

УДК 31:614(470)

<https://doi.org/10.32686/1812-5220-2023-20-5-44-59>

ISSN 1812-5220

© Проблемы анализа риска, 2023

# Острый кризис российского здравоохранения

**Соколов Ю. И.,**

Российское научное общество  
анализа риска,  
129110, Россия, г. Москва,  
Б. Переяславская, 46, стр. 2

## Аннотация

В статье рассматриваются вопросы, связанные с основными проблемами современной системы здравоохранения в России, состоянием здоровья населения и медицинского персонала, а также влиянием коронавируса на здравоохранение страны.

**Ключевые слова:** здоровье; система здравоохранения; медицинская помощь; ожидаемая продолжительность жизни; самые распространенные болезни; смертность; рынок медицинских услуг; медицинское страхование; медицинские учреждения; медицинский персонал; реформа здравоохранения; лекарственное обеспечение; сельское здравоохранение; эпидемия коронавируса.

**Для цитирования:** Соколов Ю.И. Острый кризис российского здравоохранения // Проблемы анализа риска. 2023. Т. 20. № 5. С. 44–59. <https://doi.org/10.32686/1812-5220-2023-20-5-44-59>.

**Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.**

# The Acute Crisis of Russian Healthcare

Yury I. Sokolov,

Yury I. Sokolov,

Russian Scientific Society for  
Risk Analysis,  
B. Pereyaslovskaya, 46, bld. 2,  
Moscow, 129110, Russia

## Abstract

The article discusses issues related to the main problems of the modern healthcare system in Russia, the state of health of the population and medical personnel, as well as the impact of the coronavirus on the country's healthcare.

**Keywords:** health; healthcare system; medical care; life expectancy; the most common diseases; mortality; medical services market; medical insurance; medical institutions; medical personnel; healthcare reform; drug provision; rural healthcare; coronavirus epidemic.

**For citation:** Sokolov Yu.I. The acute crisis of Russian healthcare // Issues of Risk Analysis. 2023;20(5):44-59. (In Russ.). <https://doi.org/10.32686/1812-5220-2023-20-5-44-59>

**The author declare no conflict of interest.**

## Содержание

Введение

1. Состояние здоровья населения
2. Основные проблемы здравоохранения России
3. Реформа здравоохранения
4. Частная медицина
5. Состояние лекарственного обеспечения
6. Состояние сельского здравоохранения
7. Влияние коронавируса на здравоохранение РФ

Заключение

Литература

## Введение

Здравоохранение — важнейшая социальная сфера общества, испытывающая в последние десятилетия затаянный кризис. Самые острые проблемы здравоохранения связаны с несколькими факторами:

- нехватка и низкий уровень специалистов, работающих в клиниках;
- недоступность (дороговизна) лекарственных средств и медицинских услуг;
- недостаточная оснащенность клиник и больниц современным оборудованием;
- низкий уровень обслуживания;
- отсутствие собственных производителей лекарств.

Конституция Российской Федерации в ст. 41 гарантирует оказание в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения бесплатной медицинской помощи, в том числе за счет средств страховых взносов. Однако эффективность системы обязательного медицинского страхования ставится под сомнение не только плательщиками взносов и пациентами, но и врачами, а также экспертами, включая аудиторов Счетной палаты.

Введение рыночных принципов в здравоохранении сделало выгодным наличие больных, а не здоровых людей.

## 1. Состояние здоровья населения

*Здоровье — состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма*<sup>1</sup>.

Одним из главных элементов социального и экономического развития общества является качественное медицинское обслуживание населения.

Ключевая характеристика здоровья населения — ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ), которая рассчитывается по смертности в различных возрастных группах. В России ОПЖ на 4,8 года ниже, чем в «новых-8» странах ЕС, близких к нашей стране по уровню экономического развития (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония), — соответственно, 72,9 и 77,7 года. Да, по планам властей, к 2030 г. продолжительность жизни в России должна составить 78 лет. В целом это достижимая цель, но даже

если у России это получится, то в развитых странах этот показатель был достигнут еще в начале 2000-х гг. То есть мы будем отставать от них по крайней мере на 30 лет (сейчас на 36 лет).

ОПЖ для России определяется темпом роста валового внутреннего продукта (ВВП) на 37%, образом жизни населения — на 33%, уровнем государственного финансирования здравоохранения — на 30%. Отсюда следует, что отставание России по показателям здоровья от развитых стран связано со следующими причинами:

- низкими доходами граждан. Средняя заработная плата в экономике РФ в 1,5 раза ниже, чем в «новых-8» странах ЕС. Более того, в России более половины граждан проживает на доходы менее 25 тыс. руб. в месяц и за последние шесть лет реальные доходы граждан снизились на 6%;
- высоким потреблением алкоголя — на 9% выше, чем в «новых-8» странах ЕС, и на 35% выше, чем в Канаде и США;
- высокой распространенностью курения — в 1,4 раза выше, чем в «новых-8» странах ЕС, и 2,5 раза выше, чем в Канаде и США;
- существенным хроническим недофинансированием здравоохранения из государственных источников — в 1,9 раза ниже, чем в «новых-8» странах. В России в доле ВВП эти расходы в 2018 г. составили 3,3% ВВП, а в «новых-8» странах ЕС — 5% ВВП [1].

Из данных Росстата и Минздрава следует, что заболеваемость в России с каждым годом все выше: в 1990 г. болело 96 млн чел., а в 2019 г. — 115 млн. За тот же период примерно в два раза выросло число больных на одну койку и примерно на треть — нагрузка на медперсонал. Одновременно в последние годы наблюдался рост летальности (умерших среди выписанных из больницы).

Главная причина смерти россиян — различные болезни. От старости умирает лишь 5% населения, от внешних причин — 7,9%.

*Самые распространенные болезни в России*

*Ишемическая болезнь сердца.* В России каждый год из-за этого заболевания умирает свыше 600 тыс. чел. Болезнь приводит к инвалидности или летальному исходу. Для профилактики нужно вести здоровый образ жизни, следить за своим весом, заниматься спортом и правильно питаться.

*Инфекции нижних дыхательных путей.* Это пневмония, абсцесс, хронический бронхит и прочие. Такие болезни часто поражают детей, людей со слабым

<sup>1</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 30.04.2021) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

иммунитетом, курильщиков, наркоманов, тех, кто часто попадает в стрессовые ситуации и, естественно, кто имеет патологии дыхательных путей.

**СПИД** можно отнести к самым распространенным инфекционным заболеваниям в мире и его считают самым медленным. С момента заражения и до наступления смерти может пройти не менее 15 лет.

**Рак.** Его не зря называют «чумой XXI века», а все потому, что от его различных видов каждый год умирает множество людей.

**Туберкулез.** Около 3% случаев смертельного исхода случается из-за туберкулеза. Главной опасностью можно назвать то, что болезнь передается воздушно-капельным путем.

**Полиомиелит.** Наиболее распространенное незаразное заболевание среди детского населения. Развивается очень быстро, в первые 14 дней симптомов никаких нет. В результате или летальный исход, или паралич на всю жизнь.

А еще в этот список, согласно статистике, можно внести диабет, аллергию, артрит и головные боли, которые бывают симптомом множества разных болезней шеи и головы<sup>2</sup>.

По данным Росстата, первое место среди причин смертности населения в России занимают сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) — 47% от всех факторов, которые являются причиной смерти около 1 млн чел. в год. В пересчете на 100 тыс. населения это в два раза выше, чем в европейских странах, и в 1,5 раза больше, чем в среднем по планете. На фоне коронавируса наблюдается динамика увеличения смертности от ССЗ, когда все силы брошены на борьбу с новым вирусом, а больные с ССЗ остаются без должных мер поддержки.

По данным Национального медицинского исследовательского центра (НМИЦ) им. В. А. Алмазова, в 2020 г. от болезней системы кровообращения умерло 944,843 тыс. чел., что соответствует 643,9 случая на 100 тыс. населения. Целевой показатель Минздрава России в декабре 2020 г. предложено скорректировать до более реальной цифры — 610 случаев на 100 тыс. населения.

Второй причиной смертности являются онкологические заболевания, включающие в себя как доброкачественные, так и злокачественные новообразования.

Злокачественные новообразования (ЗНО), которые называют раком, наиболее опасные. В России в среднем в год от онкологии умирает около 300 тыс. чел. (2020 г. — 289,9 тыс. чел., 2019 г. — 294,4 тыс. чел., 2018 г. — 293,7 тыс. чел.). Доля смертности от ЗНО от всех умерших в России в 2020 г. составила 20,6% [5].

На конец 2019 г. в России число пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении в связи со злокачественными онкозаболеваниями, составило почти 4 млн чел., из них около 30 тыс. дети в возрасте от 0 до 17 лет. То есть это 2,7% от всего населения России на 1 января 2020 г.

Ежегодно в России регистрируется около 600 тыс. случаев новых злокачественных образований. Так, в 2019 г. зарегистрирован 640 391 случай ЗНО, из них 291 497 случаев у мужчин и 348 894 случая у женщин. Из всех новых случаев 3759 случаев были у детей (0,6% от всех новых случаев)<sup>3</sup>.

Всего в 2019 г. в России более 1,74 млн граждан имели диагноз «новообразования» (в 2018 г. — более 1,70 млн). В 2001 г. граждан с новообразованиями в РФ проживало около 1,24 млн.

В 2018 г. 624 709 россиян имели онкологическое заболевание (или 425,3 на 100 тыс. населения). Это означает, что злокачественное новообразование имел примерно 1 из 235 человек. В 2001 г. онкологическое заболевание имели 451 299 жителей России (313,9 на 100 тыс. населения, или примерно 1 из 318 человек).

Таким образом, за первые два десятилетия XXI века произошел рост как новообразований в целом, так и числа случаев онкологии почти в 1,4 раза.

## 2. Основные проблемы здравоохранения России

Самая большая проблема — высокая смертность граждан трудоспособного возраста. Она в 3,4 раза выше в расчете на 100 тыс. населения, чем в странах ЕС (расчеты академика РАН А. Г. Аганбегяна). Научные данные свидетельствуют, что в половине случаев это напрямую или косвенно связано с избыточным потреблением алкоголя и табакокурением. Российские мужчины живут на 10,6 года меньше, чем женщины, и на 7,2 года меньше, чем мужчины в «новых-8» странах ЕС. Кстати, в 1987 г. эта разница была только два года.

<sup>2</sup> Электронный ресурс: <https://pro-msk.ru/news/0102888-top-10-samyih-populyarnyih-boleznej-v-rossii>

<sup>3</sup> Электронный ресурс: <https://techno.st/materials/onkologiya-analiticheskiy-otchet>

Вторая проблема это здоровье российских детей. Смертность среди них в 2 раза выше, чем в «новых-8» странах ЕС, особенно в возрасте от 1 года до 14 лет. Причем половина смертей именно в этом возрасте происходит в результате внешних причин (43%) и новообразований (12%).

Третья проблема — высокая смертность от новообразований среди молодых людей. Так, стандартизованный коэффициент смертности (СКС) мужчин в возрасте до 65 лет от злокачественных новообразований в России в 1,5 раза выше, чем в странах ЕС, а СКС женщин выше на 20%.

Четвертая проблема — крайне неудовлетворительные показатели смертности от инфекционных болезней. СКС (рассчитан по мировому стандарту) от них в четыре раза выше, чем в «новых-8» странах ЕС, а от туберкулеза — в восемь раз выше. Более того, смертность от инфекционных заболеваний за четыре года (с 2012 по 2016 г.) выросла на 8%. Причем этот рост произошел за счет смерти от ВИЧ — в два раза и от вирусных гепатитов — в 1,4 раза.

Пятая проблема — существенная разница в состоянии здоровья между сельскими и городскими жителями. На селе живут на 1,9 года меньше, чем в городе. В 1995 г. эта разница была почти в 3 раза ниже и составляла 0,7 года<sup>4</sup>.

До 1990 г. в России единственным легальным способом оказания медицинских услуг было обслуживание населения государственными медучреждениями. Коммерческий рынок существовал только в виде теневого.

В настоящее время рынок медицинских услуг в России представлен пятью секторами:

- сектор обязательного медицинского страхования (ОМС);
- сектор коммерческой медицины;
- сектор добровольного медицинского страхования (ДМС);
- теневой сектор;
- бюджетный сектор.

Бесплатные медицинские услуги оказываются населению по Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В настоящее время услуги оплачиваются за счет

бюджетных средств и средств фонда ОМС. По причине различия источников финансирования «бесплатная» медицина образует два сектора рынка: сектор ОМС и бюджетный сектор.

Основная часть медицинского персонала работает в государственных учреждениях. В 2018 г. на долю государственных медицинских организаций приходилось 88% работников здравоохранения.

В медицинской отрасли России на одного практикующего врача в среднем приходится еще четыре сотрудника: два сотрудника средней медицинской квалификации и два сотрудника других профессий. К сотрудникам других профессий относятся занятые в обслуживании медицинских учреждений: администраторы, бухгалтеры, снабженцы, слесари, электрики, водители, охранники, уборщицы и пр.

В 2018 г. основная доля в структуре медицинского персонала приходилась на средний медицинский персонал — 44,2% от общей численности персонала здравоохранения в стране. Доля вспомогательного персонала по итогам 2018 г. составила 35,6%. На долю врачей приходилось 20,2% от численности медперсонала всех уровней квалификации.

Рейтинг здравоохранения и медицины в России в оценке россиян (табл.).

**Таблица. Рейтинг здравоохранения и медицины в России в оценке россиян в 2020–2021 гг.<sup>5</sup>**

*Table. Rating of health care and medicine in Russia in the assessment of Russians in 2020–2021*

Месяц	Рейтинг. %
<b>2020 г.</b>	
Август	50,00
Сентябрь	33,33
Октябрь	21,76
Ноябрь	28,57
Декабрь	77,78
<b>2021 г.</b>	
Январь	46,27
Февраль	31,82
Март	14,36
Апрель	13,22
Май	13,19

<sup>4</sup> Электронный ресурс: <https://www.vshouz.ru/journal/2018-god/zdravookhranenie-rossii-2018-2024gg/>

<sup>5</sup> Электронный ресурс: <https://fozo.info/362-rejting-zdravookhraneniya-v-rossii.html>

Государственные поликлиники (больницы) являются основным местом получения медицинской помощи для 76% россиян. Чем ниже достаток, тем чаще именно бесплатная медицинская помощь выступает в качестве основного способа оказания помощи. Только 13% населения пользуется платными медицинскими услугами. Среди самой высокодоходной группы эта доля достигает 23%.

Практически каждый десятый житель нашей страны предпочитает не обращаться за медицинской помощью в случае болезни ни в какие медицинские учреждения (8%). Особенно высока доля таких граждан среди групп с низким достатком, жителей сельской местности.

Агентство Bloomberg регулярно рассчитывает эффективность систем здравоохранения наиболее развитых стран мира. В расчет берутся продолжительность жизни, государственные затраты на здравоохранение в виде процента от ВВП на душу населения, стоимость медицинских услуг в пересчете на душу населения. Так вот, в 2018 г. среди 56 государств Россия оказалась на 53-м месте. Лучше нас, например, Колумбия, Казахстан, Венесуэла, Алжир.

Бывший министр здравоохранения В. Скворцова в августе 2019 г. посетовала на кадровую проблему, которая носит уже хронический характер. Согласно озвученным ею данным, первичному сектору не хватает примерно 25 тыс. врачей. Нехватка среднего медицинского персонала в стране составляет примерно 130 тыс. чел. Ситуацию не спасают усилия последних лет, в том числе некогда широко разрекламированная программа «Земский доктор»<sup>6</sup>.

### 3. Реформа здравоохранения

Реформа здравоохранения началась в 2010 г., когда был принят закон об обязательном медицинском страховании. По идее Правительства РФ реформа заключалась в «оптимизации расходов» за счет закрытия неэффективных больниц и расширения использования высокотехнологичных медучреждений. Это началось при министре Т. Голиковой, а последующие девять лет «оптимизировала» нашу медицину сменившая ее В. Скворцова.

В результате реформы с 2013 по 2019 гг. младших медработников стало меньше в 2,5 раза. Среднего персонала с 1,5 миллиона до 1,3. Врачей с 578 тысяч

человек до 565. Инфекционистов тоже сократили на 10%. Смертность населения выросла на такую же долю процента. Реформа медицины России отбросила страну далеко назад. Зато мы выучили миллионы экономистов и менеджеров.

Пресловутая оптимизация медицины привела к многократному сокращению медучреждений. Если в 1990 г. в России было 12800 больниц, то сегодня порядка 4 тыс. Поликлиник 28 лет назад было 21500, сегодня около 16 тыс. Кто-то скажет, что если недоступна бесплатная медицина, то пусть народ в райцентре идет в платную поликлинику или к платному врачу. Но дело в том, что во многих районах нет ни платных поликлиник, ни врачей. У людей нет денег на платную медицину.

31 октября 2019 г. в Светлогорске, Калининградской области прошло выездное заседание Госсовета РФ, на котором обсудили проблемы отечественного здравоохранения. Президент В. Путин подверг жесткой критике реформу здравоохранения. На основании данных Росстата, в период с 2000 по 2015 гг. количество больниц в России уменьшилось в два раза. Количество поликлиник за тот же период снизилось на 12,7%. Специалисты тогда отмечали, что в случае сохранения таких темпов закрытия больниц (примерно 353 ежегодно) к 2021–2022 гг. количество медучреждений в стране упадет до 3 тыс., то есть до уровня 1913 г.

*Оптимизация, понимаемая лишь как снижение нагрузки на бюджет, а не как приведение системы здравоохранения к ее оптимальному значению для повышения качества жизни граждан, привела к серьезным кадровым проблемам в системе здравоохранения, снижению доступности медицинской помощи, потерям в демографии и факторам выдавливания сельских жителей из мест их проживания.*

Разница между российской и европейской медицинской бросается в глаза каждому, кто лечился в разных странах. По данным Ассоциации медицинского туризма, ежегодно из России на лечение в другие страны выезжают более 80 тыс. чел. Около 30% из них направляется в Германию — страну с современной и эффективной системой здравоохранения. Растет число пациентов, которые выбирают программы лечения в клиниках Германии и Израиля. Правда, цены на услуги там в пять раз выше, чем в России.

Эпидемия коронавируса обнажила все проблемы здравоохранения России. И на уровне министра

<sup>6</sup> Электронный ресурс: <https://tass.ru/nacionalnye-proekty/6780333>



здравоохранения М. Мурашко уже озвучено, что нужна очередная реформа для модернизации здравоохранения России.

У нас за последние 100 лет была всего одна успешная реформа здравоохранения это реформа Н. А. Семашко. Система Семашко — первая в мире настоящая инновация в здравоохранении. Ее уникальность заключалась в централизации, организованности по единым принципам, бесплатности и доступности медицинской помощи для всех граждан. Средняя продолжительность жизни в стране увеличилась за 1926–1972 гг. на 26 лет. Система бюджетного финансирования, созданная в СССР усилиями Семашко, сегодня действует на Кубе, в Китае, Великобритании, Швеции, Дании, Ирландии и ряде других стран. В 1978 г. система Семашко признана ВОЗ лучшей в мире.

У нас учились, как в бедной стране обеспечить доступ масс населения к медицинской помощи, причем любого уровня, включая квалифицированную и специализированную. Кстати, именно медицинская помощь, а никак не «медицинские услуги». Она лечит, спасает больного, а не обслуживает клиента. Это принципиальнейшая позиция. Врач в общей сети — государственный служащий, а не сфера услуг.

Минздрав России своим приказом утвердил типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом специалистов. Теперь, для оказания пациенту медицинской помощи в амбулаторных условиях врачу-кардиологу выделяется 24 мин., врачу-эндокринологу — 19 мин., врачу-стоматологу-терапевту — 44 мин.<sup>7</sup>

На Западе за качество работы отвечает врач, он же получает лицензию на ведение медицинской деятельности (в РФ только медорганизация), оплачивает страховку на случай ошибок. Компенсацию вреда пациенту выплачивает страховая компания. К операциям врача допускают только после решения коллегии хирургов, которая несет за него ответственность. В России ответственность за врачебные ошибки несет только клиника.

Ежегодно от врачебных ошибок умирает больше людей, чем в ДТП. В России официально ошибки врачей не регистрируются. По неофициальным данным, от них гибнет до 50 тыс. пациентов, а ошибочна чуть ли не треть всех диагнозов.

<sup>7</sup> Электронный ресурс: <https://rg.ru/2017/01/19/minzdrav-ustanovil-dlia-vrachej-normy-priema-pacientov.html>

## 4. Частная медицина

Россия с 1990-х гг. взяла прямой курс на коммерциализацию медицины. Сложилась модель, в которой перемешаны фрагменты бюджетной, страховой и рыночной систем. Пациент рассматривается как клиент, которому оказывается услуга. Сейчас системе выгодно лечение больных.

До 1990 г. в России единственным легальным способом оказания медицинских услуг было обслуживание населения государственными медучреждениями. Коммерческий рынок существовал только в виде теневых платежей врачам. В 1990–2000 гг. появились хозрасчетные отделения при государственных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), что привело к частичной легализации теневых платежей. В период с 2000 по 2010 гг. в условиях роста благосостояния населения коммерческая медицина стала более востребованной.

Недовольные государственной медициной пациенты ищут альтернативы. В 2017 г. 39% обращались в платные отделения госучреждений, 29% — в частные медицинские организации. Рост спроса на платные медуслуги косвенно подтверждается приростом количества частных клиник. По данным Росстата, в 2010 г. в России было 115 частных больничных учреждений, а в 2018 г. уже 3897 (34% всех юр. лиц, оказывающих медицинские услуги). В 2010 г. в частном секторе трудилось 5% медработников, в 2018 г. — уже 11%. В 2019 г. в негосударственном секторе работало 29% всех стоматологов, 31% гастроэнтерологов, половина мануальных терапевтов.

Доля частных медицинских организаций в системе ОМС достигла в 2020 г. почти 36%. Об этом сообщила председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) Е. Чернякова 24 июля 2020 г. на круглом столе Комитета Госдумы по охране здоровья, посвященного частной медицине. Темпы прироста значительные, отметила она, указав, что сейчас число таких организаций составляет 3309, а в 2007 г. их было всего 253. По ее словам, изменилась и динамика расходов ОМС на объем помощи, оказываемой частными медорганизациями: в 2007 г. эта цифра составляла 1,2 млрд руб., в 2020-м запланировано финансирование на сумму 148,5 млрд руб. (8% от общего объема расходов ФОМС). В 2012 г. частные клиники не участвовали в реализации базовой программы ОМС в 14 субъектах РФ, сегодня

они представлены во всех регионах за исключением Чукотского АО<sup>8</sup>.

Но многие ли россияне могут позволить себе платное лечение, доля которого все выше? По данным Росстата, рыночная цена пребывания пациента в стационаре в 2019 г. была 2037 руб. в сутки. В больнице пациент в среднем 10,8 дней. То есть при обычном по серьезности заболевании только одно пребывание в больнице без лечебных процедур обойдется в 22 тыс. руб. Примерно такого уровня были расходы государства на одного застрахованного по ОМС — 18 тыс. руб., следует из данных Минздрава. Чтобы позволить себе это и еще покрыть прожиточный минимум в 11 тыс. руб., человек должен иметь доход более 29–33 тыс. руб. в месяц. Однако у 54% граждан доход ниже этого уровня, то есть они физически не могут позволить себе платное лечение, если бы оно полностью было таковым.

В Москве по выбору пациента стационарное лечение может осуществляться на коммерческой основе. В этом случае, согласно действующему прейскуранту, оплачивается не только оперативное лечение, процедуры, врачебные консультации и осмотры, но и пребывание в палате (сервисные услуги, питание). Стоимость койко-дня зависит от уровня комфортабельности палаты<sup>9</sup>.

## 5. Состояние лекарственного обеспечения

Самой острой проблемой здравоохранения и доктора, и пациенты признали цены на лекарства. Даже нехватка врачей оказалась на втором месте. Платность медицины — на третьем.

Рынок фармацевтики России — это рынок лекарственных препаратов, состоящий из пяти участников:

- производителей — производят лекарства и БАД в России;
- импортеров — привозят лекарства из других стран;
- дистрибьюторов — посредников между производителями, импортерами и аптеками;
- аптек — точек для доставки лекарств покупателям;
- покупателей — обычных людей, частных клиник и государственных больниц и учреждений.

<sup>8</sup> Электронный ресурс: <https://medvestnik.ru/content/news/FOMS-otchitalsya-ob-uvlichenii-doli-chastnyh-medorganizacii-v-sisteme-OMS-do-36.html>

<sup>9</sup> Электронный ресурс: <https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/hospitalization/24-hour>

В 2020 г. в России работали: 1619 производителей; 336 дистрибьюторов и оптовиков; 21 910 компаний, которые владеют аптеками.

На рынке два сегмента: коммерческий и государственный. К коммерческому относятся аптеки, которые продают лекарства обычным людям, и дистрибьюторы, которые работают с частными клиниками. К государственному сегменту относятся те, кто поставляет лекарства в больницы, тюрьмы и другие учреждения, осуществляя закупку через систему госзакупок. Еще к государственному сегменту относятся те аптеки, которые продают лекарства льготникам, часть стоимости им компенсирует государство.

Коммерческий сегмент в 2019 г. занимал 65% рынка, а государственный — 35%.

Производители не работают с аптеками и частными клиниками напрямую, всегда через дистрибьюторов, но при этом участвуют в госзакупках.

Препараты делятся на две группы — оригинальные и дженерики. Оригинальные это препараты производителя, который первым вывел молекулу действующего вещества и получил патент. Дженерики — это препараты с идентичной молекулой, но от других производителей.

На Западе сильное патентное законодательство, и пока действует патент, никто не вправе производить и продавать препараты с тем же действующим веществом. Патенты действуют два-три года или дольше, на это время компания становится монополистом на рынке и собирает прибыль.

Когда патент заканчивается, другие производители начинают выпускать препарат с идентичной молекулой, но дешевле. В основном они экономят на исследованиях и дополнительных компонентах.

В России войти на рынок с дженериками более-менее реально: возможно зарегистрировать препарат и получить сертификат. А создать оригинальный препарат практически невозможно, для этого нужны лаборатории и долгие исследования. Даже если компания найдет уникальную формулу, на исследования, регистрацию, вывод на рынок уйдет лет десять и миллионы долларов.

Общая политика государства — импортозамещение. На некоторые лекарства есть прямой запрет, а некоторые исчезают из-за трактовки закона на уровне региональных минздравов. Населению фактически навязывают дорогостоящие иностранные препараты, а отечественные фармпроизводители фактически



вынуждены финансировать рост аптечных сетей, оплачивая право занять место на аптечной полке. В настоящее время аптечные сети сформировали заградительный барьер для российских фармпроизводителей, установив для них «входной платеж» на уровне 30–40% от оборота, а это, по понятным причинам, зачастую становится для отечественных предприятий условием неисполнимым.

60% россиян занимается самолечением, но обычно покупает препараты, которые когда-то назначил врач. Так, что лечимся мы в аптеках. И количество людей, которые лечатся сами, скорее всего, будет расти. Потому что сейчас препараты разрешили продавать в супермаркетах и Интернете, например, на Озоне. Покупка таблеток становится похожей на покупку молока или хлеба, и это еще больше будет подталкивать людей к самолечению.

Более 80% препаратов в наших аптеках является импортной продукцией, а в рамках недавних санкций эти препараты перестали поступать в аптеки, что вынуждает отечественные компании в ускоренном режиме начинать производство жизненно важных лекарственных средств.

Все страны используют дженерики. Но отечественные дженерики плохого качества. Дело в том, что только в Германии имеются немецкие дженерики, в Испании — испанские, а у нас — китайские или индийские. Российских нет или очень мало.

В 2019 г. медики забили тревогу — российский рынок массово покидали лекарства. Эксперты составили список, в котором примерно 700 позиций, среди которых дорогие и дешевые, простые и высокотехнологичные. Производители массово отказывались поставлять в наши больницы лекарства по демпинговым ценам, на которых настаивало государство, принявшее новую методику расчета цены по госконтрактам. Эксперты отмечают, что главная причина отказа компаний от участия в госзакупках — необоснованно низкая начальная максимальная цена контракта, установленная новыми правилами, главной целью которых стало выравнивание закупочных цен по всей стране. Они были приняты еще в 2017 г., но в силу вступили в начале 2019 г. В результате никто не хочет обеспечивать наших льготников и пациентов больниц себе в убыток<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> Электронный ресурс: <https://www.mk.ru/social/health/2019/09/05/v-rossii-nachalas-katastrofa-s-lekarstvami.html>

Пропадали из страны преимущественно лекарства из списка жизненно важных и необходимых. На них девять лет назад государство взялось регулировать цены. Был даже составлен их список — жизненно важных и необходимых лекарственных препаратов (ЖНВЛП). На все препараты, в него входящие, производителей обязали зарегистрировать цены. И с тех пор они их практически не имели права менять. И в нынешней экономической ситуации цена оказалась гораздо ниже себестоимости производства. Никакой ответственности за то, что они перестали поставлять лекарства, нет, мы живем в условиях рынка. Многие производители изначально не хотят идти на наш рынок, считая его заведомо не привлекательным. И не регистрируют у нас свои лекарства.

Россиян лишили импортных лекарств, без которых не выживут тысячи тяжелобольных людей. Качественное обезболивание стало недоступно очень многим паллиативным пациентам. В стране до сих пор на федеральных телеканалах собирают деньги на лечение и реабилитацию детей.

Правительство, наконец, вняло голосу разума и с 2021 г. на помощь детям с тяжелыми редкими заболеваниями будут тратиться средства из бюджета, полученные за счет повышения налога на доходы, превышающие 5 млн руб. в год, с 13% до 15%. Речь идет о 60 млрд руб. ежегодно. Они пойдут на закупку лекарств, техники, средств реабилитации и высокотехнологичные операции. Принимать решение о выделении денег будет специальный фонд, куда войдут люди, посвятившие жизнь помощи больным детям. Количество детей, которые могут получить поддержку за счет средств этого фонда, порядка 25 тыс. чел.<sup>11</sup>

## 6. Состояние сельского здравоохранения

Сельское население в России насчитывает 38,2 млн чел. (27% населения страны). В четверти субъектов РФ сельские жители составляют 40% населения. Особенности сельской жизни являются: низкая плотность населения, большая территориальная протяженность и плохое дорожно-транспортное сообщение, большой радиус обслуживания, преобладание среди сельских жителей пенсионеров. Социально-экономические

<sup>11</sup> Электронный ресурс: [https://www.ltv.ru/news/2020-11-01/396054-s\\_2021\\_goda\\_na\\_pomosch\\_detyam\\_s\\_redkimi\\_zabolevaniyami\\_budut\\_vydelyatsya\\_byudzhethnye\\_sredstva](https://www.ltv.ru/news/2020-11-01/396054-s_2021_goda_na_pomosch_detyam_s_redkimi_zabolevaniyami_budut_vydelyatsya_byudzhethnye_sredstva)

условия жизни сельских жителей хуже, чем городских. Сельские жители в 1,5 раза реже городских посещают амбулаторные учреждения, а госпитализируются лишь при неотложных проблемах здоровья, отказываясь от плановой госпитализации из-за трудностей бытового характера.

На качество медицинской помощи значительно влияет наличие кадров, их количество, качество и подготовка. Особенно это ощущается в сельской местности. Низкая зарплата, отсутствие перспектив все это делает работу в селе малопривлекательной для специалистов. И чем дальше находится населенный пункт, тем ниже возможность оказания медицинской помощи.

По данным социологического анкетирования, сегодня врачебная помощь территориально доступна только 49% селян, для 40% — труднодоступна, 9% — практически недоступна. Только за 2005–2014 гг. в сельских муниципальных образованиях число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, снизилось в 2,9 раза. По информации руководителя Счетной палаты РФ, из 130 тыс. сельских населенных пунктов только 45 тыс. имеют те или иные формы оказания медицинской помощи.

Немало нареканий в отношении доступности и качества услуг вызывает работа сельских медицинских учреждений, которые существенно уступают городским не только по уровню оснащенности медицинским оборудованием, но и по обеспеченности квалифицированными кадрами. Основной объем оказания медицинской помощи на селе приходится на средний медицинский персонал, а затраты времени у граждан, проживающих в сельской местности, на посещение медицинских учреждений намного больше, чем у горожан.

Наличие большого сегмента самолечения в сельской местности, превышающего по своей весомости аналогичный городской сегмент, свидетельствует как о невысоком доверии жителей сел и деревень к лечебным учреждениям и медицинским работникам, так и о низкой доступности, а нередко и о полной недоступности необходимой им медицинской помощи [2].

В сельских населенных пунктах обеспеченность медицинскими работниками в 2,8 раза ниже, чем в городах. Обеспеченность сельских жителей медицинскими кадрами не превышает 13,8 врача на 10 тыс. населения, тогда как в среднем по стране на такое количество населения приходится 38 врачей. Это влечет за собой значительный рост реальной нагрузки на работающий

медицинский персонал и, как следствие, снижение качества медицинской помощи [2, 3].

Немного статистики о сельской медицине:

- число медицинских организаций — всего: 2019 г. — 1028, 2018 г. — 1080;
- число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях: 2019 г. — 887, 2018 г. — 925;
- число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях: 2019 г. — 24, 2018 г. — 28;
- коечный фонд круглосуточных стационаров в медицинских организациях, расположенных в сельской местности: 2019 г. — 141 473, 2018 г. — 145 888;
- число врачей в медицинских организациях, расположенных в сельской местности: 2019 г. — 53 139, 2018 г. — 54 347;
- заболеваемость сельского населения, человек: 2019 г. — 46 487 071, 2018 г. — 46 378 901.

Резко снижается количество сельских медучреждений: из 4,5 тыс. осталось всего 400 больниц на всю Россию. Таким образом, доступность медицинской помощи для сельских и деревенских жителей свелась почти к нулю. За 40–60 км к фельдшеру поедет не каждый и только в экстренной ситуации, поскольку и скорой помощи ждать неоткуда.

Три четверти сельских медпунктов не смогут оказать помощь жителям, у которых внезапно остановилось сердце или опасно для жизни обострилась аритмия. В 77% фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) нет дефибрилляторов, выяснили эксперты «Общероссийского народного фронта» (ОНФ). Во многих проверенных активистами сельских медпунктах не нашлось даже тонометров, фонендоскопов, а кое-где и термометров. В большем дефиците экспресс-анализаторы уровня холестерина (нет в 70% пунктов) и кислородные ингаляторы (68%).

Эксперты Высшей школы экономики на основе данных Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) обнаружили, что жители российской глубинки живут в среднем на два года меньше горожан из-за низкого качества медпомощи (70 и 72 года, соответственно). В последние годы сельская медицина столкнулась с рядом разнонаправленных реформ. С одной стороны, с 1990-х гг. в пять раз сократилось число больниц (коечный фонд — в два раза), а с другой, — с 2010 г.росло число пунктов

первичной помощи (с 2979 до 4890), в деревнях с населением до 100 человек заработали мобильные амбулатории, а в труднодоступных регионах — санавиация. В целом же, по данным Счетной палаты РФ, к 2016 г. из 130 тыс. сельских населенных пунктов только в 45 тыс. оказывали ту или иную медпомощь.

В самом сложном положении оказываются жители сел от 60 лет и старше. Среди них посещавших врача в течение последнего года несколько или один раз в месяц почти в 2,5 раза меньше, чем среди пожилых горожан (12,5% против 27,9%). В среднем в селах этот показатель составил 7,9%, а среди горожан — 14,6% (при схожем уровне заболеваемости).

Частная медицина остается для сел маловостребованной или недоступной. Так, в частные поликлиники обращается только 3,7% сельчан, в амбулаторные отделения платных больниц — 0,9%, к частнопрактикующим докторам — 4%.

Здравоохранение села является сравнительно автономным социальным образованием, обладающим свойством инертности по отношению к проводимым реформам, которая детерминирована как ресурсными факторами (низкий уровень жизни на селе, недостаток образования, невысокий объем финансирования, дефицит кадров, территориальная отдаленность, разреженность информационных потоков и др.), так и традициями жизненного уклада сельского населения, определенным консерватизмом жизненных установок [2].

Существуют факторы, обуславливающие различия между городом и селом, которые влияют на характер медицинской помощи сельским жителям. За последние десятилетия обострились социальные проблемы села. Люмпенизация общества коснулась в первую очередь села и вызвана главным образом безработицей, алкоголизацией, сверхсмертностью мужчин.

До 500 населенных пунктов в стране вообще находится за пределами доступа первичной медицинской помощи. Цифра большая, ведь в каждом из этих населенных пунктов живут люди иногда десятки, иногда сотни, а иногда и тысячи. Но все-таки эта цифра от лукавого, все гораздо хуже, если вспомнить, сколько населенных пунктов Россия просто потеряла за последние десятилетия. С карты РФ исчезли от 23 до 34 тыс. населенных пунктов, и многие тысячи исчезли именно из-за упомянутых выше «реформ», когда жители, оказавшиеся буквально один на один с проблемой образования собственных детей и их спасения в случае

заболевания или травмы, любыми способами старались перебраться поближе к цивилизации.

Доступность медицинской помощи — одна из самых болезненных точек общественного здоровья и причина частых жалоб, поступающих уполномоченному по правам человека при Президенте России. Настолько частых, что уполномоченный по правам человека в РФ Т. Москалькова заявила: «Ликвидация ФАПов (фельдшерско-акушерских пунктов) привела к невозможности людям, проживающим в сельской местности, добраться до высокотехнологических центров, шикарных высокотехнологических центров, которые построены в городах»<sup>12</sup>.

Предполагалось, что частично ФАП заменят офисы врачей общей практики. Предположения не оправдались.

На селе катастрофа с кадрами дошла до предела. Раньше после окончания вуза медики ехали работать на село по распределению. А теперь кто поедет в маленькую деревенскую больницу? Сегодня государство закупает современное оборудование. В некоторых сельских больницах стоят дорожные аппараты, есть реанимобили, а работать на них некому. Опытные врачи уходят из районных поликлиник, молодые туда не спешат. Между тем здравоохранение и образование — отрасли, которые держат село. Не будет их, не останется и людей. Чтобы сохранить глубинку, нужно воскрешать первичное звено здравоохранения.

Мониторинг Счетной палаты показал, что в 2015 г. в России 17 500 населенных пунктов вообще не имело медицинской инфраструктуры, из них более 11 000 расположено на расстоянии свыше 20 км от ближайшей медицинской организации, где есть врач. При этом в 35% населенных пунктов нет общественного транспорта, 879 малых населенных пунктов не прикреплены ни к одному ФАП или офису врачей общей практики. Тут уж не до высокотехнологичных методов<sup>13</sup>.

В сельской местности, в малых и средних городах, а также в «первичном звене» здравоохранения врачей меньше необходимого количества в 1,5 раза, среднего медперсонала — в 1,8 раза, фельдшеров — в 1,9 раза.

<sup>12</sup> Электронный ресурс: [https://www.ng.ru/kartblansh/2018-05-29/3\\_7234\\_kartblansh.html](https://www.ng.ru/kartblansh/2018-05-29/3_7234_kartblansh.html)

<sup>13</sup> Электронный ресурс: [https://www.gazeta.ru/social/news/2015/04/13/n\\_7104877.shtml](https://www.gazeta.ru/social/news/2015/04/13/n_7104877.shtml)

## 7. Влияние коронавируса на здравоохранение РФ

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

В России была принята своеобразная стратегия по инфекционным заболеваниям накануне вспышки COVID-19. Инфекционные больницы были подвергнуты «оптимизации», как и все остальное здравоохранение. Инфекционные больницы одни из самых пострадавших в результате разрушения здравоохранения. Инфекционную больницу сложно коммерциализировать и это дополнительно ухудшало ситуацию.

Министерство здравоохранения России признало, что за последние 10 лет в стране было сокращено 40% инфекционных коек в больницах. Это стало серьезной проблемой в условиях пандемии коронавируса. О сокращении коек написал в своей статье министр здравоохранения РФ М. Мурашко, опубликованной в журнале «Национальное здравоохранение» [4]: «В работе по повышению ожидаемой продолжительности жизни граждан Российской Федерации основные ресурсы были сосредоточены в сфере неинфекционных заболеваний, что позволило позитивно влиять на снижение смертности населения. Однако такое смещение фокуса имело, как оказалось, и негативные последствия: число инфекционных коек для взрослых сократилось на 40%: с 35,4 тыс. в 2010 г., до 25,1 тыс. в 2019 г., а для детей — на 23% — с 33,1 тыс. до 26,8 тыс., соответственно, к тому же существовала неравномерность доступности по стране данного вида медицинской помощи, недоукомплектованность врачами-инфекционистами, врачами-эпидемиологами», — говорится в статье. Также министр признал, что более половины инфекционных больниц в стране находились в устаревших зданиях и не соответствовали современным санитарным требованиям и нормам.

К началу эпидемии российское здравоохранение находилось в ситуации хронического недофинансирования. С 2012 г. по 2018 г. обеспеченность стационарными койками в государственных и муниципальных медицинских организациях сократилась на 15%, а обеспеченность практикующими врачами — на 12%.

Низкие должностные оклады привели к массовому исходу кадров из отрасли и огромным перегрузкам оставшегося персонала. Система здравоохранения в России была оптимизирована под эпидемию неинфекционных заболеваний, а сами санитарно-эпидемиологические службы не смогли предотвратить вспышку COVID-19<sup>14</sup>.

На 1 января 2020 г. в стране насчитывалось 52 050 инфекционных коек для детей и взрослых, что было недостаточно в сложившейся эпидемиологической ситуации<sup>15</sup>. Поэтому было принято решение о перепрофилировании и дополнительном развертывании необходимого коечного фонда.

Перепрофилировались в первую очередь койки терапевтического и общехирургического профиля, во вторую очередь — специализированные койки и койки федеральных учреждений и частных организаций, оказывающих высокотехнологическую медицинскую помощь. К апрелю 2020 г. для оказания помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией было развернуто 45 384 койки, которые были оснащены 10 850 аппаратами ИВЛ, 9945 мониторами пациентов и 9971 увлажнителем кислорода (в рамках распоряжения Правительства Российской Федерации от 22 февраля 2020 г. № 392-р).

В условиях пандемии COVID-19 было задействовано 2450 медицинских организаций всех форм собственности, в том числе федеральных и частных медицинских организаций, развернуто более 279 тыс. коек, в том числе более 226 тыс. коек обеспечено возможностью длительной подачи кислорода, в том числе: 41 тыс. коек в инфекционных стационарах, 235 тыс. коек в перепрофилированных медицинских организациях, из них 6730 коек в федеральных медицинских организациях в 26 регионах. Более 153 тыс. коек обеспечено подачей кислорода, используется более 1200 компьютерных томографов.

На пике заболеваемости новой коронавирусной инфекцией в декабре 2020 г. медицинская помощь была оказана одновременно 1,3 млн чел.

В течение 2020 г. в 31 субъекте Российской Федерации построено и введено в эксплуатацию 40 инфекционных

<sup>14</sup> Электронный ресурс: <https://plus.rbc.ru/news/5f0d0b7c7a8aa9187eb1b492>

<sup>15</sup> Доклад «Об итогах работы Министерства Здравоохранения РФ в 2020 году и задачах на 2021 год». <https://rabsun.ru/doklad-minzdrav-rf-2020/>



стационаров на 4 тыс. коек. В том числе, силами Министерства обороны России построено 30 многофункциональных медицинских центров с использованием быстровозводимых модульных конструкций в 23 субъектах Российской Федерации общей мощностью более 3000 коек, при этом передано субъектам 12 госпиталей.

Результатом разработок федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Н. Ф. Гамалеи» Минздрава России стала первая в мире зарегистрированная вакцина — Гам-КОВИД-Вак («Спутник V»), зарегистрированная 11 августа 2020 г. На 1 апреля 2021 г. российская вакцина зарегистрирована в 57 зарубежных странах. В настоящее время в России зарегистрированы и разрешены к медицинскому применению четыре вакцины для профилактики новой коронавирусной инфекции COVID-19.

В России в борьбе с эпидемией были приняты меры, близкие к тем, которые были приняты во всех других европейских странах: социальная изоляция граждан, закрытие школ и бизнесов, отмена авиарейсов и общественных мероприятий. Системе здравоохранения РФ в течение месяца удалось развернуть более 100 тыс. коек для лечения пациентов с COVID-19. Были приняты меры по расширению объема диагностического тестирования.

Среди других побочных эффектов COVID-19 называют ухудшение показателей здоровья населения из-за приостановки оказания плановой медицинской помощи.

Во время пандемии коронавирусной инфекции многие из нас забывают о других опасностях, которые с приобретением популярности COVID-19 никуда не исчезли. Чаще россияне умирают из-за болезней, связанных с сердечно-сосудистой системой. На долю ишемической патологии приходится 28,4% летальных исходов.

Второе место занимает онкология — 16,6%. За последние 10 лет случаи заболеваемости участились на 23,7. Ученые и исследователи, описывающие причины такой негативной тенденции, заявляют о факторе старения нации. Женщины чаще болеют раком молочной железы, мужчины страдают от новообразований в органах дыхательных путей.

В феврале Росстат сообщал, что избыточная смертность от коронавируса за 2020 г. составила 358 тыс. чел.

Заметим, что население Турции за 2020 г. выросло более чем на 459 тысяч человек.

Руководители здравоохранения на местах видят, что постепенно растет количество больничных коек, постоянно занятых пациентами с ВИЧ. Так, в московской Инфекционной клинической больнице № 2, где когда-то в отдельном боксе лежал в одиночестве первый в нашей стране человек, больной СПИДом, теперь на ВИЧ-инфекцию работает с десятком отделений. В российские клиники поступает все больше ВИЧ-пациентов с разными сопутствующими, в том числе редкими заболеваниями, что требует специального дорогостоящего лечения, которое не всегда и не везде доступно. Поэтому сплошь и рядом они находятся в стационарах с диагнозами «энцефалит неуточненный» и «пневмония неясной этиологии». Кстати, специального федерального финансирования диагностики и лечения сопутствующих заболеваний у ВИЧ-инфицированных не предусмотрено, и больницы вынуждены решать эту проблему за свой счет.

На гребне второй волны COVID-19 российская медицина просто захлебнулась.

Одна из самых распространенных проблем в регионах — нехватка коек под коронавирусных пациентов в стационарах, недостаток качественного оборудования, расходных материалов и препаратов.

Какие еще слабые стороны выявила эпидемия в России?

Первое — неготовность и демобилизация инфекционных служб. В нашей стране последние 30 лет эта служба была сильно недофинансирована. В результате после развала СССР коечный фонд для инфекционных больных сократился в 2,5 раза, уменьшилось и число врачей-инфекционистов. При этом коэффициент смертности от инфекционных болезней вырос вдвое.

Второе слабое место российского здравоохранения — дефицит врачей и коечного фонда. За последние годы мы проводили бездарные реформы, которые привели к сокращению мощностей системы здравоохранения. Число коек за последние 7 лет сократилось на 160 тыс., штат врачей уменьшился на 46 тыс. чел. Все эти меры обескровили нашу государственную медицину.

Третья проблема — неповоротливость системы финансирования здравоохранения. Эта система финансируется по рыночному принципу, то есть деньги идут в то учреждение, куда пришел пациент.



Еще одна проблема, которая отражается и на готовности системы встретить эпидемию, — децентрализация управления: центральные органы власти, по сути, работают отдельно, а региональные власти — отдельно. В результате санитарная служба оказалась выключена из состава Минздрава, хотя она была в его составе в советское время и именно такая модель действует сегодня во всех развитых странах.

Но самая главная проблема — бедственное положение медработников. Так, базовые оклады у медперсонала в регионах — 20–30 тыс. руб., на них не проживешь. 2019 г. по праву можно назвать годом врачебных бунтов. Под видом развития государство десятый год подряд откровенно экономит на медицине, перекладывая траты на население, у которого денег-то почти нет.

В результате вместо обещанного с высоких трибун развития — медицина у нас деградирует. Как ни печально, страна заняла последнее, 50-е, место в международном рейтинге качества медицинской помощи. Нас обогнали Азербайджан, Алжир и Бразилия.

Другой пример. В мире на узких специалистов ложится 30% нагрузки, в России — 80%. У нас терапевтов только 16% от общего числа врачей, тогда как средний показатель числа терапевтов в мире — 33%, в США, Канаде и Евросоюзе — под 50%. На одного врача в России работают две медсестры, во Франции — три, в США — четыре. Это разгружает доктора от канцелярской работы.

Ограничения на плановые госпитализации действуют с момента выхода приказа Минздрава от 19 марта 2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19».

Касаются они почти всех групп пациентов, но зависят от конкретной ситуации в регионе, от того, какое лечебное учреждение перепрофилируется под оказание помощи пациентам с COVID-19. В одном и том же крае пациенты с одними хроническими заболеваниями могут продолжать лечение, а с другими — нет. Надо понимать, что это не только операции, плановые обследования, но и уже назначенная плановая терапия. Для многих она является жизненно необходимой, то есть той терапией, которую невозможно отложить.

Нагрузка на систему здравоохранения в российских регионах и, в частности, на скорую медицинскую помощь (СМП) увеличилась в несколько раз.

Мы справились с эпидемией, но огромной ценой — только от коронавирусной инфекции погибло около 1350 медиков.

Германия, про которую писали всякие ужасы, показала прирост общей смертности 3%, а у нас 18% — 19%.

Наше население не доверяет власти. Поэтому даже разумные рекомендации — ношение масок, необходимость сократить общение и так далее — были восприняты с очень большим недоверием, скепсисом и иронией. Кроме того, население, как и здравоохранение, было оставлено один на один с этой бедой.

Ректор Высшей школы организации управления здравоохранения (ВШОУЗ) Г. Улумбекова 19 апреля 2021 г. выступила в Государственной Думе РФ на парламентских слушаниях по теме «*Законодательное регулирование в сфере здравоохранения. Необходимость или реальность?*»: «Говоря языком медицины, диагноз нашей системы здравоохранения таков — состояние критическое, прогноз неблагоприятный», — заявила она. «Мы реализовывали губительные, бездумные реформы. С 2012 г. при росте потока больных мы потеряли 10% своих мощностей и вплоть до 2018 г. сокращали финансирование»<sup>16</sup>.

В результате, считает она, с эпидемией справиться удалось, но резервов в тылу не осталось, соответственно, не смогли оказать помощь по другим заболеваниям. Ученый заявила, что ответственность за 30–40 тыс. смертей или, как минимум, 10% от дополнительно умерших от всех причин в 2020 г., несут те, кто инициировал и реализовывал оптимизацию здравоохранения.

Негодование ректора ВШОУЗ вызывает и бесправное положение медработников. Так, базовые оклады врачей составляют от 12 до 35 тысяч рублей и при этом сильно разнятся между регионами, что вынуждает врачей ездить на заработки в другие регионы. Еще одной проблемой стало выгорание медработников.

Ситуация с коронавирусом в России и в Москве в частности, во второй половине июня 2021 г. резко ухудшилась. Медики считают, что одной из причин нового всплеска стал недостаточный уровень вакцинации населения страны.

Спор о том, можно ли обязать вакцинироваться граждан, которые не делают прививки, не имея медицинских противопоказаний, довольно давний.

<sup>16</sup> Электронный pecypc: <https://www.vshouz.ru/smi/parlamentskie-slushaniya-na-temu-zakonodatelnoe-regulirovanie-v-sfere-zdravookhraneniya-neobkhodimos/>

Регулярно он разгорался с новой силой еще до появления коронавируса, и это не только российская проблема, «антипрививочники» существуют в разных странах, а власти и медики пытаются воздействовать на них по-разному. Например, Европейский суд по правам человека (ЕСПЧ) в апреле признал обязательную вакцинацию соответствующей демократическим нормам.

В Китае заведение имеет право работать, только если большинство сотрудников привито, а без специального «зеленого кода здоровья» невозможно попасть в любое здание, транспорт или посетить массовые мероприятия. В Таиланде и вовсе введена обязательная вакцинация для населения, причем отказавшемуся от медицинского анкетирования грозит тюремное заключение или штраф.

В Израиле, который добился наиболее впечатляющих результатов в скорости вакцинации и формировании популяционного иммунитета, введен специальный «зеленый паспорт», который нужно предъявлять во многих общественных местах, а также на работе. В Израиле также до сих пор штрафуют за отсутствие маски и для привитых, и для непривитых.

Обязательная вакцинация под угрозой отстранения от работы приносит свои плоды. Регионы России один за другим объявляют об обязательной вакцинации граждан с высоким профессиональным риском заразиться COVID-19, однако на третью волну заболеваемости активная прививочная кампания уже не повлияет.

Одновременно с количеством желающих сделать прививку растет и консолидация противников вакцинации. Результаты опроса американской компании Morning Consult показали, что Россия лидирует по уровню недоверия к вакцинации от коронавируса (опрошено от 1,6 тыс. до 4,3 тыс. чел. в 15 странах). Так, 37% респондентов в России не хочет прививаться, тогда как в США таких 20%, в Австралии и Франции — по 17%, в Германии — 16%, а в Китае — лишь 5%.

Есть понятие общественного блага. Ради обеспечения которого государство вправе ограничивать или создавать неудобства одних людей ради выживания и здоровья всей нации. Сейчас именно такой момент. Агитацию и тем более борьбу против выполнения государством этой его обязанности можно приравнять к саботажу во время войны.

С середины июня 2021 г. вакцинация в России перестала быть добровольной. Уже больше 10 регионов — Москва, Московская, Ленинградская, Кемеровская,

Сахалинская и другие области, ввели необходимый минимум привитых для каждого предприятия в отдельности и для региона в целом. Под принуждение к прививке попали госслужбы, кафе, парикмахерские, службы такси, магазины.

И в этот момент депутаты Госдумы сняли с повестки законопроект о включении вакцины от COVID-19 в национальный календарь прививок, оставив этот вопрос на усмотрение новому составу.

По поводу принудительной вакцинации высказалась уполномоченный по правам человека в России Т. Москалькова. По ее мнению, идея сама по себе правильная, а механизмы, которыми она реализуется сегодня, порождают массовый психоз и боязнь принуждения.

А между тем Россию с головой накрыла третья волна коронавируса. Об этом свидетельствует рекордный рост новых случаев заболевания. До сих пор не запрещены авиаперелеты в Индию, где людей убивает дельта-штамм, а ректоры вузов, разрешают индийским студентам «доставить» опасную заразу в российские города.

В Москве в июне началось повторное заражение COVID-19 среди переболевших и вакцинированных из-за индийского штамма коронавируса, заявил столичный градоначальник С. Собянин. По его словам, сейчас у более 89% заболевших москвичей выявлен именно индийский штамм, который оказался более агрессивным, он «злее» уханьского и быстрее приводит к тяжелой форме заболевания, а также уменьшает время появления собственных антител к вирусу», — отметил директор НИЦ эпидемиологии и микробиологии имени Гамалеи А. Гинцбург.

ВОЗ уже причислила дельта-вирус к списку «самых опасных». У невакцинированных в разы увеличивается вероятность цитокинового шторма — мощного сбоя иммунной системы. По данным Bloomberg, врачи связывают с индийским штаммом тромбозы, потерю слуха и гангрену.

Впервые индийский штамм выявили в декабре прошлого года. Но мировую «славу» этот мутант получил в мае 2021 г., когда заболеваемость в Индии достигала 400 тыс. чел. в сутки. Большинство развитых стран закрыли границы с Дели. А Россия восстановила авиасообщение с Индией с 27 января 2021 г. В нашу страну индийский штамм завезли чиновники, которые забыли закрыть авиасообщение с Дели. Свою лепту в распространение опасной заразы внесли и педагоги. Как выяснили в Роспотребнадзоре, в середине апреля (в самый

разгар эпидемиологической катастрофы на Индостане) в Ульяновск привезли 148 индийских студентов-медиков, которые не захотели учиться удаленно. Половина из них оказалась носителями новой опасной мутации.

## Заключение

Сопредседатель Всероссийского союза пациентов Я. Власов сказал, что в пандемию именно врачи спасли систему здравоохранения.

Коронавирусная инфекция стала сложным испытанием для всей системы здравоохранения. К сожалению, к началу пандемии никто не был готов. Поэтому первой пострадала плановая помощь. Врачей всех специальностей оперативно переориентировали на работу в ковидных зонах, фактически сделали помощниками врачей-инфекционистов.

Ортопеды, хирурги, кардиологи занимались коронавирусом пациентами, находились в отделениях реанимации. Во многих отделениях противокоронавирусные костюмы появились только во второй половине 2020 г. Люди, которые напрямую взаимодействовали с заразившимися, ходили в обычных защитных масках, обычных халатах, без перчаток. Понимая, какую угрозу несет коронавирус, они не уходили с работы, трудились сутками.

Настало время серьезнее отнестись к месту врача в системе государства и в системе здравоохранения. Иначе рискуем остаться и без специалистов, и без медицины, которая становится все менее привлекательной для молодежи. У нас три четверти выпускников медицинских вузов не доходит до больницы. А дефицит врачей в первичном звене порядка 40%.

Тяжелое эмоциональное выгорание, когда человек готов уйти из профессии, составляет порядка 30%. Всего же выгоранию подвержено около 80% врачей. Эмоциональное выгорание — это не просто психологическая проблема. Это фактически депрофессионализация.

И вот только после всего этого, после таких потрясений мы поняли наконец, кто наши герои — простой врач в инфекционной больнице. И эту медицину мы можем потерять.

## Литература [References]

1. Улумбекова Г.Э. Предложения по реформе здравоохранения РФ после завершения пика пандемии COVID-19 // Оргздрав: Новости, Мнения, Обучения. Вестник ВШОУЗ. 2020. Т. 6. № 2(20). С. 9–26. DOI: 10.24411/2411-8621-2020-12001 [Ulumbekova G.E. Proposals for health care reform in the Russian Federation after reaching the COVID-19 pandemic peak // Healthcare Management: News. Views. Education. Bulletin of VSHOUZ. 2020;6(2):9–26. (In Russ.) DOI: 10.24411/2411-8621-2020-12001]
2. Ермолаева О.В., Еругина М.В., Кром И.Л., Ковалев Е.П., Бочкарева Г.Н. Современные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 5. С. 76 [Ermolaeva O. V., Erugina M. V., Krom I. L., Kovalev E. P., Bochkareva G. N. Modern problems of the organization of health care to rural population // Modern Problems of Science and Education. Surgery. 2016.(5):76. (In Russ.)]
3. Сельское здравоохранение России в 2019 году. Статистические материалы / М.: 2020. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава Российской Федерации. 83 с. [Rural health care in Russia in 2019. Statistical materials / M.: 2020. FSBI "TsNIIOIZ" of the Ministry of Health of the Russian Federation. 83 p. (In Russ.)]
4. Мурашко М.А. Первая пандемия цифровой эпохи: уроки для национального здравоохранения // Национальное здравоохранение. 2020. Т. 1. № 1. С. 4–8. [Murashko M. A. The first pandemic of the digital age: lessons for national health care. National health care. 2020;1(1):4–8. (In Russ.)]

## Сведения об авторе

**Соколов Юрий Иосифович:** полковник в отставке, Российское научное общество анализа риска

Количество публикаций: более 200

Область научных интересов: риски ЧС и высоких технологий

Статья поступила в редакцию: 03.08.2021

Одобрена после рецензирования: 21.09.2021

Принята к публикации: 25.09.2023

Дата публикации: 31.10.2023

The article was submitted: 03.08.2021

Approved after reviewing: 21.09.2021

Accepted for publication: 25.09.2023

Date of publication: 31.10.2023