

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	12
Предисловие	19
Список сокращений	21

ЧАСТЬ I. ГЛАВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ О ЗДРАВООХРАНЕНИИ РФ

Глава 1. Оценка системы здравоохранения РФ и предложения по развитию до 2025 г. <i>Г.Э. Улумбекова</i>	27
1.1. Хроника подготовки предложений по реформе здравоохранения	27
1.2. Основные проблемы в состоянии здоровья населения и системы здравоохранения	27
1.3. Оценка мер, которые предлагаются для исправления ситуации в здравоохранении	33
1.4. Цели развития здравоохранения РФ и условия их достижения	34
1.5. Сбалансированные задачи и механизмы их реализации	34
1.6. Необходимое финансирование и возможные источники	42
1.7. Заключение	43
Глава 2. Пандемия COVID-19: уроки и рекомендации для здравоохранения РФ. <i>Г.Э. Улумбекова</i>	46
2.1. Уроки пандемии	46
2.2. Рекомендации ВОЗ по предотвращению пандемий на глобальном уровне	47
2.3. Влияние пандемии на социально-экономические и демографические показатели в разных странах	48
2.4. Факторы, повлиявшие на сверхсмертность в РФ во время пандемии	50
2.5. Уроки отдельных стран: Китай, Тайвань, Южная Корея, Норвегия	61
2.6. Проблемы и рекомендации по работе медицинских организаций во время и после пандемии	66
2.7. Пандемия и медицинские работники	68
2.8. Борьба с инфодемией	70

ЧАСТЬ II. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ СТАТУС, ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ В РФ

Глава 3. Демографическая ситуация в РФ	79
3.1. Характеристика основных демографических показателей в РФ. <i>А.Г. Вишневский</i>	79
3.2. Сравнение демографических показателей РФ с развитыми странами. <i>Г.Э. Улумбекова</i>	100
Глава 4. Социально-экономическое положение в РФ и предложения по выходу из стагнации. <i>А.Г. Аганбегян</i>	113
4.1. Исходная база: экономика и социальная сфера России в период стагнации и кризиса (2013–2020 гг.)	113
4.2. Варианты социально-экономического развития России на средне- и долгосрочную перспективу	123
Глава 5. Показатели здоровья населения РФ	135
5.1. Современные подходы к изучению общественного здоровья. <i>В.А. Медик</i>	135
5.2. Заболеваемость населения. <i>В.А. Медик</i>	150
5.3. Инвалидность населения. <i>Г.Э. Улумбекова, Е.А. Гапонова</i>	168
5.4. Физическое развитие населения. <i>В.А. Медик</i>	173
Глава 6. Факторы, влияющие на здоровье населения РФ	181
6.1. Факторы, определяющие здоровье населения. <i>Г.Э. Улумбекова, А.Б. Гинойн</i>	181
6.2. Образ жизни населения (курение, алкоголь, наркомания, питание, физическая активность). <i>Г.Э. Улумбекова, А.Б. Гинойн, Е.А. Гапонова</i>	185
6.3. Факторы окружающей среды. <i>И.П. Бобровницкий, Ю.А. Рахманин, В.В. Турбинский</i>	197
6.4. Медицина труда. <i>И.В. Бухтияров, С.С. Землякова, Е.Е. Шиган</i>	219
6.5. Школьная медицина. <i>В.Р. Кучма</i>	246

6.6. Химические элементы и экологозависимые заболевания. <i>А.В. Скальный, А.Е. Побилат, А.А. Киричук</i>	260
---	-----

ЧАСТЬ III. СОСТОЯНИЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ НА МАКРОУРОВНЕ

Глава 7. Основные вехи истории развития здравоохранения РФ в 1918–2021 гг. <i>В.А. Медик</i>	273
Глава 8. Правовые основы охраны здоровья граждан в РФ. <i>А.А. Понкина, И.В. Понкин</i>	287
8.1. Цели изучения.....	287
8.2. Система законодательства об охране здоровья граждан.....	287
8.3. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».....	291
8.4. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».....	293
8.5. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».....	295
8.6. Основные проблемы законодательства РФ об охране здоровья граждан.....	297
Глава 9. Действующие документы стратегического планирования в здравоохранении РФ. <i>Г.Э. Улумбекова, И.В. Петрачков, О.В. Агафонова</i>	299
9.1. Нормативная база по стратегическому планированию.....	299
9.2. Национальный проект «Здравоохранение».....	301
9.3. Национальный проект «Демография».....	305
9.4. Стратегия развития здравоохранения РФ на период до 2025 г.	307
9.5. Государственная программа «Развитие здравоохранения».....	309
Глава 10. Финансирование системы здравоохранения РФ. <i>Г.Э. Улумбекова, Н.В. Альвианская</i>	311
10.1. Общие принципы финансирования здравоохранения.....	311
10.2. Государственное финансирование здравоохранения.....	312
10.3. Частные (личные) расходы на здравоохранение.....	317
10.4. Сравнение расходов на здравоохранение в РФ и за рубежом.....	318
Глава 11. Медицинское страхование в РФ. <i>Г.Э. Улумбекова, Н.В. Альвианская, Н.Ф. Прохоренко</i>	320
11.1. Модели финансирования здравоохранения.....	320
11.2. Общие принципы организации обязательного и добровольного медицинского страхования.....	320
11.3. Организация системы обязательного медицинского страхования.....	322
11.4. Организация системы добровольного медицинского страхования.....	326
Глава 12. Кадровые и материально-технические ресурсы системы здравоохранения РФ. <i>Г.Э. Улумбекова, И.В. Петрачков, А.Ю. Вафин</i>	329
12.1. Обеспеченность медицинскими кадрами и их оплата труда.....	329
12.2. Число медицинских организаций и коечный фонд стационаров.....	333
12.3. Обеспеченность стационарными койками в РФ и развитых странах, эффективность использования медицинского оборудования.....	337
12.4. Объемы медицинской помощи.....	339
Глава 13. Медицинское образование в РФ. <i>Г.Э. Улумбекова, З.З. Балкизов, И.В. Петрачков</i>	342
13.1. Ресурсы и уровни медицинского образования.....	342
13.2. Аккредитация медицинских работников и непрерывное медицинское образование.....	344
13.3. Развитие непрерывного медицинского образования за рубежом.....	355
13.4. Проблемы и предложения по развитию медицинского образования в РФ.....	356
Глава 14. Организация оказания медицинской помощи в РФ.....	359
14.1. Организационные основы системы здравоохранения РФ. <i>В.А. Медик</i>	359
14.2. Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. <i>Г.Э. Улумбекова</i>	373
14.3. Клинические рекомендации, стандарты и порядки оказания медицинской помощи. <i>Г.Э. Улумбекова, И.Ю. Худова</i>	380

Глава 15. Система управления качеством медицинской деятельности в РФ. <i>И.В. Иванов</i>	389
15.1. Методологические и организационные принципы системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности	389
15.2. Организационная структура системы управления качеством в медицинских организациях	397
15.3. Внедрение системы управления качеством в медицинских организациях	398
15.4. Порядок оценки качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях	402
Глава 16. Лекарственное обеспечение населения в РФ. <i>Г.Э. Улумбекова, И.Ю. Худова</i>	412
16.1. Характеристика рынка лекарственных препаратов	412
16.2. Государственные программы лекарственного обеспечения населения	415
16.3. Структура потребления лекарственных препаратов.	422
16.4. Сравнение расходов на лекарственное обеспечение в РФ и развитых странах.	425
Глава 17. Финансирование медицинской науки и разработка новых лекарств в РФ. <i>Г.Э. Улумбекова, И.Ю. Худова</i>	428
17.1. Этапы и стоимость разработки лекарственных препаратов	428
17.2. Сравнение показателей фармацевтического рынка и интенсивности разработки лекарств в РФ и за рубежом.	430
17.3. Государственная политика в сфере разработки новых лекарственных средств в РФ и за рубежом	431
Глава 18. Частный сектор в здравоохранении РФ	437
18.1. Роль частных медицинских организаций в здравоохранении РФ. <i>Г.Э. Улумбекова, Н.Ф. Прохоренко, И.В. Петрачков</i>	437
18.2. Рынок коммерческой медицины. <i>Д.У. Халилов, Е.В. Дежаткина</i>	442
Глава 19. Опыт здравоохранения зарубежных стран. <i>Г.Э. Улумбекова</i>	452
19.1. Оптимальная модель государственного финансирования здравоохранения.	452
19.2. Гарантии бесплатной медицинской помощи населению и их формирование в развитых странах	458
19.3. Показатели оценки качества медицинской помощи в развитых странах	463
19.4. Долговременный уход в развитых странах	468

ЧАСТЬ IV. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОТДЕЛЬНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ (СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ)

Глава 20. Организация первичной медико-санитарной помощи в РФ. <i>Г.Э. Улумбекова, Л.Н. Касимова, И.В. Петрачков</i>	485
20.1. Принципы организации и оказания первичной медико-санитарной помощи	485
20.2. Проблемы, сложившиеся в оказании первичной медико-санитарной помощи.	489
20.3. Расчет дефицита медицинских работников в первичном звене	492
20.4. Предложения по повышению доступности первичной медико-санитарной помощи.	496
Глава 21. Организация скорой медицинской помощи в РФ. <i>И.П. Минуллин, И.М. Барсукова</i>	501
21.1. История развития скорой медицинской помощи.	501
21.2. Основы организации догоспитального этапа скорой медицинской помощи	503
21.3. Госпитальный этап оказания скорой медицинской помощи	513
21.4. Современный этап развития скорой медицинской помощи	515
Глава 22. Организация медицинской помощи детям в РФ. <i>В.К. Юрьев, К.Е. Моисеева</i>	517
22.1. Нормативно-правовые акты по организации педиатрической помощи	517
22.2. Мощности педиатрической службы в РФ	518
22.3. Дородовый патронаж беременных и уровни организаций родовспоможения	519
22.4. Организация медицинской помощи новорожденным	521
22.5. Первичная медико-санитарная помощь детскому населению	523

22.6. Организация медицинской помощи в детской поликлинике и консультативно-диагностическом центре	529
22.7. Организация педиатрической помощи в круглосуточных и дневных стационарах	536
22.8. Организация скорой медицинской помощи детям	538
Глава 23. Организация кардиологической помощи в РФ. <i>Е.В. Шляхто, Н.Э. Звартау, С.В. Виллевальде, А.Н. Яковлев, А.Е. Соловьева, А.А. Федоренко</i>	541
23.1. Общие положения	541
23.2. Ключевые показатели деятельности кардиологической службы	543
23.3. Проблемы и предложения по развитию кардиологической службы.	546
Глава 24. Медицинская помощь при инфекционных заболеваниях в РФ	553
24.1. Организация медицинской помощи инфекционным больным. <i>Ю.В. Лобзин</i>	553
24.2. Организация медицинской помощи при инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека. <i>В.В. Покровский</i>	559
24.3. Организация фтизиатрической помощи. <i>И.А. Васильева, Л.Е. Паролина, В.В. Тестов, И.Д. Медвинский, О.Б. Нечаева, С.А. Стерликов, А.Е. Панова</i>	567
24.4. Деятельность и ресурсы инфекционной службы в РФ с 1990 по 2019 г., подготовка кадров. <i>Н.Д. Ющук, Г.Э. Улумбекова, О.В. Агафонова, Е.А. Гапонова</i>	580
Глава 25. Организация стоматологической помощи в РФ. <i>О.О. Янушевич, Н.И. Крихели, М.Н. Бычкова, А.А. Журина, О.В. Крамар</i>	592
25.1. Организация амбулаторно-поликлинической стоматологической помощи	592
25.2. Национальный медицинский центр по профилю «Стоматология»	595
25.3. Основные направления деятельности стоматологической службы в субъектах РФ	596
25.4. Объемы стоматологической помощи детскому и взрослому населению	597
25.5. Маршрутизация стоматологических больных	600
Глава 26. Состояние медицинской реабилитации взрослых в РФ. <i>Г.Е. Иванова, Л.Е. Беляева, И.В. Петрачков</i>	602
26.1. Ключевые положения	604
26.2. Этапы медицинской реабилитации	607
26.3. Мультидисциплинарная реабилитационная команда	608
26.4. Правила маршрутизации пациентов в процессе медицинской реабилитации.	609
26.5. Проблемы медицинской реабилитации, пути их решения и ожидаемые результаты к 2030 г.	609
Глава 27. Гериатрическая служба в РФ. <i>О.Н. Ткачева, А.В. Розанов, Ю.В. Котовская</i>	613
Глава 28. Служба переливания крови. Направления и перспективы развития трансфузиологии в РФ. <i>А.А. Рагимов, В.В. Голубцов, И.Э. Байрамалибейли</i>	619
28.1. Основные положения	620
28.2. Проблемы и пути решения — стратегические направления развития трансфузиологии (ВОЗ).	623
28.3. Задачи по развитию трансфузиологической науки	624
Глава 29. Медицина катастроф. <i>В.А. Медик</i>	633
Глава 30. Организация пенитенциарной медицины в РФ. <i>А.С. Кононец, А.С. Кузнецова, И.И. Ларионова</i>	640
30.1. Этапы развития пенитенциарного здравоохранения	641
30.2. Состояние здоровья лиц, заключенных под стражу и осужденных	648
30.3. Организация и проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в уголовно-исполнительной системе.	652
Глава 31. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защита прав потребителей в РФ. <i>В.А. Медик</i>	655
31.1. Организационные аспекты	655
31.2. Социально-гигиенические аспекты санитарно-эпидемиологического благополучия населения.	658

Глава 32. Санаторно-курортное лечение в РФ. <i>Г.Н. Пономаренко, А.Н. Разумов.</i>	676
Глава 33. Медицинская экспертиза в РФ.	682
33.1. Медицинская экспертиза и медицинское освидетельствование. <i>В.А. Медик</i>	682
33.2. Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов. <i>Г.Н. Пономаренко, О.Н. Владимирова</i>	690

ЧАСТЬ V. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Глава 34. Лицензирование медицинской деятельности в РФ. <i>И.В. Иванов</i>	699
Глава 35. Финансово-хозяйственная деятельность медицинских организаций в РФ. <i>Н.В. Альвианская</i>	703
35.1. Организационно-правовые формы медицинских организаций	703
35.2. Содержание финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций	707
35.3. Финансовый результат хозяйственной деятельности медицинских организаций	714
35.4. Управление финансово-хозяйственной деятельностью медицинских организаций	719
Глава 36. Кадровое обеспечение медицинских организаций в РФ	726
36.1. Организационные технологии и современная нормативно-правовая база по труду в здравоохранении. <i>В.М. Шипова</i>	726
36.2. Подбор медицинских кадров. <i>Ф.Н. Кадыров, А.М. Чилилов</i>	739
36.3. Оценка мотивационного статуса и спектра лояльности сотрудников, эффективный контракт. <i>Ф.Н. Кадыров, А.М. Чилилов.</i>	750
Глава 37. Материально-техническое обеспечение медицинских организаций. <i>С.Ю. Двойников</i>	762
37.1. Нормативно-правовое регулирование и финансовое обеспечение	762
37.2. Ключевые факторы, влияющие на материально-техническое обеспечение медицинских организаций.	764
37.3. Пути улучшения материально-технического обеспечения медицинских организаций	765
Глава 38. Организационно-методическая деятельность в медицинских организациях. <i>В.А. Медик.</i>	767
Глава 39. Бережливое производство в здравоохранении. <i>Т.Н. Брескина, А.В. Штанько, К.С. Дзюба</i>	776
39.1. Концепция бережливого производства	777
39.2. Потери в бережливом производстве	779
39.3. Методы и инструменты бережливого производства.	780
39.4. Управленческие подходы бережливого производства	783
39.5. Внедрение бережливого производства	784
Глава 40. Формулярная система в медицинских организациях. <i>Д.А. Сычев, И.Н. Сычев.</i>	789
40.1. Формулярная система в мире	789
40.2. Формулярная система в РФ.	790
40.3. Сравнение систем в мире и в РФ.	791
Глава 41. Организация экстренной и неотложной медицинской помощи. <i>И.И. Хайруллин, Н.Ю. Габуня.</i>	795
41.1. Нормативно-правовая база и особенности в РФ.	796
41.2. Международный опыт организации экстренной и неотложной медицинской помощи	797
41.3. Качество и безопасность оказания экстренной медицинской помощи	800
41.4. Действия при чрезвычайных ситуациях	804
Глава 42. Обеспечение безопасности медицинских организаций. <i>С.Ю. Двойников</i>	809
Глава 43. Юридические вопросы безопасности деятельности в здравоохранении. <i>А.А. Понкина, И.В. Понкин</i>	816
43.1. Специфика правового и технического регулирования в сфере здравоохранения	816
43.2. Понятие безопасности в сфере здравоохранения	818
43.3. Риски и угрозы в деятельности врача и медицинских организаций	820

43.4. Риски и угрозы в сфере государственного управления здравоохранением	821
43.5. Правовые механизмы обеспечения и контроль безопасности медицинской деятельности	823
43.6. Уголовно-правовое и административно-правовое регулирование безопасности медицинской деятельности	824
Глава 44. Контрольно-надзорные мероприятия в амбулаторно-поликлиническом звене. <i>Н.Ф. Прохоренко, Л.Н. Касимова.</i>	828
Глава 45. Информатизация здравоохранения РФ. <i>Т.В. Зарубина</i>	838
45.1. Основные нормативно-правовые документы	839
45.2. Информационные ресурсы здравоохранения	840
45.3. Классификация медицинских информационных систем	842
45.4. Системы базового уровня здравоохранения	843
45.5. Государственные информационные системы в сфере здравоохранения	850
45.6. Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения	851
Глава 46. Информатизация медицинских организаций	854
46.1. Уровни информатизации медицинских организаций. <i>Т.В. Зарубина.</i>	855
46.2. Требования к медицинским информационным системам. <i>Т.В. Зарубина</i>	857
46.3. Технологии построения и типы медицинских информационных систем. <i>Т.В. Зарубина.</i>	857
46.4. Защита информации в медицинских информационных системах. <i>Т.В. Зарубина</i>	860
46.5. Общие принципы организации медицинских информационных систем. <i>Т.В. Зарубина</i>	861
46.6. Информационная поддержка задач управления в медицинских организациях. <i>Т.В. Зарубина</i>	864
46.7. Международный опыт использования медицинских информационных систем. <i>Т.В. Зарубина</i>	864
46.8. Перспективы развития медицинских информационных систем. <i>Т.В. Зарубина</i>	865
46.9. Практический опыт внедрения медицинских информационных систем. <i>О.Э. Карпов</i>	866
Глава 47. Международная система аккредитации медицинских организаций. <i>И.И. Хайруллин, Н.Ю. Габуня</i>	872
47.1. Актуальность и общие принципы аккредитации медицинских организаций	872
47.2. Органы аккредитации	873
47.3. Стандарты JCI	878
47.4. Стандарты HAS (Франция)	881
Глава 48. Особенности создания бренда медицинской организации. <i>Е.К. Валькович</i>	889
Глава 49. Стратегия развития медицинских организаций. <i>А.Н. Сазанович</i>	908
49.1. Смысл стратегического управления и структура стратегии	908
49.2. Разработка стратегии развития. Формат видения	911
49.3. Разработка стратегии конкуренции	924
ЧАСТЬ VI. ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В УПРАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ (Боаз Ронен, Джозеф С. Плискин, Симон Пасс)	
Предисловие Дональда М. Бервика	933
Введение	935
Об авторах	937
Список сокращений	938
Раздел А. Управление в динамичной среде здравоохранения	
Глава 50. Современное здравоохранение и бизнес-среда	941
Глава 51. Принципы управления в динамичной бизнес-среде	945
Глава 52. Правило Парето, таблица и матрица фокусировки	954

Раздел В. Новые подходы к управлению

Глава 53. Управление ограничениями. Ключевые этапы реализации теории ограничений.	965
Глава 54. Управление ограничениями при наличии узких мест	980
Глава 55. Управление в условиях рыночных ограничений	993
Глава 56. Дерево фокусированной текущей реальности	1003
Глава 57. Разрешение управленческих конфликтов	1009
Глава 58. Синдром эффективности	1017
Глава 59. Ущерб от длительного времени реагирования	1020
Глава 60. Сокращение времени реагирования	1027
Глава 61. Концепция полного комплекта	1042
Глава 62. Показатели оценки деятельности организации и управленческий контроль.	1049
Глава 63. Влияние колебаний, изменчивости и неопределенности на систему	1056
Глава 64. Ущерб от системы традиционного учета затрат	1066
Глава 65. Маркетинг, учет затрат и ценообразование при принятии решений	1070
Глава 66. Управление качеством и контроль процессов.	1080

Раздел С. Стратегия увеличения ценности организации

Глава 67. Создание ценности для медицинских организаций	1091
--	------

Раздел D. Заключение

Глава 68. Ситуационный пример. Отделение неотложной помощи в больнице Guard Mountain Hospital	1107
Глава 69. Управленческое кредо	1114
Список литературы	1120
Предметный указатель к частям I–V.	1122
Предметный указатель к части VI	1131

ОЦЕНКА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО РАЗВИТИЮ ДО 2025 г.

Г.Э. Улумбекова

1.1. ХРОНИКА ПОДГОТОВКИ ПРЕДЛОЖЕНИЙ ПО РЕФОРМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Предложения по развитию (реформа) здравоохранения РФ до 2025 и далее до 2030 г. (далее — Предложения) подготовлены на основании экспертного обсуждения и согласия. Первая версия этого документа была подготовлена Высшей школой организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) 26 мая 2020 г., ее одобрили более 9 тыс. участников. Далее Предложения были разосланы руководителям региональных органов управления здравоохранением, членам медицинского отделения Российской академии наук (РАН), ректорам медицинских вузов, членам Совета Национальной медицинской палаты, руководителям профессиональных медицинских и пациентских ассоциаций, главным врачам медицинских организаций и профессиональным медицинским ассоциациям. Всего было отправлено более 12 тыс. писем, получено 34,5 тыс. ответов с учетом коллективных. Все замечания и дополнения от участников обсуждения были внесены.

Для ознакомления с Предложениями автором настоящей главы было проведено более 25 личных встреч: с депутатами Государственной Думы РФ и лидерами думских партий, с заместителем Председателя Совета Федерации РФ Г.Н. Кареловой, с Председателем Счетной палаты РФ А.Л. Кудриным, с руководителем Комиссии по охране здоровья граждан и развитию здравоохранения Общественной палаты РФ Л.А. Бокерией, с первым заместителем Министра здравоохранения И.Н. Каграманяном (материалы переданы Министру М.А. Мурашко), с 12 ведущими академиками медицинского отделения РАН (в Москве и Санкт-Петербурге). Было организовано и проведено совместное заседание Общественной палаты и Комитета Госдумы по охране здоровья с участием Минздрава России, Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС), Счетной палаты и пациентских ассоциаций.

Окончательный вариант предложений был доложен на IX онлайн-конгрессе «Оргздрав-2021» (25–27 мая 2021 г.), в котором приняли участие 12 тыс. человек. Абсолютное большинство участников дискуссии поддерживают Предложения и считают, что начать их реализацию необходимо в ближайшее время.

Предложения основаны на анализе насущных проблем российского здравоохранения и отвечают чаяниям российского народа и планам по достижению национальных целей к 2030 г., главная из которых — сбережение российского народа.

1.2. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Состояние здоровья населения¹

- В РФ в 2019 г. **ключевая характеристика здоровья** населения — ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ; рассчитывается по смертности в различных возрастных группах) —

¹ Здесь и далее основано на информации из официальных источников: Росстата, Счетной палаты РФ, Минздрава России, Казначейства РФ, базы данных ОЭСР.

была на **4,6 года ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС, близких к нашей стране по уровню экономического развития (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония), соответственно 73,3 и 78,0 лет. В 2020 г. в нашей стране в результате катастрофического роста смертности от всех причин **на 19%** (+340 тыс. человек), по сравнению с 2019 г., и, как следствие, снижения ОПЖ **до 71,5 лет** разница по этому показателю **возросла**: с «новыми-8» странами ЕС **до 5 лет**, а со «старыми» странами ЕС — **до 10 лет**.

- В РФ в 2019 г. смертность детей (от 0 до 14 лет) была **в 1,5 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС. Смертность населения от болезней кровообращения (стандартизованный коэффициент смертности — СКС) — **в 1,4 раза выше**, СКС от внешних причин — **в 2 раза выше**, а смертность от инфекционных болезней — **в 3,7 раза выше**, чем в названных странах. Высокий уровень смертности отмечается среди населения в трудоспособном возрасте: среди мужчин — **в 3 раза выше**, чем в ЕС, а среди женщин — **в 2 раза**.
- В РФ с 2015 по 2020 г. наблюдается **угрожающее — на 26%** (с 1,9 млн до 1,4 млн родившихся в год) — **снижение рождаемости**. И число новорожденных будет продолжать уменьшаться, во-первых, из-за продолжающегося сокращения числа женщин активного детородного возраста (20–34 года) и, во-вторых, из-за падения с 2013 по 2020 г. более, чем на 10%, и так небольших доходов населения. Большинство наших молодых семей не могут позволить себе расходы на рождение вторых и последующих детей. В сочетании с высокой смертностью это привело к тому, что в 2020 г. число умерших в стране превысило число родившихся **почти на 700 тыс. человек**.
- В РФ с 2012 по 2019 г. общая заболеваемость населения выросла на **3%**, что составляет дополнительно **1,5 млн случаев ежегодно**. Это ведет к увеличению потока заболевших, которым необходимо оказывать помощь. Особо следует отметить, что с 2005 по 2018 г. наблюдается отрицательная динамика в состоянии здоровья детей и подростков в период обучения в школе: распространенность функциональных отклонений выросла **на 15%**, а хронических болезней — **на 53%**, при этом имеет место существенный дефицит школьных штатных медицинских работников, и он нарастает¹.

Одновременно нарастает недовольство населения доступностью и качеством медицинской помощи. По данным Минэкономразвития, доля граждан, довольных медицинским обслуживанием в РФ, постоянно снижается и составляет не более 38%², в то время как в развитых странах этот показатель выше 60%. В 2020 г. недовольство обострилось — по оценкам Всероссийского центра изучения общественного мнения³, **40%** населения считало, что приоритетом в деятельности Правительства должно стать обеспечение доступности и качества медицинской помощи. При этом граждан беспокоили **3 главные проблемы**: дефицит бесплатных лекарств, нехватка медицинских кадров, низкая доступность медицинской помощи в малых городах и на селе.

Оценка факторов, определяющих здоровье населения

Для РФ в целом обосновано, что ОПЖ определяется темпом роста валового внутреннего продукта (ВВП, который определяет благосостояние граждан) — **на 37%**, образом жизни населения (потребление алкоголя) — **на 33%**, уровнем государственного финансирования здравоохранения — **на 30%**. Следует отметить, что для многих регионов РФ отрицательное воздействие на здоровье населения оказывают неблагоприятные факторы окружающей среды, в том числе загрязненный воздух. При этом в РФ не разработана и не реализуется **комплексная межведомственная программа по охране здоровья граждан**, которая бы согласовывала активность разных министерств и ведомств (Минздрава, Минобрнауки, Минпросвещения, Минспорта, Минтруда, Минсельхоза, Минприроды, Минкультуры и Минфина).

¹ Лонгитудинальное исследование по данным В.Р. Кучмы.

² ТАСС: [электронный ресурс]: Минэкономразвития: удовлетворенность россиян качеством медпомощи в 2018 году снизилась. URL: <https://tass.ru/obschestvo/6951873> (дата обращения: 13.09.2021).

³ ВЦИОМ: [электронный ресурс]: Итоги 2020-го: события, люди, оценки, ожидания от 2021-го. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/itogi-2020-go-sobytiya-ljudi-ocenki-ozhidaniya-ot-2021-go> (дата обращения: 13.09.2021).

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

- Низкие доходы граждан — средняя заработная плата в РФ **в 1,4 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (по доллару паритета покупательной способности — \$ППС¹). В РФ в 2019 г. **более половины** граждан живет на доходы менее чем **27 тыс. рублей** в месяц, за последние 6 лет реальные доходы граждан **снизились на 6%**. Более того, с 2013 по 2020 г. реальные доходы граждан **сократились на 10%**.
- Высокое потребление алкоголя — **на 33% выше**, чем в Канаде, и **на 25% выше**, чем в США.
- Высокая распространенность курения — **в 2,5 раза выше**, чем в Канаде и США.
- **Существенное хроническое недофинансирование** здравоохранения из государственных источников — **в 1,8 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (по \$ППС на душу населения). В РФ в доле ВВП эти расходы в 2019 г. составили **3,5% ВВП**, а в «новых-8» странах ЕС — **5% ВВП**. Именно величина государственных расходов на здравоохранение определяет доступность бесплатной помощи: ее объем, оплату труда медицинских работников и обеспеченность медицинскими кадрами, доступность современных лекарств, медицинского оборудования, состояние зданий и сооружений.

Состояние системы здравоохранения

- В РФ с 2012 по 2018 г. (период проведения «оптимизации») и без того **недостаточные** государственные расходы на здравоохранение сократились еще **на 4%** в постоянных ценах. Большая часть действующих сегодня тарифов по оплате медицинской помощи **не покрывают и 2/3** от реальных затрат на нее.
- В РФ с 2012 по 2018 г. вследствие сокращения финансирования и ошибочно проведенной «оптимизации» произошло **критическое сокращение мощностей** системы здравоохранения. В этот период обеспеченность практикующими врачами в государственных и муниципальных медицинских организациях **снизилась на 8%** (на 46 тыс. человек). В результате в РФ обеспеченность врачами оказалась **на 14% ниже**, чем, например, в Германии. При этом в нашей стране имеется значительно **большая потребность** в медицинской помощи, чем в названных странах, из-за худшего состояния здоровья населения, большой территории и низкой плотности населения. Обеспеченность стационарными койками с 2012 по 2018 г. сократилась **на 13%** (на 160 тыс.), в результате в РФ она стала **на 16% ниже**, чем в Германии.
- Особенно тяжелая ситуация сложилась в сельской местности, в малых и средних городах, а также в первичном звене здравоохранения, где врачей **в 1,5 раза меньше** необходимого (на 36 тыс.), средних медицинских работников — **в 1,8 раза меньше** (на 66 тыс. человек), в том числе фельдшеров — **в 1,9 раза меньше** (на 20 тыс. человек).
- В результате в РФ с 2012 по 2019 г. произошло сокращение фактических объемов бесплатной медицинской помощи: число посещений на одного человека в год сократилось **на 12%**, госпитализаций — **на 7%**, число вызовов скорой медицинской помощи — **на 3%**. Более того, в РФ доступность лекарств в амбулаторных условиях (одного из главных индикаторов доступности медицинской помощи) **в 2,8 раза меньше** на душу населения, чем в «новых-8» странах ЕС. Причем эти лекарства у нас получают только отдельные категории граждан, а за рубежом — **все, кому врач выписал рецепт**.
- Увеличение потока больных и сокращение числа медицинских работников привели к существенному **увеличению нагрузки** на медицинских работников. Именно поэтому повышение с 2013 по 2018 г. среднемесячной начисленной заработной платы в постоянных ценах (2013 г. = 100%) у врачей **на 25%**, а у среднего медицинского персонала — **на 8%**, оказалось **крайне недостаточным**. Коэффициент совместительства (отношение занятых должностей к числу физических лиц), по данным Счетной палаты РФ, у врачей составляет **1,4**, а у средних медицинских работников — **1,3**. Но если учесть реальную нагрузку на врачей (ведь помощь необходимо оказать всем пациентам), то **намного выше**. Также

¹ В 2019 г. 1 \$ППС = 25,5 рублей.

необходимо понимать, что любые переработки медицинских работников опасны снижением качества медицинской помощи, именно поэтому во многих странах они **запрещены законом**.

- В 2020 г. во время эпидемии новой коронавирусной инфекции поток больных людей значительно увеличился по сравнению с 2019 г. — **на 20%** в стационары и минимум **на 30%** в поликлиники. Все это еще более обострило ситуацию с нагрузкой на медицинских работников.
- В подавляющем большинстве регионов РФ в 2019 г. **должностные оклады** (без компенсационных и стимулирующих выплат) у врачей составляли **от 12 тыс. до 35 тыс. рублей**, а у медицинских сестер — **от 10 тыс. до 20 тыс. рублей**. Это включая 13% НДФЛ и при условии, что оклад составляет не менее 50% от начисленной заработной платы (в реальности он может быть еще ниже)¹. Это главная **причина дефицита** кадров в отрасли.
- Особо следует отметить **неудовлетворительное состояние психиатрической службы**. В РФ имеет место высокая распространенность психических заболеваний и расстройств поведения: в 2018 г. было зарегистрировано **609 тыс.** новых случаев, **6 млн** случаев составляет общая заболеваемость, **1,5 млн человек** состоят на учете, у **10%** населения выявляется депрессия, у **20%** — нарушения пищевого поведения, растет инвалидность среди взрослых и детей. На этом фоне продолжают сокращаться мощности психиатрической службы. С 1995 по 2014 г. **на 22% сократилось** число стационарных коек, объемы амбулаторной помощи **не возросли**, имеется всего **8** общежитий-отделений для таких больных, число врачей-психиатров на сегодня составляет **12 тыс.** (на 30% ниже норматива), число детских психиатров — **1,4 тыс.** (на 40% ниже норматива), число врачей-психотерапевтов — **1,4 тыс.** (на 65% ниже норматива)².
- Обветшали и находятся **в непригодном состоянии**, по данным Счетной палаты РФ, **14% зданий**, в которых оказывается медицинская помощь, **в 30%** зданий нет водопровода, в **51%** — горячего водоснабжения, в **41%** — отопления, в **35%** — канализации. Даже с учетом того, что в расчет могли быть взяты складские помещения (как утверждает Минздрав России), которые составляют не более 10% от общего числа зданий, эти цифры **катастрофические**. Около **90%** детских поликлиник расположено в непригодных помещениях, где нельзя разместить современное энергоемкое оборудование.
- В отрасли сложилась **неэффективная, недейственная** в критической ситуации система компенсации затрат медицинских организаций. В системе обязательного медицинского страхования (ОМС) она устроена **по рыночному принципу** — «деньги следуют за пациентом», причем за разный диагноз предусмотрена разная цена (тариф). Самый «выгодный» пациент тот, за которого платят больше, а расходов по оказанию помощи для него — меньше. И чем больше таких пациентов, тем лучше. А если пациентов мало (как, например, в инфекционной службе при отсутствии эпидемии или в сельской местности), да еще если и денег за пациентом «следует» недостаточно, то в учреждении формируется **дефицит средств**. Тогда оно вынуждено экономить — **сокращать медицинский персонал, стационарные койки или вообще закрываться**. Именно по этой причине было закрыто большинство маломощных медицинских организаций в сельской местности и малых городах, сокращены инфекционные и другие «экономически невыгодные» больницы. Тем самым население лишилось необходимой помощи, а здравоохранение — критически важных сегодня резервных мощностей. Этот рыночный способ оплаты неприемлем для системы здравоохранения, которая должна развиваться планомерно, сохраняя свои главные принципы — территориальную доступность, преемственность и координацию помощи пациентам.

¹ 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/. Официальная статистика по размерам должностных окладов не ведется.

² По данным чл.-кор. РАН Б.Д. Цыганкова и ФГБУ ЦНИИОИЗ.

- **Имеет место недостаточная координация действий между системой здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службой.** В советское время эта служба напрямую подчинялась министру здравоохранения, сегодня она входит в отдельную структуру — Роспотребнадзор, который имеет множество других функций по защите прав потребителей, напрямую не связанных с защитой населения от инфекций и эпидемий. Сегодня и Министерство здравоохранения, и Роспотребнадзор формируют свои приказы и статистику, в результате возникают дублирование функций и ненужная конкуренция.
- **У главных внештатных специалистов Минздрава России отсутствуют полномочия и ответственность по организации медицинской помощи в регионах.** В советское время ключевые главные специалисты, обладающие большим практическим и управленческим опытом, были в штате Минздрава. У них был свой аппарат, который позволял им полноценно выполнять функции по организации медицинской помощи по своему профилю. Сегодня главные специалисты Минздрава — внештатные сотрудники и, как правило, являются руководителями крупных федеральных медицинских организаций, возглавляют кафедру, а зачастую еще и общество по своей специальности. Естественно, в таких условиях они не могут напрямую отвечать за организацию медицинской помощи в регионах и формировать стратегию развития, которая была бы направлена на снижение смертности и заболеваемости по их профилю в стране.
- **В нормативной базе здравоохранения накопились критические противоречия и недостатки.** Например, действующие нормы о порядке оказания медицинской помощи систематически не согласуются с нормативами, рассчитанными на основании других документов, нормативные сроки ожидания медицинской помощи не согласованы с нормативами трудозатрат врачей и с фактической обеспеченностью медицинскими кадрами. Установленные показатели занятости койки в году (более 340 дней) и высокие нормативы обеспеченности средним медицинским персоналом (более 10 коек на 1 должность) опасны ростом внутрибольничной инфекции.
- Действующая нормативная база по вопросам управления качеством медицинской помощи (КМП) — **неполная, противоречивая, избыточная.** Например, принято более **14** несогласованных нормативных актов, установлено **2,4 тыс.** показателей по контролю КМП согласно приказу Минздрава России № 203-н, в то время как в развитых странах для этих целей используется **не более 30**. Система управления КМП сконцентрирована преимущественно на контроле и **не соответствует** международным нормам. Как следствие, на ее базе нельзя создать единую систему обеспечения КМП в РФ. При этом контрольные требования **множатся**: например, добавлены новые проверки по исполнению целей национального проекта «Здравоохранение» и на соответствие критериям «бережливого производства».
- В здравоохранении происходит нарастание и без того **избыточных требований**, зачастую неконкретных и невыполнимых в ситуации дефицита ресурсов. Например, приняты **невыполнимые планы** по диспансеризации и профилактическим осмотрам, что вынуждает медицинских работников проводить их формально; введено новое требование по осмотру пациентов, нуждающихся в длительном уходе на дому, на что у медицинских работников просто нет времени. Отрасль развивается не планомерно, в ситуации общего дефицита финансирования приоритетное развитие определенных направлений ущемляет права одних пациентов за счет других. Например, с 2011 г. дефицитные ресурсы здравоохранения направлялись на строительство центров высоких технологий, в том числе перинатальных центров, тем самым снизились расходы на оказание первичной медико-санитарной помощи.
- **Многочисленная финансовая отчетность в системе ОМС** не представляет дополнительной ценности для лечения пациентов и отвлекает врачей от выполнения их основных обязанностей. Например, только по оплате медицинской помощи при онкологических заболеваниях используется **7 видов** отдельных отчетных форм [оплата за посещение, оплата за диагностическое исследование — 2 вида, оплата за курс химиотерапии, оплата за госпитализацию, оплата по двум спискам высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) и т.д.].

- Отдельно следует отметить крайне **неудовлетворительное состояние производственно-цеховой медицины**, которая разрушена практически на всех предприятиях страны (за исключением ОАО «РЖД», где эта служба сохранилась в полном объеме). Оценка состояния здоровья работающего населения в стране **на системной основе не ведется** ни работодателями, ни государственными органами. Так, данные по производственному травматизму, профессиональной заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности и оценке условий труда, которые предоставляют Роструд, Фонд социального страхования (ФСС), Роспотребнадзор и Росстат, **явно занижены, не сопоставимы** между собой и с зарубежными показателями. **Нет** государственной программы, направленной на улучшение здоровья трудоспособного населения. И это при том, что смертность трудоспособного населения в нашей стране **в 2,5 раза выше**, чем в странах ЕС.

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

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

- в повсеместном снижении доступности медицинской помощи (дефицит медицинских работников, лекарств, устаревшее оборудование), которое произошло **в результате губительных рыночных реформ и хронического недостаточного государственного финансирования** здравоохранения;
- в **убогих должностных окладах** медицинских работников, на которые невозможно прожить, что, в свою очередь, привело к массовому исходу кадров из отрасли и к огромным перегрузкам тех, кто остался. Многие буквально «сгорают» на работе;
- в **нарастающей травле медицинских работников**, провоцируемой жалобами и потребительским экстремизмом, бесконечными проверками контролирующих органов, уголовными преследованиями. Во многом медицинские работники стали «громоотводом» для отчаявшихся пациентов;
- в **подмене понятий** — вместо оказания медицинской помощи, направленной на спасение здоровья и жизни людей, медицинские работники стали оказывать пациентоориентированные услуги. Это не соответствует истинному смыслу профессии врача и медицинской сестры;
- в том, что рыночные принципы оплаты медицинской помощи — «деньги следуют за пациентом туда, где ему оказали услугу по выбору» — **разрушают плановый характер организации медицинской помощи**, ее территориальную доступность и преемственность в оказании;
- в **нарастании избыточных требований**, зачастую противоречивых и невыполнимых в ситуации дефицита кадров и ресурсов, что приводит к бессмысленному бумаготворчеству, отнимает время от лечения пациентов и провоцирует хаос в отрасли;
- в том, что в здравоохранение приходят **слабо подготовленные медицинские и руководящие кадры**. Это результат недофинансирования высших и средних медицинских образовательных организаций, отмены интернатуры, развала института наставничества;
- в **отсутствии базовых условий для непрерывного медицинского образования** — времени и финансовых средств у медицинских работников;
- в том, что главные врачи, ответственные за организацию медицинской помощи, не могут ее обеспечить на должном уровне из-за дефицита средств, кадров, бесконечных проверок, недовольства пациентов и медицинских работников, **отсутствия единой планомерной стратегии развития отрасли и централизованного управления**;
- в том, что частная медицина не может подставить свое плечо в оказании помощи, так как подавляющее большинство граждан **не могут оплатить ее из своего кармана**. А гарантированная государством помощь не может быть направлена в частный сектор из-за нехватки средств и отсутствия долгосрочных правил взаимодействия.

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

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. рублей в месяц без надбавок) — все это крайне **отрицательно сказывается** на подготовке медицинских кадров в стране.
- Расходы государства и бизнеса на научные исследования в области здоровья человека (большая доля из них касается разработки лекарственных средств — ЛС) в РФ в **8–10 раз меньше**, чем в развитых странах, соответственно **0,04% ВВП** и **0,3–0,4% ВВП**. Это приводит к существенному **отставанию РФ** от развитых стран в регистрации новых разработок, в том числе ЛС. Также в нашей стране четко **не определены** приоритетные направления в разработке инновационных лекарств и **не создана** единая государственная система управления этим процессом.

1.3. ОЦЕНКА МЕР, КОТОРЫЕ ПРЕДЛАГАЮТСЯ ДЛЯ ИСПРАВЛЕНИЯ СИТУАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Уже реализуемые и планируемые меры по развитию российского здравоохранения **не позволяют исправить ситуацию в отрасли и достичь национальных целей**, поставленных Президентом РФ, по увеличению продолжительности жизни граждан до 78 лет к 2030 г., а также удовлетворить острейшие запросы населения.

- Национальный проект «Здравоохранение» направлен преимущественно на строительство и обновление инфраструктуры медицинских организаций. Увеличение тарифов предусмотрено **только по одному виду медицинской помощи** — борьбе с онкологическими заболеваниями. Мер, направленных на решение кадровой проблемы, в нацпроекте явно недостаточно, об этом свидетельствует продолжающийся отток кадров из отрасли, регистрируемый Счетной палатой РФ, — за 2018 г. врачей стало еще **на 5,8 тыс. меньше**, а медицинских сестер — **на 32,7 тыс. меньше**.
- «Программа модернизации первичного звена здравоохранения» также направлена преимущественно на восстановление инфраструктуры медицинских организаций (стартовала только в 2021 г.). Она не решит проблем доступности медицинской помощи в амбулаторном звене без решения кадровой проблемы.
- Целевая подготовка медицинских работников и обязательное распределение, на которые все уповают, по сути — **тиражирование бесправия** в нашей профессии, причем к другим профессиям такие требования не предъявляются. Фактически речь идет о том, что молодых врачей заставляют за невысокие заработные платы отрабатывать обучение в вузе. В самой ближайшей перспективе это только **усугубит падение престижа профессии медицинского работника и дефицит кадров**.
- Изменение структуры выплаты заработной платы в пользу увеличения должностного оклада без увеличения общего фонда оплаты труда **ничего не даст**, более того, **пострадают те**, кто сегодня имеет высокие компенсационные выплаты и работает с коэффициентом совместительства, так как имеющиеся средства будут перераспределены на увеличение должностных окладов всем работникам.
- «**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 на постоянной основе.