

17 мая 2020 г.

## ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО РЕФОРМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ПИКА ПАНДЕМИИ COVID-19

Подготовлено д.м.н. МВА Гарвардского университета Г.Э. Улумбековой

### КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ

Пандемия COVID-19 **обнажила** проблемы здравоохранения РФ и большинства развитых стран: **дефицит** стационарных коек, медицинского персонала и средств индивидуальной защиты; **дезинтеграция** управления между центром и регионами; **неповоротливость** систем финансирования медицинской помощи. Но российскому здравоохранению было **несоизмеримо тяжелее**, поскольку к моменту начала эпидемии оно и так находилось в **критическом состоянии** из-за **бездарных реформ** последних лет (пресловутая оптимизация), из-за длительного **недофинансирования**, из-за **бесправного** положения медицинских работников. При этом борьба с эпидемией легла дополнительным бременем как раз на их плечи, а также всех рядовых работников здравоохранения. И абсолютное большинство из них выполнило и продолжает выполнять свой долг. **Около 190** из них это **стоило жизни**<sup>1</sup>.

После всех этих испытаний руководство страны и общество **не имеют никакого права** продолжать политику прежних лет. Это значит, что необходимо подготовить программу реформирования здравоохранения, которая в новых условиях (затяжного характера пандемии и снижения реальных доходов большинства населения РФ) позволит **сохранить его устойчивость, исправить нетерпимое положение медицинских работников** и тем самым обеспечить **стабильность в обществе**.

**Главные предложения по реформированию здравоохранения РФ на 2020–2022 гг.:**

- 1) увеличение **оплаты труда** и обеспечение безопасности медицинских работников;
- 2) увеличение государственного финансирования здравоохранения **до 6% ВВП**;
- 3) переход на оплату медицинских организаций **по смете** и реформирование фондов ОМС в **финансовые отделы** органов управления здравоохранением;
- 4) создание **единой вертикали управления** здравоохранением под руководством Минздрава России с подчинением ему службы санитарно-эпидемиологического надзора;
- 5) создание системы **всеобщего лекарственного обеспечения** в амбулаторных условиях;
- 6) обеспечение **условий** для системы непрерывного медицинского образования и повышения качества подготовки студентов в медицинских вузах и колледжах;
- 7) увеличение финансирования медицинской науки **в 3 раза** (с 0,04% ВВП до 0,12% ВВП);
- 8) обеспечение постоянной готовности **системы здравоохранения** к кризисным ситуациям.

Названные предложения сформированы на основе научного анализа и представлены в **обосновывающей части**.

<sup>1</sup>источник: <https://sites.google.com/view/covid-memory/home>

## **ОГЛАВЛЕНИЕ**

- I. Положение медицинских работников в отрасли на момент начала и во время эпидемии**
  
- II. Предложения по реформе здравоохранения РФ после спада пика эпидемии (2020–2021 гг.)**
  - 1) Исправление положения медицинских работников
  - 2) Создание единой вертикали управления
  - 3) Увеличение государственных расходов на здравоохранение и изменение порядка оплаты медицинской помощи
  - 4) Повышение доступности и качества медицинской помощи
  - 5) Повышение качества медицинского образования и развитие медицинской науки
  - 6) Обеспечение постоянной готовности к эпидемиям и кризисным ситуациям
  - 7) Организация работы Минздрава России во время эпидемии
  
- III. Приложения**
  - Приложение I. Обоснование предложений**
    - 1) Состояние здоровья населения РФ
    - 2) Факторы, определяющие здоровье населения РФ
    - 3) Состояние системы здравоохранения РФ
    - 4) Состояние медицинской науки и образования
    - 5) Меры, которые предлагались для исправления ситуации в здравоохранении РФ до эпидемии
    - 6) Меры, принятые в здравоохранении РФ в период эпидемии в сравнении с другими странами
    - 7) Социально-экономические и эпидемические прогнозы на 2020 г.
  
  - Приложение II.** Перечень писем и аналитических справок, подготовленных автором, которые в период 2010–2018 гг. были отправлены в Правительство РФ, Государственную Думу РФ, Совет Федерации РФ, Минздрав России, РАН, Национальную медицинскую палату с обоснованием недопустимости проводимых реформ.

## I. ПОЛОЖЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ОТРАСЛИ НА МОМЕНТ НАЧАЛА И ВО ВРЕМЯ ЭПИДЕМИИ

Сегодня уже все понимают, что медицинские работники, каждый день спасая жизни и здоровье наших граждан, так же, как и военнослужащие, **обеспечивают безопасность нашей страны**. Цена сохранения здоровья и работоспособности медицинских работников – это цена здоровья и жизни наших граждан. Однако к началу эпидемии наши медицинские работники оказались **униженными и бесправными заложниками нетерпимой ситуации** в отечественном здравоохранении, которая не позволяет им исполнять их 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, которые привели 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 Следственного комитета. 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 тоже не может быть направлена в частный сектор из-за нехватки средств и **отсутствия** долгосрочных правил взаимодействия.

**Обострение названных проблем 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, которые были вовлечены 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>2</sup>)<sup>3</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. В США по состоянию на 14 апреля 2020 г. были заражены более 9 тыс. медицинских работников, из них **умерли 27**, в РФ **умерли около 190 человек** (на 17 мая)<sup>4</sup>. И это при том, что в США общее число зараженных **в 5 раз выше**, чем в РФ (1,4 млн и 263 тыс. соответственно, по состоянию на 17 мая 2020 г.).

**Далее, 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 выделило дополнительные средства на борьбу с эпидемией в размере почти **163 млрд руб.**, что составляет всего **4%** к уровню государственных расходов на здравоохранение в 2019 г. (3,8 трлн руб.). Эти средства были направлены на закупку автомобилей скорой медицинской помощи, аппаратов ИВЛ, СИЗ, лекарств, а также на стимулирующие выплаты медицинским работникам. Однако их оказалось недостаточно, из-за отмены госпитализаций, посещений пациентов с хроническими заболеваниями и диспансерных осмотров (за которыми «следуют деньги») большая часть медицинских организаций **осталась без средств на оплату труда персонала** и на оказание других видов помощи. Более того, в

---

<sup>2</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>3</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>4</sup> <https://sites.google.com/view/covid-memory/home>

период эпидемии избыточный документооборот и требования к медицинским организациям **не снизились**, а только 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. Мы этого не должны допустить. В этой связи предлагается реализовать следующие меры.

## **II. ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО РЕФОРМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПОСЛЕ СПАДА ПИКА ЭПИДЕМИИ (2020–2021гг.)**

### **1) Исправление положения медицинских работников**

- Для всех медицинских работников установить единые **базовые оклады** по основным квалификационным группам: для врачей – не менее **4 федеральных МРОТ**, для средних медицинских работников – **2 МРОТ**, младшего медицинского персонала – **1,5 МРОТ** (МРОТ в 2019 г. = 12,13 тыс. руб.) Все остальные выплаты к базовому окладу (компенсационного и стимулирующего характера) должны выплачиваться **по единым правилам** (в % отношении) в каждом субъекте РФ. Тогда начинающий врач после 6 лет обучения в вузе будет получать **40–50 тыс. руб.** – столько же, сколько выпускник военного училища (лейтенант) после 4 лет обучения. При этом установить законодательно обоснованные нормы трудовой нагрузки на медицинских работников, по основной должности продолжительность рабочей недели **в мирное время** не должна превышать **40 ч** (совместительство **не более 1,2 ставки**). Приравнять льготы медицинским работникам аналогично льготам военнослужащих. Это привлечет дополнительные кадры в отрасль и обеспечит ликвидацию их дефицита.
- Объемы стимулирующих выплат медицинским работникам (с учетом затыжного характера эпидемии) необходимо увеличить **с 52 млрд руб. до 150 млрд руб.** По расчетам, в оказании помощи пациентам с COVID-19 участвуют не менее **250 тыс. врачей и 350 тыс. средних медицинских работников**. Тогда на 3 месяца потребуется не менее 150 млрд руб., включая начисления на ФОТ<sup>5</sup>. Дополнительные средства также потребуются на компенсационные выплаты и повышенное страхование медицинских работников для работы в условиях повышенной инфекционной опасности.
- Руководители регионов и медицинских организаций должны постоянно **следить за психофизиологическим и эмоциональным состоянием медицинских работников**, чтобы избежать их «выгорания» и вовремя принять необходимые меры, в том числе привлекать консультантов для психотерапии, разработать специальные программы по реабилитации, помогать им с бытовыми вопросами.

---

<sup>5</sup> В расчет взяты все врачи и средние медицинские работники первичного звена здравоохранения и скорой медицинской помощи, 50% врачей – специалистов АПУ, все врачи-реаниматологи, все врачи-пульмонологи, все врачи-инфекционисты и вновь привлеченные специалисты других специальностей, студенты и ординаторы, водители СМП и младший медицинский персонал.

## 2) Создание единой вертикали управления

- **Централизовать управление** региональными органами управления здравоохранения под руководством Минздрава России для обеспечения неукоснительного исполнения единых требований.
- **Подчинить службу санитарно-эпидемиологического надзора** Минздраву России для обеспечения скоординированной деятельности и значительно усилить ее.
- **Перевести ключевых внештатных специалистов на работу в штат** Минздрава России для обеспечения организации медицинской помощи по соответствующему профилю в регионах, а также **наделить Национальные медицинские центры полномочиями и ответственностью** по снижению смертности и заболеваемости по своему направлению.
- **Устранить все противоречия в нормативной базе** здравоохранения, привести все контрольные проверки в единую систему, уменьшить дублирование отчетных документов, максимально перейти на цифровой документооборот.
- **Не допускать к управлению здравоохранением РФ и регионов экономистов, не имеющих медицинского образования, и врачей, не имеющих образования и опыта в области организации здравоохранения.** Установить, что **все решения, принимаемые в управлении здравоохранением РФ, должны иметь под собой клиничко-экономические обоснование и проходить серьезное экспертное обсуждение.** Это снизит вероятность принятия вредных для здравоохранения РФ решений, например, таких, как «оптимизация» 2012–2018 гг. и московская реформа здравоохранения, которая была проведена под руководством вице-мэра Л. Печатникова (2011–2018 гг.).
- Разработать обоснованную и обеспеченную ресурсами **Программу развития здравоохранения до 2030 г.** и установить законодательно ответственность за ее выполнение.

## 3) Увеличение государственных расходов на здравоохранение и изменение порядка оплаты медицинской помощи

- Увеличить государственные расходы на здравоохранение с 3,8 трлн руб. (3,5% ВВП 2019 г.) до **6,5 трлн руб.** к 2022 г. (в ценах 2019 г.). Это будет соответствовать **6% ВВП 2022 г.** (при условии, что к 2022 г. ВВП вернется к уровню 2019 г.). При этом в 2020 г. к текущему финансированию (3,8 трлн руб.) надо добавить 1 трлн руб. в ценах 2019 г., а в 2021 г. к уровню финансирования 2020 г. (4,8 трлн руб.) еще 1 трлн руб. в ценах 2019 г., а в 2022 г. к уровню финансирования 2021 г. (5,8 трлн руб.) еще 0,7 трлн руб. в ценах 2019 г. Для справки: «новые-8» стран ЕС, где сегодня общая продолжительность жизни (ОПЖ) составляет **78 лет** (в РФ – 73 года), уже долгие годы тратят на здравоохранение не менее **5% ВВП**. А «старые» страны ЕС, где сегодня ОПЖ составляет **82 года**, тратят на здравоохранение **7,9% ВВП** в среднем.
- Из этих дополнительных средств 1/2 должна пойти на повышение оплаты труда медицинских работников, 1/4 – на обеспечение широких слоев населения бесплатными лекарствами в амбулаторных условиях (система всеобщего лекарственного обеспечения), оставшаяся часть – на повышение квалификации медицинских работников, на подготовку к кризисным ситуациям и обеспечение работы медицинских организаций в условиях повышенной инфекционной безопасности.
- Перевести все финансирование системы здравоохранения преимущественно на **бюджетное** (то есть объединить средства ОМС, федерального и региональных бюджетов). Устранить



частные страховые медицинские организации, передав их функции государственным организациям, а территориальные отделения ФОМС сделать финансовыми подразделениями региональных органов управления здравоохранением. Медицинские организации необходимо перевести на оплату **по смете** с элементами поощрения за качество и объем услуг. Это необходимо для обеспечения бесперебойного финансирования медицинской помощи и оптимального планирования потоков пациентов.

#### **4) Повышение доступности и качества медицинской помощи**

- Реализовать систему **всеобщего лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях**, это позволит обеспечить бесплатными лекарствами большинство населения, как это сделано во всех развитых странах, а не только ограниченный круг лиц, как сегодня в РФ. Это уменьшит число обострений заболеваний, снизит нагрузку на семейные бюджеты, что важно в ситуации значительного падения реальных доходов большинства граждан РФ.
- Внедрить **единую систему управления качеством медицинской помощи**, основанную на профилактике нарушений, а не штрафования и соответствующую международным стандартам.
- Установить, что заявления о нарушениях в оказании медицинской помощи рассматриваются правоохранительными органами **только после проведения профессиональной экспертизы** или ведомственного органа, или профессионального объединения врачей, по аналогии рассмотрения налоговых нарушений.
- Установить, что строительство новых государственных медицинских организаций для оказания помощи должно происходить **только после оценки возможности** ее предоставления в частных организациях.

#### **5) Повышение качества медицинского образования и развитие медицинской науки**

- Обеспечить **оплату труда профессорско-преподавательского состава** медицинских вузов и колледжей, чтобы их базовые оклады были **в 2 раза выше**, чем соответственно у практикующих врачей и медицинских сестер, как это было в советское время, создать условия для повышения их квалификации. Это позволит значительно поднять качество подготовки медицинских кадров в вузах и колледжах.
- **Восстановить интернатуру** для всех медицинских специальностей и увеличить число бесплатных мест в ординатуре. Создать **условия для НМО** (непрерывного медицинского образования), для чего предусмотреть специальное время (не менее 1 рабочего дня в 2 мес.) и выделенные финансовые средства.
- Внести в закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» раздел о медицинской науке и **увеличить ее финансирование в 3 раза** от существующего уровня.
- Разработать совместно с РАН методику определения приоритетных направлений по разработке отечественных лекарственных средств и медицинских изделий, исходя из долгосрочных потребностей системы здравоохранения, создать единую систему управления этим процессом от НИР до внедрения в практику.

#### **6) Обеспечение постоянной готовности к эпидемиям и кризисным ситуациям**

- **Управление:** потребуются создать в Министерстве здравоохранения **специальный центр по борьбе с эпидемиями** с расширенными полномочиями и отдельным бюджетом. Разработать

Государственную программу действий при чрезвычайных ситуациях, в том числе протоколы управления внутри системы здравоохранения и координации с другими ведомствами. Два раза в год проводить учения по готовности системы здравоохранения к критическим ситуациям. Ежегодно публиковать Государственный отчет о готовности системы здравоохранения к эпидемиям по установленным показателям.

- **Компенсация потерь медицинских организаций:** необходимо определить **объемы** финансовых потерь, которые понесли медицинские организации, и их **будущие дополнительные расходы** в связи с затяжным характером эпидемии, повышенным потоком отсроченных больных, необходимостью соблюдения повышенной инфекционной безопасности, в том числе создания запасов средств индивидуальной защиты (СИЗ). Все виды помощи, связанные с эпидемией (в том числе проведение диагностического тестирования), должны быть **бесплатны для населения** и компенсированы за счет федеральных средств. Для покрытия этих дополнительных расходов надо создать в Министерстве здравоохранения **антикризисный фонд**.
- **Запасы СИЗ:** необходимо **централизовать управление производством и бесперебойным распределением средств между регионами СИЗ**, дезинфицирующих средств, а также других дефицитных лекарств и расходных материалов. Необходим постоянный централизованный мониторинг потребности медицинских организаций в СИЗ.
- **Резервные мощности:** потребуются рассчитать и **обеспечить необходимые** при чрезвычайных ситуациях мощности системы здравоохранения: обеспеченность медицинскими кадрами, койками, медицинским оборудованием, реактивами, лекарствами, средствами индивидуальной защиты. Разработать протоколы их мобилизации. В Минздраве потребуются создать **центр резерва медицинских кадров** и предусмотреть дополнительные средства для подготовки и повышения квалификации вновь привлеченных и действующих медицинских кадров. Путем экстраполяции расчетов, сделанных для коек реанимации в США (**5-7 коек** на 10 тыс. населения), определено, что в РФ коек реанимации (включая резервные) потребуются от **73 тыс. до 100 тыс.** То есть дополнительно в среднем – **36 тыс.** коек к 50 тыс. имеющимся. Аппаратов ИВЛ также потребуются от 73 тыс. до 100 тыс., т.е. дополнительно в среднем – **46 тыс.** к 40 тыс. имеющимся<sup>6</sup>. В РФ коек «активного» лечения (без коек: психиатрических, реабилитации, туберкулезных и длительного лечения) потребуются **не менее 438 тыс.** (из расчета 30 на 10 тыс. населения). В РФ сегодня этих коек достаточно (700 тыс.). Однако для разных регионов, необходимо сделать свои расчеты, так как имеющиеся там число коек и другие условия – **разные**.
- **Развитие телемедицины и других дистанционных технологий:** необходимо значительно расширить использование телемедицинских технологий, разработать соответствующие инструкции и оплачивать их наравне с личными (очными) визитами. Это потребует долгосрочных федеральных вложений. Разработать систему индивидуальной профилактики заболеваний для граждан с использованием цифровой платформы.
- **Обеспечение достаточными кадрами для отслеживания заболевших и их контактов.** Если использовать среднее число кадров, которое было необходимо разным странам для формирования службы отслеживания, то для РФ это – **45 тыс. чел** (30 чел. на 100 тыс. населения). Квалификация таких специалистов – высшее образование и 2-х недельный курс

<sup>6</sup> <http://kremlin.ru/events/president/news/63001>



обучения. Если их средняя оплата труда будет 40 тыс. руб. в месяц, то для их подготовки и оплаты труда на 5 месяцев, потребуется около 12 млрд руб.<sup>7</sup>

- **Протоколы приоритизации оказания помощи:** необходимо разработать протоколы по отбору и организации помощи **пациентам с хроническими заболеваниями**, которые нуждаются в приоритетном оказании медицинской помощи, а также по их сортировке при проведении амбулаторных телемедицинских консультаций и в приемных отделениях больниц; протоколы соблюдения инфекционной безопасности в медицинских организациях; протоколы выбора пациентов, нуждающихся в приоритетном оказании реанимационной помощи, и определить порядок отказа от нее; протоколы проведения диагностического тестирования (кому и когда его делать в приоритетном порядке).

## **7) Организация работы Минздрава России во время эпидемии**

- **В Минздраве необходимо создать оперативный штаб во главе с Министром**, в который включить заместителей министров: промышленности и торговли, науки и высшего образования, транспорта и др. У Министра должны быть заместители: 1) главный санитарный врач России, 2) по внутренним вопросам (ситуация в регионах), 3) по внешним вопросам (ситуация за рубежом), 4) главный штатный специалист по анестезиологии и реаниматологии, 5) главный штатный специалист по инфекционным болезням, 6) по финансовым вопросам и 7) по общению со СМИ. Министр готовит на подпись Председателю Правительства РФ все оперативные документы и занимается **только вопросами борьбы с эпидемией**. Текущие вопросы управления здравоохранением должны быть делегированы его первому заместителю.
- **Все нормативные документы, подготовленные Минздравом России, должны быть обязательны к исполнению регионами** (а не рекомендательны, как сегодня) **безотлагательно** распространяться в региональные штабы и размещаться на специально созданном сайте Минздрава с переходом на сайты субъектов РФ. Для ускорения принятия решений стандартную процедуру общественного обсуждения приказов и постановлений Правительства **необходимо отменить**. **Ежедневно к определенному часу все региональные штабы готовят сводку и отчет о состоянии дел в субъектах РФ**, а соответствующий заместитель министра – о ситуации за рубежом. На основании этих сводок ежедневно готовится оперативная справка для Президента РФ и Председателя Правительства РФ. **По аналогии с Минздравом России необходимо создать региональные оперативные штабы во главе с региональным руководителем органа управления здравоохранением**, а не вице-премьером по социальным вопросам, который, как правило, не имеет медицинского образования. У регионального министра должны быть заместители: 1) главный санитарный врач региона, 2) главный штатный специалист по интенсивной терапии и реанимации, 3) главный штатный специалист по инфекционным болезням, 4) по финансам и 5) по общению со СМИ. Москва и Московская область должны быть объединены в единую конгломерацию по борьбе с эпидемией, также – Санкт-Петербург и Ленинградская область.
- **Перевести внештатных специалистов, вовлеченных в борьбу с эпидемией, в штат Минздрава России**. Они должны заниматься только организацией медицинской помощи по своему направлению на федеральном уровне и в регионах, для чего наделить их соответствующими полномочиями и ответственностью. По аналогии необходимо назначить

<sup>7</sup> 40 тыс. руб. x 45 тыс. чел. x 5 мес. x 31% начисления + обучение ~ 12 млрд руб.

главных штатных специалистов в регионах. В первую очередь это касается следующих направлений: **анестезиология и реанимация, пульмонология, инфекционные болезни, клиническая лабораторная диагностика.**

- **Организовать аналитическую группу в Минздраве России для проведения прогнозных расчетов скорости распространения и масштабов эпидемии по субъектам РФ**, чтобы спланировать число дополнительных госпитализаций. Это позволит сконцентрировать необходимые ресурсы в тех регионах, где в данный момент имеется самая высокая потребность. Например, можно будет организовать **передвижные мобильные реанимационные бригады.**
- **Организовать ежедневные (в определенный час) брифинги** Министра здравоохранения и руководителей региональных органов управления здравоохранением. Сегодня на системной основе этого не происходит, в результате население заполняет эту пустоту домыслами. Говорить надо **спокойно, правдиво и твердо** – о сложившейся ситуации, о принимаемых мерах, о рекомендациях для населения. И это должны делать врачи, что успокоит население.

### III. ПРИЛОЖЕНИЯ

#### ПРИЛОЖЕНИЕ I. ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЙ

##### 1) Состояние здоровья населения РФ<sup>8</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) – **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. Особенно высокий уровень смертности сложился в трудоспособном возрасте — **в 3 раза выше**, чем в развитых странах.
- В РФ с 2014 по 2018 г. наблюдается **критическое** (на 20%) снижение рождаемости, что в сочетании с высокой смертностью 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.

##### 2) Факторы, определяющие здоровье населения РФ

Для РФ 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%**.

---

<sup>8</sup> Здесь и далее составлено по официальным источникам: Росстат, Счетная палата РФ, Минздрав России, Казначейство РФ, база данных ОЭСР.

Отсюда следует, что отставание РФ по показателям здоровья от развитых стран связано со следующими причинами:

- Низкими доходами граждан – средняя заработная плата в экономике РФ **в 1,5 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (по \$ паритета покупательной способности – \$ППС<sup>9</sup>). Более того, в РФ **более половины** граждан проживает на доходы менее чем **25 тыс. руб.** в месяц и за последние 6 лет реальные доходы граждан **снизились на 6%**.
- Высоким потреблением алкоголя – **на 9% выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **на 35% выше**, чем в Канаде и США.
- Высокой распространенностью курения – **в 1,4 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **2,5 раза выше**, чем в Канаде и США.
- **Существенным хроническим недофинансированием** 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 медицинской помощи: ее объемы, оплату труда медицинских работников и обеспеченность ими, доступность современных лекарств, медицинского оборудования, состояние зданий и сооружений.

### 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 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 стала 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 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.), 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. При этом эти лекарства у нас получают только отдельные категории граждан, а у них – **все, кому врач выписал рецепт**.

<sup>9</sup> В 2018 г. 1 ППС \$ =25,6 руб.

- 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 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>10</sup>. Это главная **причина дефицита** кадров в отрасли.
- Обветшали и находятся **в непригодном состоянии**, по данным Счетной палаты, **14% зданий**, в которых оказывается медицинская помощь, **в 30%** зданий нет водопровода, в **51%** – нет горячего водоснабжения, в **41%** – нет центрального отопления, в **35%** – нет 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**, особенно в критической ситуации (когда решения должны приниматься без промедления), система оплаты медицинских организаций в обязательном медицинском страховании (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 – территориальной доступности, преемственности и координации помощи пациентам.
- **Имеет место недостаточная координация действий между системой здравоохранения и службой санитарно-эпидемиологического надзора**. В советское время эта служба

<sup>10</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.

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 Роспотребнадзоре, соответственно Минздрав повлиять напрямую на этот процесс не может.

- **У главных внештатных специалистов Минздрава 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 своему 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 в порядках 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, противоречива, избыточна** – действует более **14** несогласованных нормативных актов, установлено **2,4 тыс.** показателей по контролю КМП согласно Приказу Минздрава № 203-н, в то время, когда 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. Происходят «перескоки» от одних приоритетов к другим: например, в 2019 г. дефицитные ресурсы здравоохранения стягиваются на борьбу с онкологическими



заболеваниями, на оказание паллиативной помощи и создание центров общественного здоровья. Это ущемляет права одних пациентов за счет других.

- **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.).

#### **4) 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. В нашей стране также четко **не определены** приоритетные направления в разработке инновационных лекарств и **не создана** единая государственная система управления этим процессом.

#### **5) 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, – за 2018 г. врачей стало еще **на 5,8 тыс. меньше**, а медицинских сестер – **на 32,7 тыс. меньше**.
- Целевая подготовка медицинских работников, на которую все уповают, по сути – **тиражирование бесправия** в нашей профессии (причем единственной из других профессий).

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. Только еще **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.

## **6) 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  $t$  при наличии контрольных мер и является индикатором для их оценки<sup>11</sup>. В начале эпидемии (в середине января) SARS-CoV-2-эпидемия в Ухани имела  **$R_t$  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. А 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 были приняты во всех других европейских странах**: социальная изоляция граждан, закрытие школ и бизнесов, отмена авиарейсов и общественных мероприятий. Системе здравоохранения РФ в течение месяца удалось развернуть **более 100 тыс. коек** для лечения пациентов с COVID-19<sup>12</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.). При этом через **45 дней** после начала изоляции в стране до сих пор наблюдается прирост случаев инфицированных, то есть  $R_t$  не упало ниже 1.

<sup>11</sup> <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765665>

<sup>12</sup> <https://iz.ru/1007930/2020-05-06/v-rossii-dlia-lecheniia-pacientov-s-covid-19-razvernuto-126-tys-koek>

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

Успешным оказался в борьбе с эпидемией и **опыт Тайваня**<sup>13</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 Уханя. С 20 января по 7 февраля последовательно вводились меры по ограничению въезда граждан из Китая, Гонконга и Макао, а также были вывезены все туристические группы оттуда. Всем 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 организовало ежедневные брифинги с населением, 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 зарегистрировано всего **440** зараженных, **7** смертей (0,03 случая на 100 тыс. населения) и с 1 апреля практически не отмечается новых случаев.

---

<sup>13</sup> [https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/7/20-0574\\_article](https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/7/20-0574_article)

Положительных результатов благодаря своевременным, централизованным и скоординированным действиям удалось добиться и Правительству Норвегии<sup>14</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 смерти** (4,3 случая на 100 тыс.).

## **7) Социально-экономические и эпидемические прогнозы на 2020 г.**

### **Социально-экономические прогнозы**

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

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

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

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

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

Выделение 11 трлн руб. из ФНБ (75 тыс. руб. на душу населения) соответствует 150 млрд долларов по курсу ЦБ (\$1 = 73 руб. в ценах 2019 г.), или 430 млрд долларов по паритету покупательской способности (\$ППС = 25,5 руб. в ценах 2019 г.). Отметим для сравнения, что Германия (83 млн чел.), Великобритания (67 млн чел.), Франция (67 млн чел.) выделяют от 500 до 1000 млрд долларов, а США (331 млн чел.) выделяют 3000 млрд долларов. Это значит, что в этих странах на покрытие социально-экономических потерь государства выделяют от 6 до 9 тыс. долларов на душу населения, что по паритету покупательской способности соответствует от 150 до 230 тыс. руб., то есть в сопоставимых **ценах в 2–3 раза больше**, чем в РФ (при условии, что будет выделено дополнительно 11 трлн руб.).

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

В ситуации, когда эффективная и безопасная вакцина против вируса SARS-CoV-2 не разработана, приобретенный в результате болезни, вызванной этим вирусом, иммунитет, по разным оценкам, **не превышает 10%** от населения, и также отсутствует эффективное этиотропное лечение против вируса, санитарные ограничительные меры (включая закрытие бизнесов и образовательных организаций, ограничение социальных контактов) являются единственным возможным способом борьбы с распространением вируса. Возможно, удастся добиться таких стратегий социальной

<sup>14</sup> <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0120>

изоляции, чтобы позволить экономике заработать, 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, как в начале января 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>15</sup>.

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

### Использованные 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.

## Приложение II

**Перечень писем и аналитических справок, подготовленных автором, которые в период 2011–2018 гг. были отправлены в Правительство РФ, Государственную Думу РФ, Совет Федерации РФ, Минздрав России, РАН, Национальную медицинскую палату с обоснованием недопустимости проводимых реформ и недостаточном финансировании 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.).

<sup>15</sup> <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765665>



- 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.).