

08 апреля 2022 г.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ 2022-2023 гг.: НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРЫ В УСЛОВИЯХ ОСОБОГО ПОЛОЖЕНИЯ В ЭКОНОМИКЕ И СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ

Проблемы и предложения

Подготовлено ректором Высшей школы организации и управления здравоохранения
(ВШОУЗ) д.м.н. Г.Э. Улумбековой

Оглавление

1. Резюме	2
2. Внешние условия	3
3. Нерешенные проблемы здравоохранения РФ	4
4. Зоны неэффективности и дисбалансы в здравоохранении РФ	5
5. Цели развития здравоохранения РФ в 2022-2023 гг.	7
6. Приоритеты развития здравоохранения РФ в 2022-2023 гг.	7
7. Неотложные меры в здравоохранении РФ – 10 задач (33 подзадачи)	8
7.1. По повышению эффективности управления и квалификации руководителей здравоохранения (7 подзадач)	8
7.2. По повышению эффективности системы финансирования (4 подзадачи)	9
7.3. По ликвидации противоречий в нормативной базе, устранению излишних требований (3 подзадачи)	10
7.4. По восстановлению кадрового потенциала (7 подзадач):	10
7.5. По повышению качества подготовки медицинских кадров (3 подзадачи)	12
7.6. По доведению финансирования медицинской науки до 0,12% ВВП и оптимизации управления финансированием НИР для реализации среднесрочных государственных приоритетов в условиях санкций (2 подзадачи):	13
7.7. По обновлению инфраструктуры медицинских организаций и развитию государственно- частного партнерства (4 подзадачи):	13
7.8. По созданию системы всеобщего лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях (1 подзадача):	13
7.9. По обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям (эпидемиям) (1 подзадача):	14
7.10. По комплексной охране здоровья граждан (1 подзадача):	14
8. Необходимое дополнительное финансирование	15

1. Резюме

Главная проблема общественного здоровья сегодня – это **высокая смертность**. За 2 года пандемии (2020 и 2021 гг.) в РФ **от всех причин дополнительно умерли почти 1 млн. чел.** по сравнению с 2019 г. В результате в 2021 г. в РФ ожидаемая продолжительность жизни составила только **70,1 лет** (снижение за 2 года **на 3,2 года**).

Работа системы здравоохранения страны играет огромную роль в снижении смертности населения и укреплении здоровья граждан. Однако два напряженных года пандемии усугубили **острейшие** проблемы отрасли. Главные из них: хроническое **недофинансирование** из государственных источников и, как следствие, **дефицит** медицинских работников; **накопленный стресс** и усталость среди них; **недостаточное** обеспечение населения лекарствами в амбулаторных условиях; **ослабление** медицинской науки и образования. Также в отрасли сложились серьезные зоны **неэффективности** и **дисбалансы**: затратная и неоптимальная модель финансирования; децентрализация в управлении; неэффективная работа первичного звена здравоохранения; неудовлетворительная квалификация медицинских кадров, в том числе управленческих; несправедливое распределение финансовых затрат на разные профили и виды медицинской помощи, что приводит к ущемлению прав одних групп пациентов по отношению к другим; недостаточное регулирование цен на медицинские изделия.

В текущем 2022 г. внешние условия для здравоохранения также будут **чрезвычайно трудными**. Это и **увеличение потока пациентов**, нуждающихся в лечении (больные, помощь которым была отложена в предшествующие периоды и страдающие последствиями новой коронавирусной инфекции), и **рост цен на 15-20%** на лекарственные средства и медицинские изделия в связи с колебаниями курса национальной валюты и логистических проблем. Падение реальных доходов населения **на 7-9%** потребует увеличения объемов бесплатной медицинской помощи, так как у многих людей не окажется средств для ее оплаты. Все эти серьезнейшие вызовы требуют **немедленной мобилизации управленческих ресурсов отрасли**, определения приоритетов, быстрого внедрения новых, эффективных для сегодняшних условий подходов в организации и ресурсном обеспечении.

Главная цель на 2022-2023 гг. – **не допустить дальнейшего роста смертности населения РФ** путем обеспечения граждан доступной бесплатной медицинской помощью приемлемого уровня качества. В условиях ограниченных ресурсов предлагается выделить следующие приоритеты: **обеспечение доступности первичного звена здравоохранения** (как наиболее массового вида помощи, где начинается и заканчивается большинство эпизодов оказания медицинской помощи – более **1 млрд посещений** в год), **а также экстренной и неотложной** медицинской помощи (**40 млн вызовов** в год). Потребуется срочное увеличение **объемов и качества подготовки среднего медицинского персонала**.

Для реализации названных приоритетов и повышения эффективности управления потребуются решить **10 неотложных задач**:

- централизация управления на уровне Минздрава РФ;
- научно обоснованное, исходя из приоритетов, **справедливое** распределение ресурсов между группами пациентов;
- дополнительное **нормирование затрат** и объемов медицинской помощи, переход на перечни лекарств и медицинских изделий по уровням медицинских организаций (так как клинические рекомендации в полном объеме обеспечить будет невозможно),
- **централизация финансирования** с переходом на оплату по смете медицинских организаций, находящихся в сельской местности и труднодоступных территориях, устранение страховых медицинских организаций;
- **выравнивание базовых окладов медицинских работников** регионов до уровня Москвы и Санкт-Петербурга (чтобы избежать оттока кадров из них);

- создание **системы всеобщего лекарственного обеспечения** населения в амбулаторных условиях (чтобы все граждане получали лекарства по рецепту врача бесплатно или со скидкой);
- **повышение качества** высшего и среднего профессионального медицинского образования, а также управленческих кадров в здравоохранении;
- увеличение финансирования медицинской науки и создание **централизованной системы управления НИР** на уровне РАН и Минздрава России,
- усиление системы заблаговременной **готовности к чрезвычайным ситуациям**.

Для решения поставленных задач в 2022 и 2023 гг. потребуется дополнительное государственное финансирование в размере **не менее 350 млрд руб.** Эти дополнительные средства в сочетании с предложенными мерами по повышению эффективности деятельности отрасли в ближайшие два года **позволят сохранить доступность** бесплатной медицинской помощи на уровне 2019 г., обеспечат ее **выравнивание** для граждан, проживающих в разных регионах страны; создадут стимул для развития отечественных производителей медицинской и фармацевтической продукции в условиях санкций.

Это **сохранит самый ценный ресурс нашей страны – жизни и здоровье людей - и будет способствовать поддержанию социальной стабильности в обществе.**

2. Внешние условия

Санкции стран ЕС и США по отношению к России приводят к серьезным **макроэкономическим проблемам**: сокращению экспорта углеводородов, оттоку капитала, росту мировых и внутренних цен, увеличению процентных ставок банков, сжатию импорта, нарушению финансовых потоков, производственных и логистических цепочек. Как следствие, по прогнозам ЦБ, это приведет к:

- Падению ВВП (на 6-8%), соответственно, снижению реальных доходов населения (на 6-8%). При этом реальные доходы населения с 2013 по 2019 гг. и так сократились на 10%, в совокупности с 2013 по 2022 г. это составит **не менее 16%**. Это означает, что **у граждан не будет средств оплачивать медицинскую помощь из собственного кармана**. В этих условиях принципиально важно, чтобы увеличивались объемы именно бесплатной помощи, в противном случае люди будут отдавать последние средства на платное лечение или вообще не обращаться за ним. Как следствие, будет расти смертность.
- Росту цен на лекарственные препараты (ЛС) и медицинские изделия (МИ) **на 15-20%**. В 2020 г. государственные расходы по этим статьям составили около 500 млрд и 450 млрд руб. соответственно. Для сохранения **аналогичной доступности ЛП и МИ потребуется дополнительно 190 млрд руб.** ежегодно.

Одновременно **наблюдается рост потоков больных людей, нуждающихся в оказании медицинской помощи**. Это пациенты с осложнениями после перенесенной коронавирусной инфекции, которая увеличивает риски возникновения диабета, сердечно-сосудистых заболеваний и когнитивных расстройств, а также пациентов, которым медицинская помощь была отложена в предшествующие периоды. Увеличение потоков пациентов составит, как минимум, **+ 15-20%** по отношению к 2019 г.¹, соответственно, потребуются дополнительные средства для их лечения.

¹ На май 2022 г. в РФ всего переболело подтвержденной коронавирусной инфекцией 18 млн чел. Из них около 30% будут нуждаться в оказании медицинской помощи. В 2020 г. объемы помощи в стационарных условиях по профилю БСК сократились на 26%. Первичная заболеваемость БСК сократилась на 16%, а онкологическими заболеваниями – на 17%.

3. Нерешенные проблемы здравоохранения РФ

Главная проблема общественного здоровья в РФ – это **высокая смертность** населения и, как следствие, низкая ожидаемая продолжительности жизни населения (ОПЖ). За 2 года пандемии (2020 и 2021 гг.) в РФ **дополнительно от всех причин умерли почти 1 млн. чел.** по сравнению с 2019 г. В результате по итогам 2021 г. ОПЖ составила только **70,1 лет** (снижение на **3,2 года**) и стал **на 5 лет ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС и **на 10 лет ниже**, чем в «старых» странах ЕС. При этом еще до пандемии в РФ смертность детей была **в 1,5 раза выше**, а смертность трудоспособного населения - **в 2,5 раза выше**, чем в странах ЕС в среднем.

Высокая смертность населения на фоне снижения рождаемости за два последних года привела к сокращению численности населения страны **на 1,3 млн. чел.** Увеличение доступности бесплатной медицинской помощи позволило бы значительно сократить смертность, однако в отрасли накопились серьезные проблемы, которые значительно усугубились во время пандемии. Наиболее важные из них:

- 1) **Длительное недофинансирование** здравоохранения из государственных источников - даже в относительных величинах оно **в 1,6 раз меньше**, чем в «новых» странах ЕС, близких к нашей стране по уровню экономического развития, и **в 2,4 раза меньше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно - 3,1%, 5% и 7,7% ВВП в среднем за период 2000-2019 гг.). Следствием этого стали низкая оплата труда и дефицит медицинских кадров, нехватка бесплатных лекарств, недостаточные объемы бесплатной медицинской помощи, низкие тарифы, не покрывающие стоимость оказания медицинской помощи в соответствии с клиническими рекомендациями.
- 2) **Нетерпимое положение медицинских работников – низкие базовые оклады** (у врачей от 12 до 35 тыс. руб., а у медицинских сестер – от 10 до 20 тыс. руб.)², особенно в регионах с невысокой средней оплатой труда в экономике. Как следствие, происходит переток кадров туда, где она выше. Такое положение усугубляется постоянными **переработками, избыточными, невыполнимыми требованиями, излишними проверками**. Все это является причиной дефицита кадров в отрасли. Особенно тяжелая ситуация сложилась в первичном звене здравоохранения, где врачей **в 1,5 раза меньше** необходимого (на 36 тыс.), средних медицинских работников – **в 1,8 раза меньше** (на 66 тыс. чел.), в том числе фельдшеров – **в 1,9 раза меньше** (на 20 тыс. чел.). В результате сегодня обеспеченность врачами в РФ **ниже**, чем в Австрии, Дании, Германии, Испании, Италии, Норвегии, Швеции. При этом в нашей стране имеется значительно большая потребность в медицинской помощи, чем в странах ЕС из-за худшего состояния здоровья населения, большой территории и низкой плотности населения. Пандемия усугубила эту проблему из-за **огромной усталости и стресса персонала**, бесконечного давления со стороны проверяющих и правоохранительных органов. Сегодня все это привело к тому, что система здравоохранения уже **не справляется** с выросшим потоком пациентов и не сможет делать это дальше. В результате будет расти смертность населения, которая сегодня уже приобрела беспрецедентный масштаб.
- 3) **Недостаточная обеспеченность населения лекарствами в амбулаторных условиях** (одного из главных индикаторов доступности медицинской помощи). Сегодня она **в 2,8 раза меньше** на душу населения в сопоставимых деньгах, чем в «новых-8» странах ЕС. Причем эти лекарства у нас получают только отдельные категории граждан (**9 млн чел.**), а в странах ЕС – все, кому врач выписал рецепт.
- 4) **Дефицит коечного фонда стационаров**. В РФ с 2012 по 2018 гг. вследствие сокращения финансирования и ошибочно проведенной «оптимизации» произошло критическое сокращение не только медицинских кадров, но и коечного фонда стационаров. С 2012 по 2018 гг. в РФ обеспеченность стационарными койками **сократилась на 13%** (на 160 тыс.), в результате в нашей стране она стала **на 16% и более ниже**, чем в Германии, Японии,

² 2019 г. по данным Профсоюзов медицинских работников РФ.

Корею, Австрию и Венгрии. По данным Счетной палаты, до 30% зданий медицинских организаций не пригодны для оказания медицинской помощи.

4. Зоны неэффективности и дисбалансы в здравоохранении РФ

- 1) **Неоптимальная для РФ, дорогостоящая страховая модель финансирования здравоохранения и рыночные подходы** в компенсации затрат медицинских организаций («деньги следуют за пациентом») привели к разрушению медицины в сельской местности и малых городах, нарушили систему маршрутизации пациентов и преемственность в оказании медицинской помощи. Так, 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. В этом случае оно вынуждено экономить – сокращать медицинский персонал, стационарные койки или вообще закрываться. В результате были закрыты так называемые экономически невыгодные больницы, тем самым население лишилось необходимой медицинской помощи, а здравоохранение – критически важных сегодня резервных мощностей. Рыночный способ оплаты, принятый в ОМС, неприемлем для системы общественного здравоохранения, которая должна развиваться в соответствии с научно обоснованным планом, сохраняя свои главные принципы – **всеобщность, социальная справедливость и доступность медицинской помощи населению вне зависимости от социального статуса и места проживания, профилактическая направленность, единство науки и практики.**
- 2) **Несовершенство системы управления** – децентрализация в управлении региональным здравоохранением, которая привела к неравенству в доступности медицинской помощи между жителями разных субъектов РФ; рассредоточение ключевых функций по охране здоровья населения в разных ведомствах (например, санитарно-эпидемиологическая служба не подчиняется Минздраву России); наличие массы противоречий в нормативной базе. Так, 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. Разделение в городских условиях комплексов больничных и поликлинических медицинских организаций приводит к размыванию ответственности за здоровье прикрепленного населения.
- 3) **Недостаточный уровень квалификации медицинских кадров, в том числе управленческих, и проблемы высшей медицинской школы.** Известно, что медицинские работники испытывают постоянный дефицит в новых знаниях из-за непонимания собственных пробелов в них, нехватки времени и неудобства в их получении. Это одна из основных причин дефектов в оказании медицинской помощи, которые, по данным международных исследований, приводят к смерти 10% пациентов (от всех умерших в стране за год). Как следствие, увеличивается число проверок СМО, ТФОМС и прокуратуры, налагаются штрафы, происходят временные и финансовые издержки.
Низкая оплата профессорско-преподавательского состава вузов (ниже, чем у практикующих врачей) и отстранение в некоторых вузах клинических кафедр от кураторства 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 (10–15 тыс. руб. в месяц без надбавок) – все это крайне отрицательно сказывается на подготовке медицинских кадров в стране.

Главные врачи, назначаемые сегодня на должности министров здравоохранения в регионах, не владеют вопросами макроэкономики здравоохранения, наблюдается высокая текучесть управленческих кадров.

- 4) **Неэффективность первичного звена здравоохранения из-за дефицита кадров и отсутствия системы всеобщего лекарственного обеспечения населения.** В амбулаторных условиях ежегодно происходит **более 1 млрд посещений**. Это означает, что большинство эпизодов оказания медицинской помощи начинается и заканчивается на этом уровне (для справки: ежегодно происходит 30 млн случаев госпитализаций и 1,1 млн случаев оказания ВМП). Как следствие, именно первичное звено может существенно повлиять на улучшение здоровья населения.
- 5) **Недофинансирование медицинской науки.** 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.
- 6) **Отсутствие регулирования цен на медицинские изделия (МИ),** кроме имплантируемых в организм человека. Это приводит к тому, что цены на МИ существенно **разнятся** между регионами и в ряде случаев **завышены**. Более того, порядок установления средневзвешенной цены на МИ, имплантируемые в организм человека, и региональных оптовых надбавок к ним не позволяют существенно снизить цены на них.
- 7) **Избыточность и дублирование отчетных форм.** Действующая нормативная база по вопросам управления качеством медицинской помощи (КМП) избыточна (действует более 14 несогласованных нормативных актов, установлено **2,4 тыс. показателей**). Множатся отчетные формы, которые преимущественно направлены на контроль выполнения финансовых показателей. Так, сегодня по программе госгарантий установлено **16 подвидов посещений** в амбулаторных условиях (по объемам и нормативам затрат) вместо одного подушевого норматива. В ситуации дефицита кадров в первичном звене это приводит к формальному выполнению-требований и излишним трудозатратам.
- 8) **Непропорционально высокие расходы на лечение пациентов с орфанными заболеваниями** по сравнению с расходами на другие группы пациентов. Так, на «Программу обеспечения населения ЛП», пациенты которой составляют **35%** от всех, получающих ЛП бесплатно, затрачивается всего **16,5%** средств, а на самые малые группы пациентов по программам «14 ВЗН» и лечение орфанных заболеваний (вместе **2,5%** пациентов) – **28%**. В расчете на душу населения по программам «14 ВЗН» и на лечение орфанных заболеваний затрачивается 23 \$ППС на душу населения, что **в 2,1 раза больше**, чем в «новых» странах ЕС (11\$ ППС) и **на 9% больше**, чем в «старых» стран ЕС (21\$ ППС).
- 9) **Несбалансированное увеличение расходов на оказание медицинской помощи пациентам одной группы за счет другой.** Например, в НП «Здравоохранение» большая часть средств (56%) предусмотрена на программу «Борьба с онкологическими заболеваниями». Увеличение расходов по этой статье — важнейшее направление, однако такие программы, как «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и «Развитие детского здравоохранения» также требуют дополнительных финансовых средств, а получают от общего финансирования нацпроекта только **4 и 12% соответственно**. Согласно расчетам академика РАН А.Б. Аганбеяна за 2019-2024 гг. затраты по нацпроекту на снижение одной смерти от онкологии обойдутся **в 95 раза дороже**, чем от БСК. По итогам 2020 г. финансирование в стационарных условиях по профилю онкология **увеличилось на 18%** (при сохранении прежних объемов), а по профилю БСК **снизилось на 16%** (при сокращении объемов на 26%).

10) **Цифровая трансформация отрасли не сопровождается одновременным увеличением оперативных расходов** медицинских организаций на ее внедрение и поддержание, а также отражает неэффективные отчетные формы и избыточные показатели.

Вышеперечисленные проблемы и зоны неэффективности свидетельствуют, что система здравоохранения РФ лишена критических ресурсов для достижения целей по улучшению здоровья и снижению смертности населения, неверно установленные стимулы приводят к ее несбалансированному развитию, а имеющиеся ограниченные ресурсы в ряде случаев используются неэффективно.

5. Цели развития здравоохранения РФ в 2022-2023 гг.

В Указе Президента РФ от 21 июля 2020 г. поставлена цель - обеспечение устойчивого роста численности населения и повышение ожидаемой продолжительности жизни **до 78 лет к 2030 г.** Как было показано выше, в 2021 г. на фоне **беспрецедентного роста смертности** населения ОПЖ составила **70,1** лет. В сегодняшних условиях в ближайшие 2 года необходимо **остановить рост смертности** населения и затем добиться ее снижения.

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

Реализуемые сегодня НП «Здравоохранение» и программа «Модернизации первичного звена» важны, но преимущественно направлены на строительство и обновление инфраструктуры медицинских организаций. Мер, направленных на решение кадровой проблемы (главной для решения вопроса с доступностью медицинской помощи), в нацпроекте явно недостаточно, об этом свидетельствует продолжающийся отток кадров из отрасли - с 2018 по 2020 г. общая численность врачей и медицинских сестер **уменьшилась на 18 тыс. чел.**

6. Приоритеты развития здравоохранения РФ в 2022-2023 гг.

В условиях нарастания **острейшей потребности населения** в увеличении доступности бесплатной медицинской помощи (в связи с ростом потоков больных и снижением реальных доходов граждан) **при ограниченных ресурсах** здравоохранения для снижения смертности населения главными приоритетами должны стать:

- 1) **Обеспечение доступности первичного звена здравоохранения** (первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях - поликлиниках, врачебных амбулаториях, ФАП) как наиболее массового вида оказания медицинской помощи. Для этого необходимо в приоритетном порядке **ликвидировать дефицит** медицинских кадров в первичном звене и **создать систему всеобщего лекарственного обеспечения** (обеспечение всего населения бесплатными лекарствами по рецепту врача, а не только тех, кто имеет льготы).
- 2) **Обеспечение доступности скорой и неотложной медицинской помощи** на базе стационарных отделений скорой медицинской помощи. Для этого потребуются организовать процессы в этих отделениях таким образом, чтобы обеспечить необходимую диагностику и лечение возросшего потока пациентов.
- 3) **Резкое увеличение объемов и повышение качества подготовки среднего медицинского персонала.** В ситуации дефицита врачей и более длительных сроков их подготовки средний медицинский персонал сможет частично облегчить работу врачей, взяв на себя непрофильные для них трудовые функции.

7. Неотложные меры в здравоохранении РФ – 10 задач (33 подзадачи)

7.1. По повышению эффективности управления и квалификации руководителей здравоохранения (7 подзадач)

В системах, которые **ограничены в ресурсах** и при этом, как оборона и здравоохранение, отвечают за **безопасность населения** всей страны **вне зависимости** от места проживания граждан, а также, когда решения должны приниматься **быстро и согласовано**, наиболее эффективным методом управления являются:

- **Централизация управления** системой здравоохранения на уровне Минздрава России, которому должны напрямую подчиняться все региональные органы управления здравоохранением и службы, имеющие отношение к охране здоровья граждан (в том числе Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» и **санитарно-эпидемиологическая служба**, которая находится в структуре Роспотребнадзора). Это достигается путем установления единых требований ко всем ресурсам и процессам, происходящим в системе здравоохранения, и установления жесткой ответственности региональных органов управления здравоохранения за их исполнение. Такая система управления не исключает учета региональных особенностей, что достигается поправочными коэффициентами к минимальным нормативам и требованиям, а также путем принятия коллегиальных решений. Потребуется разработать **требования к кандидатуре, порядку назначения и снятия** с должности руководителей здравоохранения, включая главных врачей медицинских организаций. Необходимо разработать типовые формы контрактов с ними, которые наряду с ответственностью за выполнение поставленных перед ними целей и задач будут защищать их от необоснованных решений по снятию с должности. Для **ускоренной подготовки** управленческих кадров для работы в особых условиях необходимо разработать специальный типовой курс повышения квалификации и реализовать их на всех кафедрах организации здравоохранения.
- **Оптимальное, подчиненное стратегическим целям, распределение ресурсов** между видами медицинской помощи, условиями и профилями ее оказания. Это потребует научно обоснованного планирования объемов медицинской помощи и финансовых ресурсов на ее оказание, чтобы максимально снизить смертность населения;
- **Нормирование затрат** путем установления и жесткого соблюдения нормативов затрат и потребления лекарственных средств (ЛС) и медицинских изделий (МИ). Это достигается путем установления **ограничительных перечней** по применению МИ и ЛС в медицинских организациях различного уровня (формуляры/перечни), а также **единых цен** для всех регионов. Решения по включению в перечни ЛП и МИ должны происходить путем прозрачного **клинико-экономического обоснования** и обязательного, неформального экспертного обсуждения. В течение 2-х ближайших лет требование к обязательности исполнения клинических рекомендаций потребуются **отменить**.
Установление единых базовых окладов медицинских работников во всех регионах РФ и единых принципов начисления компенсационных выплат (по принципам тарифной сетки). Для этого потребуются выровнять базовые оклады в регионах, где они ниже, чем, например, в Москве и Санкт-Петербурге до их уровня. Это позволит избежать перетока кадров. Временно можно отменить стимулирующие выплаты для упрощения учета и отчетности;
- **Плановое, сбалансированное развитие**. Это означает, что отрасль рассматривается как единое целое, с учетом установленных приоритетов и без разбалансированного развития одних направлений в ущерб другим. Ежеквартально отслеживается исполнение установленных планов и задач и, исходя из изменения ситуации, в них

вносятся согласованные поправки. Потребуется 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**, направленные на снижение смертности, заболеваемости и инвалидности по соответствующему укрупненному профилю, **согласовывать междисциплинарные вопросы**, устранять противоречия и актуализировать нормативную базу, а также осуществлять **сопровождение и контроль** за реализацией подпрограмм в регионах.

- **В городских условиях необходимо объединить управление поликлиниками и больницами** так, чтобы они могли совместно отвечать за результаты оказания медицинской помощи и здоровье населения на прикрепленной территории. Это позволит более рационально использовать ресурсы здравоохранения и создаст правильные стимулы.
- **Максимально перейти на цифровой документооборот** (с минимальным дублированием бумажного), который будет облегчать, а не усложнять работу медицинских работников и организаций. Для этого потребуется внедрение единых требований к кадровому, инфраструктурному и финансовому обеспечению операционной деятельности медицинских организаций в части ИТ; удобные интерфейсы; устранение излишних и дублирующих форм отчетности; тиражирование лучших программных продуктов (медицинских информационных систем).

7.2. По повышению эффективности системы финансирования (4 подзадачи)

Для этого потребуется восстановить централизованное бюджетное финансирование системы здравоохранения. Среди предлагаемых мер:

- **Объединить средства, направляемые на оказание медицинской помощи**, вне зависимости от источника их формирования: ОМС, федеральный и региональные бюджеты. Они должны быть у единого плательщика с последующим перераспределением в регионы. В результате будет устранена дробность финансирования различных видов и профилей гарантированной населению медицинской помощи. Территориальные отделения ФОМС сделать финансовыми подразделениями региональных органов управления здравоохранением, изменив их функции (это означает упразднение самостоятельности системы ОМС).
- **Исключить страховые медицинские организации из цепочки доведения государственных средств до медицинских организаций**, а их функции распределить между государственными организациями. Росздравнадзору передать деятельность в части экспертизы КМП, ТФОМС - контроль счетов, выставленных медицинскими организациями за оказанную медпомощь, и защиту прав застрахованных. Отменить полисы ОМС и установить, что все граждане РФ имеют право на получение гарантированной государством бесплатной медицинской помощи, а для их идентификации использовать нумерацию пенсионного фонда. Оповещение о диспансеризации граждан может осуществлять региональный орган управления здравоохранением или поликлиника.
- **Организовать компенсацию расходов медицинских организаций, находящихся в сельской местности, малых городах и труднодоступных территориях по смете**,

которая гарантировано покрывает их **базовые расходы** (установленные объемы помощи и себестоимость ее оказания в соответствии с нормативными актами). Расположение и мощности этих организаций должны быть обоснованы, исходя из потребностей населения в медицинской помощи, ее территориальной и транспортной доступности. Это позволит сохранить медицинские организации в сельской местности, малых городах, восстановить инфекционную службу и скорую медицинскую помощь в соответствии с установленными нормативами. При этом выполнение медицинскими организациями целевых **показателей качества**, дополнительных объемов помощи и снижение ненужных затрат может обеспечить необходимые мотивационные стимулы для повышения эффективности их деятельности.

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

7.3. По ликвидации противоречий в нормативной базе, устранению излишних требований (3 подзадачи)

- Устранить **противоречия** в нормативной базе здравоохранения, привести все контрольные проверки в единую систему, исключить **дублирование** отчетных документов, согласовать их и перевести в единый цифровой формат. При актуализации порядков оказания и стандартов медицинской помощи предусмотреть их разделение по уровням медицинских организаций.
- Разработать подпрограмму «**Управление качеством медицинской помощи (КМП)**» с учетом международных критериев, в том числе:
 - организовать **единую систему** управления качеством медицинской помощи, основанную на профилактике дефектов, а не на санкциях, создать соответствующее структурное подразделение в Минздраве России;
 - свести все показатели по контролю КМП до необходимого **минимума** (20–30), привести их в соответствие с международно принятыми, включая методики измерения;
 - создать в Росздравнадзоре **единый центр** по эффективному контролю КМП;
 - формировать ежегодную **отчетность** по КМП, включая показатели удовлетворенности пациентов с приведением сравнений с развитыми странами;
 - организовать действенную систему **защиты** прав пациентов и оценки обратной связи от них.
- Восстановить практику публикации **ежегодного Государственного доклада** о доступности и качестве медицинской помощи по установленным показателям в динамике, в разрезе регионов РФ, а также в сравнении с развитыми странами; с заслушиванием этого доклада на совместном заседании палат Федерального Собрания Российской Федерации.

7.4. По восстановлению кадрового потенциала (7 подзадач):

- 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 МРОТ³**, 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 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 том числе работников органов управления здравоохранением) и других работников здравоохранения.
- **Законодательно установить научно 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 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 **выгорания**: сокращение ненужной административной работы, удобные в использовании информационные системы, оптимальный график дежурств, возможность свободного обсуждения проблем, привлечение психологов, организация комнат «разгрузки», поддержка в бытовых вопросах (например, организация отдыха детей и устройство их в детские сады).
 - **Разграничить в нормативных документах термин «медицинская услуга» и «медицинская помощь»**, определить понятие «пациенто-ориентированный» подход, исключив его использование как основание для дискриминации работников отрасли здравоохранения.
 - **Установить, что заявления о нарушениях в оказании медицинской помощи рассматриваются правоохрнительными 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**.

³ Минимальный размер оплаты труда – МРОТ, в 2019 г. = 12,13 тыс. руб.

Исключить из УК РФ и правоприменительной практики **уголовную ответственность** медицинских работников за преступления с неосторожной формой вины.

7.5. По повышению качества подготовки медицинских кадров (3 подзадачи)

- 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.
- 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, а написание учебников учитывать как критерий оценки эффективности работы ППС (а не только их публикации в научных журналах);
 - внедрить **единые стандарты** финансирования и материально-технического оснащения образовательных организаций вне зависимости от их ведомственной подчиненности, подготовить «положение о клинической базе вузов»;
 - повысить требования к абитуриентам медицинских вузов, включая уровень ЕГЭ не менее **70 баллов**, а также результаты собеседования;
 - предусмотреть увеличение числа **бюджетных мест в ординатуре**, в том числе по подготовке **врачей общей практики**, а также удлинение сроков обучения в ординатуре по ряду специальностей (с предоставлением адекватной оплаты труда ординаторам);
 - учесть необходимость расширения функциональных обязанностей медицинских сестер.
- Необходимо внести в закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» следующие нормы:
 - о восстановлении **интернатуры** как обязательного требования для допуска к практической деятельности для всех медицинских специальностей;
 - о клинической базе вузов и медицинских училищ;
 - об условиях для обеспечения непрерывного медицинского образования – не менее **6 оплаченных рабочих дней в год** (или 50 ч. в год, из них не менее 36 ч. в образовательных организациях дополнительного профессионального образования), обязательное целевое финансирование и возможность самостоятельного выбора врачом и медицинской сестрой образовательной организации (по принципу «образовательный сертификат»).

7.6. По доведению финансирования медицинской науки до 0,12% ВВП и оптимизации управления финансированием НИР для реализации среднесрочных государственных приоритетов в условиях санкций (2 подзадачи):

- Необходимо разработать и реализовать программу «**Развитие медицинской науки: от приоритетов до внедрения в практику**», которая должна предусматривать:
 - поэтапное увеличение государственного финансирования медицинской науки в **3 раза** от существующего уровня – с **0,04% до 0,12% ВВП**;
 - создание системы централизованного управления НИР во главе с Минздравом России и медицинским отделением РАН. В том числе должны быть установлены приоритеты исходя из средне- и долгосрочных потребностей системы здравоохранения, проведена ревизия научных заделов, а также решены проблемы, связанные с реализацией научных исследований (нехватка лабораторного оборудования, низкая оплата труда научных работников и аспирантов).
- Выделить медицинское отделение из структуры РАН и преобразовать его в РАМН, как это было до 2013 г., с организацией финансирования медицинских научных исследований из системы Минздрава России.

7.7. По обновлению инфраструктуры медицинских организаций и развитию государственно-частного партнерства (4 подзадачи):

- **Отложить план обновления основных фондов государственных медицинских организаций** там, где это возможно с перенаправлением средств на приоритетные направления. Обеспечить финансовые и материально-технические потребности медицинских организаций на ближайшие 2 года только по самым насущным потребностям;
- Включить амортизационные затраты в структуру тарифа (норматива финансовых затрат) по оплате медицинской помощи;
- Установить, что **строительство новых** и расширение мощностей существующих государственных медицинских организаций⁴ должно приниматься только после обоснования того, что планируемые дополнительные объемы медицинской помощи **невозможно оказать на долгосрочной основе и на должном уровне** (по объему, качеству и цене услуг) в уже существующих медицинских организациях по данному профилю (как государственных, так и частных).
- Строительство новых мощностей частных медицинских организаций, которые в дальнейшем будут претендовать на участие в программе государственных гарантий, должно **происходить по согласованию с региональными органами управления здравоохранением**, исходя из потребности региона в этих дополнительных мощностях. При этом частные медицинские организации, также как и государственные, должны **взять на себя ответственность за здоровье прикрепленного населения**.

7.8. По созданию системы всеобщего лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях (1 подзадача):

- Необходимо с участием РАН подготовить **Национальную лекарственную политику РФ до 2030 г.**, включая следующие вопросы:
 - внедрение программы **всеобщего лекарственного обеспечения** в РФ, которая предусматривает обеспечение бесплатными (или с 50% скидкой) лекарственными препаратами (ЛП) в амбулаторных условиях по рецепту врача **всего населения**, а

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

- не только отдельных категорий граждан (для чего потребуется поэтапное увеличение государственного финансирования ежегодно с доведением его до 550 млрд руб., включая уже затрачиваемые 250 млрд. руб.);
- обоснование оптимальной доли расходов по основным группам ЛП и категорий пациентов;
 - разработка регуляторных механизмов, обеспечивающих вывод на рынок ЛП с **доказанной эффективностью, безопасностью и ценностью** для улучшения здоровья населения и снижения смертности;
 - оптимизация методики регистрации ЛП (устранение избыточных требований, внедрение ускоренных процедур) и их ценообразования (обеспечение приемлемой маржинальности и внедрение новых схем закупки для инновационных лекарств);
 - принятие мер, которые сбалансируют действующие меры поддержки закупки ЛП отечественных производителей («третий лишний») с необходимостью обеспечения пациентов инновационными ЛП в перспективе;
 - 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** (в тех направлениях, где это оправданно), поддержки обеспечивающих фармацевтическую промышленность отраслей – химической, производства лабораторного оборудования и др.;
 - повышение качества подготовки и квалификации **фармацевтических кадров**;

7.9. По обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям (эпидемиям) (1 подзадача):

- создать единый **Центр управления в чрезвычайных ситуациях** при Минздраве РФ;
- актуализировать с учетом опыта борьбы с пандемией 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 целевое **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 чрезвычайных ситуациях.

7.10. По комплексной охране здоровья граждан (1 подзадача):

- Для реализации данного направления необходимо создать при Правительстве РФ постоянно действующую межведомственную **Комиссию по охране здоровья населения РФ с участием РАН, Минздрава, Минобрнауки, Минпросвещения, Минтруда, Минспорта, Минсельхоза, Минприроды, Минкультуры и Минфина**. Комиссия 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 страны⁵, а также подпрограмма **по охране здоровья детей и**

⁵ Речь идет о полноценной производственно-цеховой медицине, которая сегодня сохранилась лишь в ОАО «РЖД», а не о корпоративных программах общественного здоровья.

подростков, включая вопросы школьной медицины. Ежегодно должен публиковаться **Государственный доклад** о ходе ее реализации с заслушиванием на совместном заседании палат Федерального Собрания Российской Федерации.

8. Необходимое дополнительное финансирование

Для решения поставленных задач в 2022 и 2023 гг. потребуется дополнительное государственное финансирование в объеме **не менее 350 млрд руб.** для поддержания доступности медицинской помощи и минимально-приемлемого уровня ее качества, табл. 1. Все представленные расчеты требует уточнения, в том числе по мере изменения макроэкономической ситуации. Эти дополнительные средства в сочетании с предложенными мерами по повышению эффективности деятельности отрасли в ближайшие два года позволят **не допустить роста смертности и недовольства населения.**

Табл. 1. Расчеты необходимого дополнительного государственного финансирования в 2022-2023 гг.

N	Направление	Объем дополнительного ежегодного финансирования на 2022-2023 гг. (ориентировочные расчеты)
1.	На ликвидацию дефицита медицинских кадров в первичном звене и выравнивание базовых окладов всего медицинского персонала до уровня Москвы и Санкт-Петербурга	50 млрд руб. (требуются уточненные расчеты совместно с профсоюзами медицинских работников и Минтрудом России).
2.	На увеличение стоимости ЛП на 20% от уровня 2020 г., когда по государственным закупкам он составлял 500 млрд руб.	100 млрд руб.
3.	На увеличение стоимости медицинских изделий на 20% от уровня 2020 г., когда по государственным закупкам он составлял 450 млрд руб.	90 млрд руб.
4.	На поэтапное обеспечение населения бесплатными лекарствами по рецепту врача	50 млрд руб.
5.	На увеличение потока пациентов и, как следствие, увеличение объемов медицинской помощи по программе государственных гарантий	30 млрд руб.
6.	На поддержку подготовки кадров в медицинских вузах и училищах	10 млрд руб.
7.	На увеличение финансирования медицинской науки	15 млрд руб.
8.	ИТОГО	~ 345-350 млрд руб.

Далее по мере изменения макроэкономических условий потребуется поэтапно увеличить государственные расходы на здравоохранение **с 3,4% ВВП в 2019 г. до 5,5% ВВП к 2025 г.** (с 3,8 трлн. руб. до 6,2 трлн. руб. к 2025 г. в ценах 2019 г.⁶).

⁶ Цены 2019 г. указаны специально, чтобы дополнительные средства, направленные на здравоохранение, **не обесценивались инфляцией.**