничных передвижениях граждан с целью выявления возможных зараженных. Всем прибывшим из районов, опасных по эпидемиологической обстановке, выдавались государственные мобильные телефоны, устанавливалась обязательная изоляция на 14 дней и осуществлялся жесткий контроль за ее соблюдением.
- **Публичность:** уже с 20 января Правительство Тайваня проводило ежедневные брифинги для населения, где выступали вице-президент (эпидемиолог по образованию), министр здравоохранения (врач по образованию) с разъяснением ситуации и рекомендациями. С первых же дней был установлен штраф в размере 100 тыс. \$ США за дезинформацию, работала горячая линия для населения.
- **Централизация управления производством, закупками и распределением дефицитных ресурсов:** мобилизованы военные для производства медицинских масок, осуществлялся контроль за распределением дефицитных товаров (медицинских масок, дезинфицирующих средств и др.) по медицинским организациям и аптекам.

В результате на Тайване зарегистрированы всего **440** зараженных, **7** смертей (0,03 случая на 100 тыс. населения) и с 1 апреля практически не отмечается новых случаев.

Положительных результатов благодаря своевременным, централизованным и скоординированным действиям удалось добиться и Правительству Норвегии<sup>20</sup>. При этом было особо отмечено, что наличие единой централизованной системы оплаты за медицинскую помощь являлось ключевым успехом быстрого реагирования на эпидемию. На 13 мая в Норвегии в условиях массового тестирования – **8,1 тыс.** зараженных, **223 умерших** (4,3 случая на 100 тыс.).

## 2.9. Социально-экономические и эпидемические прогнозы на 2020 г.

### Социально-экономические прогнозы

Эти прогнозы подготовлены акад. РАН Р.И. Нигматулиным, проф. Б.И. Нигматулиным.

Они характеризуют сегодняшний экономический кризис в РФ тремя показателями: 1) ростом инфляции; 2) потерей рабочих дней; 3) падением цен и спроса на наши экспортные товары, среди которых 90% занимают сырье и полусырье.

По базовому сценарию (\$27 за баррель) полное падение ВВП в 2020 г. составит **19% ВВП 2019 г.** (без учета компенсации, выделенной Правительством РФ), что равно 21 трлн руб. в ценах 2019 г. Реальные денежные доходы населения **упадут на 10%** (при условии, что не будет компенсации).

Меры поддержки, принятые в РФ: полугодовая отсрочка по всем налогам (за исключением НДС), сокращение страховых взносов в 2 раза (с 30 до 15%), а также поддержка в виде минимальной оплаты труда потерявших доходы работников, что составляет 120 млрд руб. в месяц, начиная с 01.04.2020 г., итого около **1 трлн руб. до конца года**. Судя по высказываниям министров, в течение года предполагается выделить до **6 трлн руб.**, или около 6% ВВП. **Но этих средств будет недостаточно, чтобы существенно предотвратить падение ВВП.**

Государство за счет Фонда национального благосостояния (ФНБ) и других резервов должно компенсировать потерю **4% ВВП** «негосбюджетного» населения из-за 40 нерабочих дней и потерю **6% ВВП** (по базовому сценарию) консолидированного госбюджета. В сумме эта компенсация равна **10% ВВП, что составляет 11 трлн руб. в ценах 2019 г.**

<sup>20</sup> <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0120>

Выделение 11 трлн руб. из ФНБ (75 тыс. руб. на душу населения) соответствует 150 млрд долларов по курсу ЦБ (\$1 = 73 руб. в ценах 2019 г.), или 430 млрд долларов по паритету покупательской способности (\$ППС = 25,5 руб. в ценах 2019 г.). Отметим для сравнения, что Германия (83 млн чел.), Великобритания (67 млн чел.), Франция (67 млн чел.) выделяют от 500 млрд до 1 трлн долларов, а США (331 млн чел.) выделяют 3 трлн долларов. Это значит, что в этих странах на покрытие социально-экономических потерь государства выделяют от 6 до 9 тыс. долларов на душу населения, что по паритету покупательской способности соответствует от 150 до 230 тыс. руб., то есть в сопоставимых ценах в **2–3 раза больше**, чем в РФ (при условии, что будет выделено дополнительно 11 трлн руб.).

### **Эпидемические прогнозы распространения Covid-19**

В ситуации, когда эффективная и безопасная вакцина против вируса SARS-CoV-2 только апробируется, длительность иммунного ответа точно неизвестна, а также отсутствует эффективное этиотропное лечение против вируса (кроме лекарственных препаратов Ремдесивир, который уменьшает длительность течения заболевания на 5 дней, и Дексаметазон, который уменьшает летальность при тяжелом течении заболевания), санитарные ограничительные меры (включая закрытие предприятий и образовательных организаций, ограничение социальных контактов) являются единственным возможным способом борьбы с распространением вируса. Возможно, удастся добиться таких стратегий социальной изоляции, которые позволят экономике работать, а обществу вернуться к некоторому подобию нормальной жизни. Кроме закрытия школ, отмены массовых мероприятий должны обязательно соблюдаться физическая дистанция (2 м), обязательное ношение масок в общественных местах, дистанционная работа там, где это возможно.

Если же меры социальной изоляции соблюдаться не будут вообще, то SARS-CoV-2 может вернуть свою скорость распространения к январским показателям - с  $R_t$  от 2 до 4 и периодом удвоения – 5 дней. Это будет продолжаться до тех пор, пока значительная часть населения не приобретет иммунитет после болезни или вакцинации<sup>21</sup>.

Все это ставит систему здравоохранения в новые условия, когда будет необходимо не менее года оказывать медицинскую помощь в условиях повышенной инфекционной безопасности.

## **3. ПРИЛОЖЕНИЯ**

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

### **3.2. 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.

<sup>21</sup> <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765665>

### **3.3. Перечень писем и аналитических справок, подготовленных Г.Э. Улумбековой, которые в период 2011–2020 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 Осадчому 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.).
- 71) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Третьяку В.А. о



- 97) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Резнику В.М. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 98) Первому заместителю председателю Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Ремезкову А.А. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).
- 99) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Селиверстову В.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.)