

**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

Минздрав России



на 7-1039 от 27.04.2020

**МИНИСТР**

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,  
Москва, ГСП-4, 127994,  
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

Председателю Государственной Думы  
Федерального Собрания  
Российской Федерации

В.В. Володину

07.05.2020 № 28-0/И/7-756

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Уважаемый Вячеслав Викторович!

Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет материалы к «правительственному часу», запланированному на 13 мая 2020 года, на тему «Об охране здоровья граждан в период коронавирусной эпидемии» по итогам рассмотрения вопросов, подготовленных фракциями в Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации и Комитетом Государственной Думы по региональной политике и проблемам Севера и Дальнего Востока.

Приложение: упомянутое на 104 л. в 1 экз.

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП,  
хранится в системе электронного документооборота  
Министерства Здравоохранения  
Российской Федерации.

**СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП**

Сертификат: 01D5D11D05000000A01CD692122E0001  
Кому выдан: Мурашко Михаил Альбертович  
Действителен: с 22.01.2020 до 22.01.2021

М.А. Мурашко

**Материалы к «правительственному часу на тему «Об охране здоровья граждан в период коронавирусной эпидемии» по итогам рассмотрения вопросов, подготовленных фракциями в Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации и Комитетом Государственной Думы по региональной политике и проблемам Севера и Дальнего Востока**

**В части вопросов, предложенных фракцией Всероссийской политической партии «ЕДИНАЯ РОССИЯ».**

*1. В борьбе с COVID-19 медперсонал во всем мире платит очень высокую цену. Тысячи медработников заразились вирусом, число умерших врачей неуклонно растет. Насколько защищены медицинские работники в России? Возможно ли при появлении вакцины от коронавируса в первую очередь обеспечить медперсонал, контактирующий с больными в стационарах?*

Иммунопрофилактика признана одним из важнейших инструментов снижения смертности, увеличения продолжительности и улучшения качества жизни всех возрастных групп населения.

Основным нормативным правовым актом, устанавливающим сроки проведения профилактических прививок и категории граждан, подлежащих обязательной вакцинации, является Национальный календарь профилактических прививок (далее – Национальный календарь), утвержденный приказом Минздрава России от 21.03.2014 № 125н.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» Национальный календарь включает в себя профилактические прививки против 12 инфекций, на профилактику которых выделяются средства федерального бюджета (против: гепатита В, дифтерии, коклюша, кори, краснухи, полиомиелита, столбняка, туберкулеза, эпидемического паротита, гемофильной инфекции, пневмококковой инфекции и гриппа).

Национальный календарь периодически пересматривается, вносятся изменения в схемы вакцинации, расширяется контингент, подлежащий вакцинации. Эти изменения обусловлены накоплением научных данных об эффективности различных схем вакцинации, разработкой новых иммунобиологических препаратов, изменениями эпидемиологической обстановки.

При формировании Национального календаря прививок учитываются такие принципы как, эпидемиологическая ситуация (уровень распространенности инфекции); социальная значимость инфекции, т.е. степень тяжести клинического течения болезни и ее последствия (инвалидизация, хронизация, снижение качества жизни, летальность); экономическая значимость инфекции (затраты на лечение), а также наличие и доступность эффективных, безопасных и качественных специфических средств профилактики.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 15.07.1999 № 825 утвержден перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок. При этом в данный перечень включены работы с больными инфекционными заболеваниями, в связи с чем, в отношении медицинских работников принимаются меры по специфической профилактике.

В связи с отсутствием вакцин от новой коронавирусной инфекции COVID-19 в мире, вакцинация против новой коронавирусной инфекции не осуществляется и не предусмотрена Национальным календарем.

В настоящее время федеральными научными, медицинскими и иными организациями проводится работа по созданию вакцин для профилактики новой коронавирусной инфекции COVID-19 (далее – вакцины). Минздравом России в целях организации мониторинга состояния дел в этой области направлены запросы в ведомства и организации, которыми осуществляется или могут осуществляться координация и разработка вакцин: Минобрнауки России, Роспотребнадзор, ФМБА России, МГУ им. М.В. Ломоносова, Санкт-Петербургский государственный университет, НИЦ «Курчатовский институт», АО «Национальная иммунобиологическая компания», ООО «Нанолек», ЗАО «Биокад», а также профильные учреждения, подведомственные Минздраву России.

В соответствии с поступившей информацией, в настоящее время осуществляется разработка вакцин. Осуществление клинических исследований первых препаратов вакцин планируется начать с июня 2020 г.

*2. В соответствии с минимальными требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» структурное подразделение медицинской организации для лечения COVID-19 размещается в отдельном здании или комплексе зданий медицинских организаций. Руководитель медицинской организации устанавливает структуру и штатную численность структурного подразделения медицинской организации для лечения COVID-19 и утверждает временное штатное расписание. В Республике Алтай для лечения COVID-19 созданы структурные подразделения в нескольких медицинских организациях. Для обеспечения работы структурного подразделения планируется помимо основных сотрудников медицинской организации привлекать медицинских работников из других медицинских организаций. При привлечении для лечения COVID-19 медицинских работников из других медицинских организаций возможно ли оформление срочных трудовых отношений (трудоустройство на условиях внешнего совместительства), если сотрудника направляют по основному месту работы в служебную командировку в медицинскую организацию (в целях сохранения основного места работы и среднего заработка), где создано структурное подразделение для лечения COVID-19?*

В соответствии с законодательством Российской Федерации» медицинские работники могут осуществлять медицинскую деятельность только в той медицинской организации, с которой состоят в трудовых отношениях.

Работа, связанная с оказанием медицинской помощи пациентам с COVID-19, может осуществляться по срочному трудовому договору в случаях, предусмотренных частью первой статьи 59 Трудового кодекса Российской Федерации.

При необходимости сохранения основного рабочего места медицинский работник может поступить на работу к другому работодателю по совместительству на основании абзаца 11 части второй статьи 59 Трудового кодекса Российской Федерации.

Заключение трудовых договоров о работе по совместительству допускается с неограниченным числом работодателей, если иное не предусмотрено федеральным законом. При этом в трудовом договоре обязательно указание на то, что работа является совместительством.

Особенности работы по совместительству для медицинских работников установлены в постановлении Минтруда России от 30 июня 2003 г. № 41 «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культур».

Минздравом России совместно с Минтрудом России подготовлено и направлено в регионы совместное письмо с разъяснением наиболее часто поступающих вопросов по трудовым отношениям.

*3. Может ли пандемия коронавируса послужить поводом для модернизации системы здравоохранения в России? Какие слабые места были выявлены министерством? Какие уроки извлечены и какие выводы уже были сделаны?*

Эффективная профилактика и контроль за инфекционными заболеваниями, в условиях угрозы появления новых инфекций, развития лекарственной устойчивости возбудителя, риска распространения высоковирулентных штаммов возбудителя, угрозы развития глобальных пандемий определяют необходимости качественного повышения уровня организации мероприятий по профилактике и оказанию медицинской помощи при инфекционных заболеваниях.

Необходимо развитие системы инфекционной службы в Российской Федерации, в том числе путем:

совершенствования нормативно-правового регулирования по вопросам предупреждения распространения инфекционных заболеваний, в том числе в части иммунопрофилактики инфекционных болезней. В этой связи необходимы: аудит имеющейся нормативно-правовой базы и внесение в законодательство Российской Федерации изменений, направленных на совершенствование положений, касающихся организации профилактических мероприятий и организации медицинской помощи населению при инфекционных заболеваниях;

совершенствования национального календаря профилактических прививок за счет расширения перечня профилактических прививок и контингентов лиц, подлежащих иммунизации;

оперативного мониторинга инфекционных заболеваний во всех медицинских организациях инфекционного профиля на всех уровнях оказания медицинской помощи, который позволяет своевременно выявлять возникновение неблагоприятной эпидемической ситуации и прогнозировать ее развитие. Это позволяет своевременно принимать управленческие решения по оптимизации использования имеющихся сил и средств для предупреждения и ликвидации медико-биологической угрозы населению;

интенсификации научных исследований в области профилактики, раннего выявления и лечения инфекционных заболеваний, а также внедрения передовых разработок в практику;

обеспечения медицинских организаций квалифицированными кадрами.

Учитывая изложенное, в целях реализации Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации 06.06.2019 № 254, Минздравом России ведется работа по подготовке плана по ее реализации, в проект которого будет предусматривать разработку проекта распоряжения Правительства Российской Федерации об утверждении Концепции развития инфекционной службы.

Кроме того, в части модернизации первичного звена здравоохранения необходимо отметить следующее. В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 9 октября 2019 г. № 1304 «Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения» высшие исполнительные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации (далее - разработчик) до 1 июля 2020 г. должны утвердить региональные программы модернизации.

По состоянию на 28.04.2020 разработчиками принято решение об участии в программах модернизации 3 268 из 10 067 медицинских организаций.

В результате реализации мероприятий программ модернизации первичного звена здравоохранения субъектами Российской Федерации в период 2020 -2024 годы планируется достижение следующих результатов:

обеспечить доступность и качество первичной медико-санитарной помощи и медицинской помощи, оказываемой в сельской местности, рабочих поселках, поселках городского типа и малых городах;

сформировать оптимальные схемы размещения объектов здравоохранения, на базе которых оказывается первичная медико-санитарная помощь населению, а также центральных районных и районных больниц, в

привязке к мероприятиям по развитию автомобильных дорог регионального и муниципального значения;

обеспечить транспортную доступность медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья;

создать оптимальную инфраструктуру медицинских организаций обеспечивающей 100-процентный охват населения первичной медико-санитарной помощью, посредством уменьшения неэффективно используемых площадей, уменьшения зданий медицинских организаций, находящихся в аварийном состоянии, требующих сноса, реконструкции и капитального ремонта;

увеличить число посещений сельскими жителями медицинских организаций, увеличить число посещений медицинскими работниками пациентов на дому, повысить комфортность получения медицинских услуг путем оснащения автомобильным транспортом медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, центральных районных и районных больниц, расположенных в сельской местности, поселках городского типа и малых городах;

оснастить медицинские организации, на базе которых оказывается первичная медико-санитарная помощь, а также центральные районные и районные больницы оборудованием с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья;

устранить дефицит кадров в первичном звене здравоохранения и повысить уровень их квалификации.

После окончания пандемии коронавирусной инфекции будет продолжена работа по реализации мероприятий в рамках модернизации первичного звена здравоохранения с целью улучшения организации оказания медицинской помощи населению в амбулаторно-поликлиническом звене, в том числе в части: строительства новых объектов здравоохранения, капитального ремонта и реконструкции старых объектов; закупки медицинского оборудования и автотранспорта.

*4. Насколько мировое сообщество и системы здравоохранения были готовы к предотвращению и принятию мер реагирования на возникновение коронавируса, который за короткий период времени показал способность пересекать государственные границы и угрожать населению всей планеты?*

Пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 выявила уязвимость систем здравоохранения стран мира. Перед инфекционными заболеваниями не существует границ. Все без исключения страны, независимо от уровня доходов и потенциала систем здравоохранения, оказались уязвимы перед COVID-19.

Хрупкость систем здравоохранения стран мира, отмечали лидеры «Группы двадцати» на виртуальном саммите, прошедшем 26 марта 2020 г. Пандемия COVID-19 «высветила системные недостатки в системах здравоохранения» и «показала уязвимость мирового сообщества к

предотвращению и реагированию на угрозы пандемии». Была подтверждена «озабоченность» лидеров «Группы двадцати» в отношении связанных с пандемией рисков для развивающихся и наименее развитых стран, где системы здравоохранения и экономики могут быть менее способными к тому, чтобы справиться с этой проблемой.

Всемирная организация здравоохранения, осуществляющая координацию международных усилий по борьбе с коронавирусом, неоднократно заявляла, что пандемия коронавируса поставила под угрозу даже самые устойчивые системы здравоохранения стран мира, и поэтому необходимо рассмотреть возможность полной реорганизации сектора здравоохранения. На первый план выходит необходимость повышения эффективности глобальных систем здравоохранения путем обмена знаниями и устранения разрыва в возможностях реагирования и подготовленности, а также необходимость планирования ответа на угрозу чрезвычайной ситуации.

*5. В части вопросов обеспечения медицинских организаций средствами индивидуальной защиты и аппаратами искусственной вентиляции легких (вопросы от Фракции Единая Россия - №№ 5, 8, 9, 32, 34, 35, вопрос № 8 от Фракции Справедливая Россия)*

В соответствии с поручением Председателя Правительства Российской Федерации М.В. Мишустина от 16.03.2020 № ММ-П9-1861 Минпромторг России определен ответственным по вопросам обеспечения средствами индивидуальной защиты и медицинского оборудования.

В части поставок в медицинские организации новых единиц оборудования отмечаем, что распоряжением Правительства Российской Федерации от 21.03.2020 № 706-р акционерное общество «Концерн радиоэлектронные технологии» определено единственным исполнителем осуществляемых Минпромторгом России в 2020 году закупок аппаратов искусственной вентиляции легких и экстракорпоральной мембранной оксигенации, включая услуги по их доставке организациям, осуществляющим медицинскую деятельность, находящимся в ведении органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации либо федерального органа исполнительной власти, установке и расширенному гарантийному обслуживанию.

Для борьбы с новой коронавирусной инфекцией в настоящее время дополнительно к утвержденным бюджетным ассигнованиям в здравоохранении за счет средств резервного фонда Правительства Российской Федерации по состоянию на 01.05.2020 выделено на приобретение аппаратов экстракорпоральной мембранной оксигенации, а также на приобретение аппаратов для искусственной вентиляции легких для оснащения медицинских организаций - 8 819 962,0 тыс руб.

Также распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.04.2020 № 1048-р уточнены правила использования выделенных регионам более 33,4 млрд рублей из резервного фонда Правительства Российской Федерации.

Помимо оснащения больниц дополнительным коечным фондом и системами централизованного снабжения медицинскими газами (кислородом), средства направляются также на обеспечение врачей и других работников структурных подразделений медицинских организаций средствами индивидуальной защиты.

На сегодняшний день на территории Российской Федерации в установленном порядке зарегистрировано 610 медицинских изделий, представляющих собой средства индивидуальной защиты и 204 аппарата искусственной вентиляции лёгких.

В связи с ситуацией с коронавирусной инфекцией приняты постановления Правительства Российской Федерации от 18.03.2020 № 299 «О внесении изменений в Правила государственной регистрации медицинских изделий» и от 03.04.2020 № 430 «Об особенностях обращения медицинских изделий, в том числе государственной регистрации серии (партии) медицинского изделия», в соответствии с которыми государственная регистрация некоторых видов медицинских изделий (средства индивидуальной защиты, аппараты искусственной вентиляции легких, медицинские изделия, предназначенные для диагностики коронавирусной инфекции) осуществляется в упрощенном порядке. В период с 18 марта по 27 апреля 2020 года зарегистрировано 136 медицинских изделий, представляющих собой средства индивидуальной защиты, а также 6 аппаратов искусственной вентиляции легких.

Министерством здравоохранения Российской Федерации в целях обеспечения наличия необходимых средств индивидуальной защиты на территории Российской Федерации в период с 21 марта по 28 апреля 2020 подтверждено, что ввозимые на территорию Евразийского экономического союза (в Российскую Федерацию) товары:

маски (лицевые/защитные/медицинские) в количестве 17 786 400 шт.;

защитные костюмы в количестве 3 938 110 шт.;

защитные очки в количестве 222 500 шт.

предназначены для применения в качестве средств индивидуальной защиты в целях реализации мер, направленных на предупреждение и предотвращение распространения на территории Российской Федерации новой коронавирусной инфекции COVID-2019.

Также Минздравом России совместно с Росздравнадзором направлено совместное информационное письмо от 14.04.2020 № 25-0/И/2-4683/04-2029/20 руководителям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья с просьбой проинформировать аптечные организации, находящиеся на территории их субъекта Российской Федерации, о возможности приема на реализацию масок лицевых гигиенических, которые не являются медицинскими изделиями.

*6. По вопросам создания стратегически неприкосновенных запасов средств защиты для медицинского персонала, лекарственных средств (вопрос № 14 от Фракции ЛДПР).*

В соответствии с поручением Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации-Руководителя Аппарата Правительства Российской Федерации Д.Ю. Григоренко от 27.03.2020 № ДГ-П9-2431кв Минпромторгу России поручено подготовить проекты нормативных правовых актов по вопросу создания промышленного запаса средств индивидуальной защиты, медицинских изделий и дезинфицирующих средств, а также лекарственных препаратов.

Минпромторгом России подготовлены соответствующие проекты распоряжений Правительства Российской Федерации, согласно которым предусматривается выделение Минпромторгу России из резервного фонда Правительства Российской Федерации в 2020 году бюджетных ассигнований на предоставление субсидии АО «Корпорация «Росхимзащита» на финансовое обеспечение затрат, связанных с созданием промышленного запаса средств индивидуальной защиты, медицинских изделий и дезинфицирующих средств и АО «Национальная иммунобиологическая компания» на финансовое обеспечение затрат в целях создания промышленного запаса лекарственных препаратов, а также проекты постановлений Правительства Российской Федерации об утверждении правил предоставления указанных субсидий.

Минздрав России предложил Минпромторгу России, который является основным исполнителем по данному вопросу, создать резерв фармацевтических субстанций и готовой продукции «in balk». Цикл производства при наличии фармацевтической субстанции составляет до 14 дней.

Нормативным правовым актом, регулирующим деятельность по экстермпоральному изготовлению лекарственных препаратов в аптечных организациях, являются Правила изготовления и отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность, утвержденные приказом Минздрава России от 26.10.2015 № 751н.

Современная фармацевтическая наука предлагает технологии и оборудование, которые могут быть использованы при аптечном изготовлении лекарственных препаратов, а также способны обеспечить необходимый уровень качества лекарственных препаратов, что и при их промышленном изготовлении, что подтверждается международным опытом.

Вместе с тем, внедрению указанных технологий в аптечную практику, следовательно, и развитию производственных аптек, препятствуют существующие ограничения на экстермпоральное изготовление лекарственных препаратов.

*7. Какие изменения будут внесены в программы подготовки и усовершенствования врачей с учетом наработанной практики в условиях строгого противоэпидемического режима?*

В целях обеспечения оперативного масштабного обучения по новой коронавирусной инфекции COVID-19 Минздравом России наращиваются

мощности обучения специалистов с помощью дистанционных образовательных технологий посредством интернет-портала непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России, в том числе по вопросам новой коронавирусной инфекции COVID-19.

В настоящее время прошли обучение 1 342 067, из которых медицинских работников с высшим образованием 486 420; медицинских работников со средним профессиональным образованием – 855 647.

Ведущими специалистами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Минздрава России активно проводятся вебинары для различных категорий медицинских работников, в том числе руководителей медицинских организаций. Общее число точек подключения медицинских организаций на 04.05.2020 составило 45 896 нарастающим итогом

Кроме того, Минздравом России в связи с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19 совместно с профильными специалистами разработан и направлен в подведомственные образовательные организации унифицированный образовательный модуль (программа) по инфекционным болезням, включая новую коронавирусную инфекцию COVID-19, который направлен на формирование и совершенствование у специалистов, в том числе других специальностей, профессиональных компетенций по диагностике, лечению и профилактике инфекционных болезней на принципах доказательной медицины.

Разработаны и размещены на портале тесты для самоконтроля/контроля знаний руководителей медицинских организаций и структурных подразделений, а также членов оперативных штабов по вопросам профилактики и организации оказания медицинской помощи при новой коронавирусной инфекции COVID-19. На 04.05.2020 прошли тестирование 87 414 человек.

Дистанционные образовательные технологии будут и дальше широко применяться. Бесспорно, опыт организации оказания медицинской помощи при пандемии, полученный в условиях строгого противоэпидемического режима, будет отражен в образовательных модулях и программах подготовки на дипломном и последипломном этапах.

*10. На 1 января 2019 года все медицинские организации должны были быть подключены на портале оперативного взаимодействия участников Единой государственной информсистемы здравоохранения (ЕГИСЗ). Насколько информация, представленная в этой системе, помогла при планировании ресурсов здравоохранения при заболеваемости коронавирусной инфекцией?*

Портал оперативного взаимодействия участников ЕГИСЗ (размещен по адресу: <http://portal.egisz.rosminzdrav.ru/>) используется для размещения материалов для использования органами управления здравоохранения субъектов Российской Федерации: инструкции, методически пояснения, презентации и обучающие видеоматериалы по работе в подсистемах и компонентах ЕГИСЗ.

Информация из подсистем ЕГИСЗ используется для сбора сведений о готовности медицинских организаций к приему и лечению пациентов с новой коронавирусной инфекцией, в том числе о состоянии коечного фонда, обеспечении оборудованием, наличии медицинского персонала. В настоящее время Минздравом России разработан информационный ресурс, который размещен по адресу в сети Интернет <https://covid.egisz.rosminzdrav.ru> (доступ предоставляется только авторизованным и идентифицированным пользователям) и включает в себя федеральный и региональные сегменты.

Поставщиками информации являются медицинские организации, территориальные органы Федерального медико-биологического агентства, Министерство транспорта Российской Федерации, Министерство цифрового развития, связи и массовых коммуникаций Российской Федерации.

Указанный информационный ресурс создан в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 31.03.2020 № 373 «Об утверждении временных правил учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» в целях обеспечения:

сбора и учета актуальной информации о пациентах с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции, лицах госпитализированных с признаками пневмонии и лицах контактировавших с вышеуказанными лицами;

организации обмена информацией между пользователями информационного ресурса о пациентах и контактировавших лицах с соблюдением требований законодательства Российской Федерации в области персональных данных;

осуществления мониторинга и контроля за предоставлением информации о пациентах и контактировавших лицах;

анализа информации о распространении новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации.

*11. Насколько подготовка инфекционистов, врачей узких специальностей российской системы здравоохранения соответствует мировым стандартам подготовки медицинских работников к эпидемии коронавируса?*

Система подготовки медицинских работников в Российской Федерации и иностранных государствах значительно отличается. Вместе с тем в целях подготовки специалистов по вопросу новой коронавирусной инфекции COVID-19 Минздравом России организована комплексная работа по обучению медицинских работников, в том числе посредством интернет-портала непрерывного медицинского и фармацевтического образования, программ повышения квалификации, вебинаров по различным темам, связанным с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Так, в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Минздрава России проведены 50 вебинаров для руководителей медицинских организаций, врачей медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи,

врачей-инфекционистов, врачей-эпидемиологов, врачей-пульмонологов, врачей-анестезиологов-реаниматологов, врачей-педиатров по вопросам содержания «Временных методических рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции COVID-2019», этиологии, эпидемиологии, алгоритма действий врача при выявлении пациентов с подозрением на заболевание, лабораторной диагностики, клинической симптоматики и лечения заболевания у детей и взрослых, диагностики и лечения внебольничных пневмоний, респираторной поддержки при остром респираторном дистресс-синдроме вследствие вирусной пневмонии, ЭКМО-экстракорпоральной поддержки жизни, профилактики, организации и проведения противоэпидемических мероприятий в амбулаторно-поликлиническом звене и стационарах соматического и инфекционного профилей для ограничения распространения новой коронавирусной инфекции COVID-2019. Общее число точек подключения медицинских организаций составило 45 896 нарастающим итогом.

На портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России размещены интерактивные образовательные модули (далее – ИОМ) для различных категорий медицинских работников по вопросам диагностики, лечения, профилактики коронавирусной инфекции COVID-19. Отдельно представлены модули по первичной медико-санитарной помощи на дому и для медицинских работников неинфекционных стационаров.

Обучение по указанным ИОМ прошли 1 345 609 нарастающим итогом, из которых 487 166 медицинских работников с высшим образованием; 858 443 медицинских работников со средним профессиональным образованием 816 515.

Активно применяются специально разработанные тренинговые программы: в учебно-аккредитационном центре Боткинской больницы г. Москвы разработана тренинговая программа повышения квалификации «Особенности ИВЛ у пациентов с вирусной пневмонией», по которой прошли обучение 245 врачей анестезиологов-реаниматологов.

Проведены вебинары для врачей анестезиологов-реаниматологов, врачей скорой медицинской помощи, врачей ультразвуковой диагностики, врачей первичного звена здравоохранения, врачей организаторов здравоохранения по темам: «Ультрасонография легких при вирусной пневмонии», «Расширенная ультрасонография при вирусной пневмонии. Диагностика жизнеугрожающих состояний», «Расширенная ультрасонография при вирусной пневмонии. Ультразвуковые критерии интерстициального синдрома. Роль фокусного ЭХО в оценке пациентов с вирусной пневмонией», «Ультрасонография легких при вирусной пневмонии. Ультразвуковые критерии синдрома консолидации. Плевро-пульмональные паттерны COVID-19. Протокол ультразвукового сканирования легких», «Фокусная кардио-пульмональная ультрасонография в условиях пандемии

COVID-19», в которых приняли участие 872 специалистов. Общая численность просмотров в записи составила 19 864.

Образовательными организациями, подведомственными Минздраву России, совместно с оперативными штабами субъектов Российской Федерации разработаны дополнительные профессиональные программы длительностью от 1 до 36 часов для различных групп специалистов по вопросам выявления, профилактики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19, по которым прошли обучение более 128 000 специалистов сферы здравоохранения. В том числе по программам сроком более 36 часов обучены 29 814 медицинских работников.

*12. В рамках государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640, предусмотрены меры по развитию в сельской местности сети фельдшерско-акушерских пунктов и офисов врачей общей практики. Обеспечивает ли количество действующих фельдшерско-акушерских пунктов и офисов врачей общей практики потребности населения по оказанию первичной медико-санитарной помощи в сельской местности Саратовской области? Существует ли дефицит кадров и какие меры принимаются Министерством здравоохранения Российской Федерации по укомплектованию фельдшерско-акушерских пунктов в сельской местности квалифицированными специалистами?*

В рамках реализации мероприятий федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» органами государственной власти субъектов Российской Федерации определена потребность в 2020 году в медицинских кадрах, в том числе в средних медицинских работниках для фельдшерско-акушерских (фельдшерских) пунктов и передвижных мобильных комплексов.

Определение реальной потребности во врачах и средних медицинских работниках в каждом субъекте Российской Федерации в разрезе каждой медицинской организации является ключевым механизмом реализации федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», который входит в структуру национального проекта «Здравоохранение», разработанного Минздравом России в 2018 году в целях выполнения Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

Другими механизмами устранения дефицита кадров также являются: увеличение приема на целевое обучение и объемов государственного задания, организация при образовательных организациях центров содействия трудоустройству выпускников и другие меры.

Вместе с тем, необходимо отметить, что с целью привлечения специалистов для работы в медицинские организации, расположенные в

сельской местности, осуществляется предоставление медицинским работникам адресных мер социальной поддержки (предоставление жилья, оплаты коммунальных услуг, компенсация оплаты найма жилья и т.д.).

С 2018 года в соответствии с государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на территории субъектов Российской Федерации реализуется программа «Земский фельдшер». За период 2018-2019 гг. в рамках реализации программы «Земский фельдшер» субъектами Российской Федерации привлечено 3 037 фельдшеров, из которых 1 278 фельдшеров ФАПов.

Реализуемые Минздравом России и органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья меры по укомплектованию фельдшерско-акушерских пунктов позволили значительно улучшить кадровое обеспечение указанных медицинских организаций фельдшерами.

Учитывая имеющееся кадровое насыщение фельдшерско-акушерских пунктов фельдшерами, с целью поэтапного укрепления кадрового потенциала ФАПов и необходимостью ликвидации дефицита акушерок в данных медицинских организациях Министерство здравоохранения Российской Федерации разработало проект постановления Правительства Российской Федерации «О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (далее – проект постановления), предусматривающий распространение единовременных компенсационных выплат на акушерок, а также медицинских сестер. В настоящее время проект постановления Правительства Российской Федерации проходит процедуру межведомственного согласования.

Таким образом, предоставление единовременных компенсационных выплат акушеркам и медицинским сестрам, наравне с фельдшерами и врачами, положительно отразится на доступности и качестве медицинской помощи населению субъектов Российской Федерации.

В рамках реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение» на 2019-2020 годы запланировано создание/замена более 1 550 фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий в населенных пунктах с числом жителей от 100 до 2000 человек. Результатом этих мероприятий станет обеспечение доступности первичной медико-санитарной помощи во всех подобных населенных пунктах на территории страны.

На текущий момент в Российской Федерации, по данным геоинформационной системы Минздрава России, имеется 130 населенных пунктов, где первичная медико-санитарная помощь недоступна, в том числе 7 – в Саратовской области.

В 2019 году на территории Саратовской области было создано 11 новых фельдшерско-акушерских пунктов. До конца 2020 года запланировано осуществить создание/замену еще 24 объектов здравоохранения. По

информации, представленной министерством здравоохранения Саратовской области, все созданные в 2019 году фельдшерско-акушерские пункты оснащены в соответствии с Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н, укомплектованы квалифицированными кадрами, имеют лицензию на осуществление медицинской деятельности и уже оказывают медицинскую помощь прикрепленному населению.

*13. В своем послании Федеральному Собранию Российской Федерации 15 января 2020 года Президент Российской Федерации В.В.Путин одним из основных вопросов обозначил необходимость привлечения кадров в медицину. Как Министерство здравоохранения Российской Федерации оценивает ситуацию с обеспечением населения медицинскими работниками высшего и среднего звена в регионах Российской Федерации и, в частности, Саратовской области? Какие меры принимаются Министерством здравоохранения Российской Федерации по снижению в текущем году дефицита врачей и среднего медицинского персонала с учетом ситуации, связанной с распространением новой коронавирусной инфекции?*

Выполнение задачи по привлечению кадров в медицину является на современном этапе одной из ключевых задач в кадровой политике в здравоохранении.

С 1 января 2019 г. осуществляется реализация мероприятий, предусмотренных Федеральным проектом «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», который входит в структуру национального проекта «Здравоохранение», разработанного Минздравом России в 2018 году в целях выполнения Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», направленным на устранение кадрового дефицита врачей и средних медицинских работников, прежде всего, «первичного звена» здравоохранения, а также обеспечение врачами кардиологической, онкологической и педиатрической служб.

Основной акцент в решении кадрового вопроса Минздрав России делает на развитии системы целевой подготовки специалистов, а также на расширении региональных мер социальной поддержки медицинских работников для закрепления их в государственных и муниципальных медицинских организациях.

Одним из ключевых показателей в здравоохранении является обеспеченность населения врачами и средним медицинскими работниками в расчете на 10 тыс. населения. Обеспеченность населения Российской Федерации врачами в 2019 году составила 37,6, а обеспеченность средними медработниками - 85,8 (включая физических лиц без медицинского образования, занимающих должности среднего медицинского образования). В 2019 году численность врачей в Российской Федерации увеличилась на 2665 человек по сравнению с 2018 годом.

В этот же период обеспеченность населения Приволжского федерального округа врачами составила 36,1, средними медработниками – 90,0. Показатель обеспеченности населения Саратовской области врачами в 2019 году составила 37,2, средними медработниками – 88,3.

Таким образом, обеспеченность населения Саратовской области врачами ниже, чем в среднем по Российской Федерации на 1,1%, но выше, чем в среднем по Приволжскому федеральному округу на 3,0%, а обеспеченность средними медицинскими работниками выше, чем в среднем по России на 2,9%.

Саратовская область, как и другие субъекты, реализует региональный кадровый проект «Медицинские кадры Саратовской области», который является составляющей федерального проекта.

С учетом ситуации, связанной с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19, Минздравом России принимаются оперативные меры по обеспечению медицинских организаций врачами и средним медицинским персоналом.

Минздравом России (приказ Минздрава России от 19.03.2020 №198н) определены минимальные квалификационные требования к специалистам в целях привлечения к оказанию медицинской помощи пациентам с COVID-19 более широкого круга медицинских работников, так, например, допускается привлечение под контролем врачей - специалистов определенных категорий обучающихся (ординаторов и студентов старших курсов медицинских вузов и колледжей), а также лиц, имеющих медицинское образование, не работавших по своей специальности более пяти лет, при условии обязательного прохождения обучения по краткосрочным дополнительным профессиональным программам.

Приказом Минздрава России от 14 апреля 2020 г. № 327н «Об особенностях допуска физических лиц к осуществлению медицинской деятельности и (или) фармацевтической деятельности без сертификата специалиста или свидетельства по аккредитации специалиста и (или) по специальностям, не предусмотренным сертификатом специалиста или свидетельством по аккредитации специалиста» установлена возможность медицинским работникам осуществлять профессиональную деятельность только на основании документов об образовании и квалификации без прохождения дополнительных процедур допуска (сертификационный экзамен, аккредитация специалистов), а также установлен мораторий до 1 января 2021 года на необходимость получения сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста для осуществления профессиональной деятельности и продлен срок действия сертификатов специалиста на 12 месяцев, в случае окончания срока их действия в период пандемии.

В целях повышения мотивации медицинских работников в соответствии с Правилами предоставления в 2020 году иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются

бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства Российской Федерации, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 2 апреля 2020 г. № 415, осуществляются выплаты стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией (оказывающим скорую медицинскую помощь, первичную медико-санитарную помощь, специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях).

В целях осуществления выплат стимулирующего характера за выполнение особо важных работ в апреле-июне 2020 года медицинским и иным работникам, непосредственно работающим с гражданами, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19 в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 12 апреля 2020 г. № 484 будут осуществлены выплаты в следующих размерах:

а) оказывающим скорую медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19, врачам - 50 тыс. рублей в месяц, среднему медицинскому персоналу, младшему медицинскому персоналу и водителям скорой медицинской помощи - 25 тыс. рублей в месяц;

б) оказывающим специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19, врачам - 80 тыс. рублей в месяц, среднему медицинскому персоналу - 50 тыс. рублей в месяц, младшему медицинскому персоналу - 25 тыс. рублей в месяц.

*14. Планируется ли доведение окладов врачебного и сестринского персонала до уровня оплаты в соответствии с «дорожной картой» (утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 28.12.2012 № 2599-р «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения»)?*

Реализация Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» позволила повысить уровень средней заработной платы медицинским работникам до 100% и 200% к средней заработной плате наемных работников в регионах.

Поручениями Президента Российской Федерации от 26 февраля 2019 г. № Пр-294 (подпункт «ж» пункта 6) и Правительства Российской Федерации от 1 февраля 2019 г. № ТГ-П12-718 руководителям федеральных органов исполнительной власти и высшим должностным лицам (руководителям высших органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации) поручено обеспечить в 2019 году и последующие периоды неснижение установленных указами Президента Российской Федерации показателей повышения оплаты труда отдельных категорий работников бюджетной сферы.

В соответствии со статьей 144 Трудового кодекса Российской Федерации системы оплаты труда работникам государственных и муниципальных учреждений субъектов Российской Федерации устанавливаются коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами, принимаемыми в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации и нормативными правовыми актами органов местного самоуправления.

Трудовой кодекс Российской Федерации как кодифицированный акт призван обеспечить единый подход к регулированию трудовых и иных непосредственно связанных с ними отношений и не должен регулировать отношения, связанные с определением отдельных конкретных показателей, достижение которых обеспечивается подзаконными актами с учетом социально-экономического развития страны на том или ином ее этапе.

Обозначенное в вопросе, по сути, исключение отдельных категорий работников государственных и муниципальных учреждений из общих правил правового регулирования поставит в неравное положение с ними иные категории работников, в том числе также осуществляющих социально значимую деятельность (например, социальных работников, преподавателей образовательных учреждений высшего профессионального образования).

Включение в Трудовой кодекс Российской Федерации положений, устанавливающих определенный уровень заработной платы работников бюджетной сферы, не представляется целесообразным, поскольку глава 21 «Заработная плата» включает общие, обязательные для всех категорий работников принципы и правила установления, исчисления, порядка выплаты заработной платы, оплаты труда в особых условиях, а предлагаемое Законопроектом положение может быть предметом подзаконного нормативного правового акта, сформированного, в том числе с учетом отраслевой специфики.

В соответствии с поручениями Президента Российской Федерации Минздравом России совместно с Минтрудом России организована работа по совершенствованию отраслевой системы оплаты труда медицинских работников, включая, в том числе единые подходы к установлению должностных окладов с учетом их увязки с показателями экономической эффективности регионов.

*15 По вопросам финансирования для борьбы с распространением коронавируса, а также по поддержке и модернизации системы здравоохранения в регионах Российской Федерации, в частности в Новосибирской области? (в том числе по вопросу № 4 от Фракции КПРФ).*

Для поддержки и модернизации системы здравоохранения в субъектах Российской Федерации в настоящее время проводятся мероприятия по увеличению бюджетных ассигнований резервного фонда Правительства Российской Федерации на 2020 год в целях финансового обеспечения мероприятий, связанных с предотвращением влияния ухудшения

экономической ситуации на развитие отраслей экономики, с профилактикой и устранением последствий распространения новой коронавирусной инфекции.

Объем бюджетных ассигнований на реализацию государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640, в 2020 году составил 493 369,3 млн рублей, что на 147 558,4 млн рублей (42,7%) больше соответствующего показателя по итогам 2019 года и на 244 196,1 млн рублей (98,0%) больше соответствующего показателя 2018 года.

Для борьбы с новой коронавирусной инфекцией в настоящее время дополнительно к утвержденным бюджетным ассигнованиям в отрасль «Здравоохранение» за счет средств резервного фонда Правительства Российской Федерации по состоянию на 01.05.2020 привлечено 146 433,6 млн рублей, в том числе:

на оснащение (переоснащение) дополнительно создаваемого, перепрофилируемого и (или) модернизируемого коечного фонда медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и местным администрациям муниципальных образований, для оказания медицинской помощи больным новой коронавирусной инфекцией в соответствии с общими требованиями к оснащению коек для пациентов с новой коронавирусной инфекцией, утвержденными Минздравом России, - 65 846 336,0;

на приобретение аппаратов экстракорпоральной мембранной оксигенации, а также на приобретение аппаратов для искусственной вентиляции легких для оснащения медицинских организаций - 8 819 962,0;

на осуществление закупки автомобилей скорой медицинской помощи для нужд субъектов Российской Федерации в целях борьбы с последствиями распространения новой коронавирусной инфекции - 5 208 000,0;

на осуществление выплат стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией, за счет средств резервного фонда Правительства Российской Федерации - 10 223 400,0;

на осуществление выплат стимулирующего характера за выполнение особо важных работ медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19 - 41 773 665,7;

на осуществление выплат стимулирующего характера за выполнение особо важных работ медицинским работникам, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи гражданам, в федеральных государственных учреждениях - 7 381 700,0;

на оснащение (переоснащение) дополнительно создаваемого, перепрофилируемого и (или) модернизируемого коечного фонда медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, для оказания медицинской помощи больным новой коронавирусной инфекцией в соответствии с общими требованиями к оснащению коек для пациентов с новой коронавирусной инфекцией, утвержденными Минздравом России - 5 288 848,0;

на выполнение работ по разработке средств профилактики и диагностики новой коронавирусной инфекции - 1 891 700,0.

В части Новосибирской области предусмотрены иные межбюджетные трансферты объемом 293 717, 5 рублей, из них на:

осуществление выплат стимулирующего характера за выполнение особоважных работ медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция – 151 857,5;

осуществление выплат стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией – 109 700,2;

приобретение аппаратов для искусственной вентиляции легких для медицинских организаций - 32 159,8.

*16. По вопросам, касающимся проведения телемедицинских консультаций (в том числе по вопросу № 6 от Фракции ЛДПР)*

Особенности медицинской помощи, оказываемой с применением телемедицинских технологий, урегулированы Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ), приказом Минздрава России от 30 ноября 2017 г. № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

Таким образом, с целью оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-2019 обеспечена возможность реализации дистанционного взаимодействия медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями по системе «врач-пациент» посредством обращения за телемедицинской консультацией пациента с использованием Единого портала государственных и муниципальных услуг в медицинскую организацию.

Кроме того, приказом Минздрава России от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» на базе подведомственных Минздраву России учреждений созданы федеральные дистанционные консультативные центры анестезиологии-реаниматологии для взрослых, беременных и детей по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний, а также утвержден

порядок взаимодействия федеральных дистанционных консультативных центров анестезиологии-реаниматологии по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний с дистанционными консультативными центрами анестезиологии-реаниматологии в субъектах Российской Федерации по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний. Определен единый номер колл-центра федеральных дистанционных реанимационных консультативных центров 8-800-200-46-46.

На Едином портале государственных и муниципальных услуг Минздравом России совместно с Минкомсвязью России реализован сервис самообследования для граждан. Заполняя опросник на портале, граждане могут вести дневник здоровья и оценить свои риски заражения новой коронавирусной инфекцией, на 28.04.2020 обратилось 491 130 граждан, 90 590 граждан заполнили информацию о своем состоянии здоровья.

Дополнительно Минздравом России прорабатывается возможность дистанционного взаимодействия медицинских работников с пациентами и их законными представителями (система «врач-пациент»), оформления в электронной форме рецепта врача (фельдшера) по лекарственным препаратам для медицинского применения и медицинским изделиям посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг.

*17. Постановлением Правительства Российской Федерации от 02.04.2020 № 415 утверждены Правила предоставления в 2020 году иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства Российской Федерации, в целях софинансирования, в том числе в полном объеме, расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении выплат стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией».*

*Указанный документ не включает выплаты для работников скорой медицинской помощи, непрофильных (неспециализированных) амбулаторных и стационарных подразделений, оказывающих медицинскую помощь с неизвестным на момент обращения диагнозом, а также врачей среднего медицинского персонала, иных специалистов, которые непосредственно не оказывают медицинскую помощь, но обеспечивают ее оказание, в том числе специалистов функциональной и лабораторной диагностики, рентгенологических, патологоанатомических подразделений.*

*Считает ли Министерство здравоохранения Российской Федерации, что следует внести вышеуказанных работников в постановление Правительства Российской Федерации от 02.04.2020 № 415, а также произвести замену для уточнения начисления «фактически отработанного времени» на определение, к примеру, «доли отработанных дней (часов) по*

*графику медицинского работника каждой должности за месяц в процентах»?*

Минздравом России в адрес органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья направлены разъяснения по вопросу осуществления выплат стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией (письмо от 06.05.2020 № 16-3/И/2-5951).

*18.-19 Министерство обороны Российской Федерации с апреля осуществляет проведение весеннего призыва. При этом на освидетельствование призывников привлекаются врачи государственных медицинских организаций, что при существующей укомплектованности врачами создает серьезные проблемы в условиях борьбы с коронавирусной инфекцией. Прорабатывался ли данный вопрос Министерством здравоохранения Российской Федерации? В настоящее время поступают обращения от военкоматов по вопросу тестирования призывников на коронавирус. Суть вопроса состоит в том, что массовое тестирование призывников на момент освидетельствования не несет диагностической ценности и требует серьезных финансовых ресурсов. Что планируется Министерством здравоохранения Российской Федерации сделать в данном направлении?*

В соответствии с информацией, полученной из Министерства обороны Российской Федерации, Федеральным законом от 28.03.1998 № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе» с 1 апреля по 15 июля проводится призыв граждан на военную службу. В нем участвуют все субъекты Российской Федерации, за исключением трех, в которых он проводится только осенью: Республика Коми, Ненецкий и Ямало-Ненецкий автономные округа.

Созданы 82 призывные комиссии субъектов Российской Федерации, возглавляемые высшими должностными лицами, и более 2,5 тысяч (2575) призывных комиссий муниципальных образований.

Для медицинского освидетельствования и медицинского осмотра призывников привлекается более 25 тысяч врачей-специалистов и среднего медицинского персонала. С учетом проводимых мероприятий по противодействию распространению коронавирусной инфекции в планы их работы внесены корректировки.

При этом вызов призывников перенесен на более поздние сроки, и выполняются мероприятия, которые можно провести без их прибытия в военные комиссариаты. С целью принятия объективного решения о годности призывников к военной службе по состоянию здоровья получены и обработаны списки граждан, состоящих на учете в наркологических и психиатрических диспансерах, проведен комплекс медицинских исследований в отношении 134000 призывников, в том числе снятие электрокардиограммы, исследования на ВИЧ, гепатиты В и С.

С целью предупреждения распространения коронавирусной инфекции военные комиссариаты переведены на усиленный противоэпидемический режим работы. С 6 мая на базе призывных пунктов начинают работу призывные комиссии муниципальных образований.

На входе в каждый призывной пункт организован «барьерный контроль» с использованием бесконтактной термометрии, во всех помещениях, в том числе в кабинетах врачей-специалистов предусмотрено проведение дезинфекции и санитарной обработки. Медицинскими масками для сотрудников, а также дезинфицирующими средствами военные комиссариаты обеспечены на весь период призыва.

С 20 мая начинаются отправки в войска призывников со сборных пунктов. При этом на контрольно-пропускных пунктах развернуты медицинские посты, организована бесконтактная термометрия, во всех помещениях, в том числе в кабинетах врачей-специалистов, предусмотрено проведение санитарной обработки.

Для дезинфекции автотранспорта, территории и помещений сборных пунктов привлечены подразделения и специальная техника войск Минобороны России.

Каждый призывник сразу же после прибытия на сборный пункт в специально оборудованных помещениях будет проходить экспресс-тестирование на наличие коронавирусной инфекции (*время теста - 15 мин*). Только после получения отрицательного результата он будет проходить медицинский осмотр, профессиональный психологический отбор и другие мероприятия.

До военных комиссариатов доведен алгоритм действий при выявлении у сотрудников или призывников коронавирусной инфекции, проведены занятия по организации работы сборного пункта, проверена готовность изоляторов.

Для обеспечения сохранения здоровья граждан, призванных на военную службу, все воинские перевозки спланированы так, чтобы исключить контакты с другими гражданами. С целью предотвращения распространения инфекции в воинских частях предусмотрено проведение двухнедельного карантина для вновь прибывших военнослужащих.

*20. Коронавирус (COVID-19) – один из видов вирусной инфекции, который парализовал многие страны мира. Какие меры будут приняты Министерством здравоохранения Российской Федерации для того, чтобы организовать работу по борьбе с коронавирусом и его профилактикой с перспективой на будущее?*

Минздравом России в целях совершенствования инфекционной службы Российской Федерации в рамках реализации Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации 06.06.2019 № 254, предусмотрена подготовка в 2020 году плана по ее реализации, в который предлагается включить подготовку проекта распоряжения Правительства Российской Федерации «Об утверждении Концепции развития

инфекционной службы», в которую войдут основные мероприятия, направленные на совершенствование нормативно-правового регулирования по вопросам предупреждения распространения инфекционных заболеваний, в том числе в части иммунопрофилактики инфекционных болезней; совершенствование национального календаря профилактических прививок за счет расширения перечня профилактических прививок и контингентов лиц, подлежащих иммунизации; внедрение оперативного мониторинга инфекционных заболеваний во всех медицинских организациях инфекционного профиля на всех уровнях оказания медицинской помощи, который позволит своевременно выявлять возникновение неблагоприятной эпидемической ситуации и прогнозировать ее развитие; интенсификацию научных исследований в области профилактики, раннего выявления, диагностики, лечения и реабилитации инфекционных заболеваний, а также внедрения передовых разработок в практику; обеспечение медицинских организаций квалифицированными кадрами и т.д.

*21. На примере коронавируса мы видим, что люди по-разному переносят это заболевание. По мнению специалистов, это зависит от иммунитета. Разработаны ли Министерством здравоохранения Российской Федерации программы по повышению иммунитета населения?*

Минздравом России разработаны Временные методические рекомендации по вопросам профилактики, диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 (6 версия от 28.04.2020 доступна на официальном сайте Минздрава России), в которой отражены вопросы профилактики новой коронавирусной инфекции.

*22. Каким образом отразится сокращение в рамках регуляторной гильотины некоторых санитарно-эпидемиологических требований к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность, на оказание помощи населению, в том числе по борьбе с инфекционными заболеваниями?*

В соответствии с поручением Правительства Российской Федерации от 30.01.2019 № ДМ-ПЗ6-608 о решениях, направленных на совершенствование нормативно-правового регулирования контрольно-надзорных функций («регуляторная гильотина»), а также перечнем поручений Президента Российской Федерации по реализации послания Федеральному Собранию Российской Федерации от 26.02.2019 №Пр-294 (п. 3б) прекращение действия устаревших нормативных правовых актов, а также отмена всех нормативных правовых актов, устанавливающих требования, соблюдение которых подлежит проверке при осуществлении государственного контроля (надзора) должно сопровождаться введением в действие новых норм, содержащих актуализированные требования, разработанные с учётом риск-ориентированного подхода и современного уровня технологического развития в соответствующих сферах.

Таким образом, исходя из поручений, регуляторная гильотина не предусматривает отмену санитарно-эпидемиологических требований, а направлена на актуализацию требований с учетом риск-ориентированного подхода. Одновременно сообщаем, разработка и утверждение

государственных санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов является полномочием Роспотребнадзора в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 № 322 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека».

*23. В Москве и Московской области принято решение о тестировании на коронавирус всех пациентов с признаками ОРВИ. Каким образом происходит эта работа и планируется ли принять в других субъектах Российской Федерации аналогичное решение?*

Согласно Временным методическим рекомендациям по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции COVID-19 (версия № 6 от 28.04.2020) лабораторное обследование на COVID-19 с применением методов амплификации нуклеиновых кислот в обязательном порядке проводится следующим категориям лиц:

1) вернувшиеся на территорию Российской Федерации с признаками респираторных заболеваний;

2) контактировавшие с больным COVID-2019;

3) с диагнозом «внебольничная пневмония»;

4) старше 65 лет, обратившиеся за медицинской помощью с симптомами респираторного заболевания;

5) медицинские работники, имеющие риски инфицирования COVID-2019 на рабочих местах, – 1 раз в неделю, а при появлении симптомов, не исключающих COVID-2019, – немедленно;

6) находящиеся в учреждениях постоянного пребывания независимо от организационно-правовой формы (специальные учебно-воспитательные учреждения закрытого типа, кадетские корпуса, дома-интернаты, учреждения ФСИН России) и персонал таких организаций – при появлении симптомов респираторного заболевания.

Лабораторное обследование на COVID-19 также рекомендуется проводить всем лицам с признаками острой респираторной инфекции по назначению медицинского работника.

В соответствии с пунктом 3 перечня поручений по итогам заседания президиума Координационного совета при Правительстве Российской Федерации по борьбе с распространением новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации, утвержденного М.В. Мишустинным 27.03.20 № ММ-П13-2437кв, полномочия по распределению произведенных и зарегистрированных в установленном порядке в Российской Федерации государственными учреждениями и предприятиями тест-систем для диагностики новой коронавирусной инфекции возложены на Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Одновременно с этим в соответствии с пунктом 3.4 протокола заседания рабочей группы Государственного совета Российской Федерации по противодействию распространению новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-NCOV, от 24.03.2020 № 4-28-7/20 Федеральной службе по

надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека совместно с высшими должностными лицами субъектов Российской Федерации дано поручение провести проверку наличия в регионах в субъектах Российской Федерации реагентов для проведения диагностики на новую коронавирусную инфекцию COVID-19, а также обеспечить их наличие в соответствии с имеющейся потребностью.

По информации, представленной Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, обеспечение тест-системами для диагностики новой коронавирусной инфекции COVID-19 государственных медицинских организаций и лабораторий частной формы собственности проводится на основе еженедельно представляемых заявок.

*24. Проблема обращения с медицинскими отходами в период коронавируса актуальна как никогда. Объемы образования инфицированных медицинских отходов возросли на порядок. И они образуются в том числе у населения, которое лечится дома или просто используют средства защиты. В итоге все смешивается вместе с твердыми коммунальными отходами (ТКО) и везется на свалку.*

*Более 10 лет назад медицинские отходы были выведены из зоны регулирования Федерального закона 24.06.1998 № 89-ФЗ «Об отходах производства и потребления». У медицинских отходов своя классификация, требования к сбору, транспортированию, утилизации (преимущественно сжигание). Сейчас эта деятельность не нормируется и не лицензируется. Контроля за обращением с медицинскими отходами аналогичного обращению с твердыми коммунальными отходами нет (от образования до утилизации посредством геоинформационных систем).*

*Сейчас, в период коронавирусной инфекции, возникли 2 фактора опасности:*

- увеличение объемов образования медицинских отходов, в том числе инфицированных (потенциально опасных для жизни и здоровья человека);*
- размещение таких отходов на полигоне твердых коммунальных отходов, что оказывает вред окружающей среде.*

*Видит ли Министерство здравоохранения Российской Федерации в условиях коронавируса угрозу, связанную с объемами образования медицинских отходов, опасностью заражения и загрязнением окружающей среды?*

*Планирует ли министерство заняться проблематикой медицинских отходов? Что делать населению с использованными медицинскими масками и перчатками? Как их собирать и что с ними делать дальше?*

Согласно статье 49 Федерального закона № 323-ФЗ медицинскими отходами являются все виды отходов, в том числе анатомические, патолого-анатомические, биохимические, микробиологические и физиологические, образующиеся в процессе осуществления медицинской деятельности и фармацевтической деятельности, деятельности по производству лекарственных средств и медицинских изделий, а также деятельности в области использования возбудителей инфекционных заболеваний и генно-

инженерно-модифицированных организмов в медицинских целях, а также при производстве, хранении биомедицинских клеточных продуктов.

В соответствии с частью 3 статьи 49 Федерального закона № 323-ФЗ медицинские отходы подлежат сбору, использованию, обезвреживанию, размещению, хранению, транспортировке, учету и утилизации в порядке, установленном законодательством в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Требования к обращению (сбору, временному хранению, обеззараживанию, обезвреживанию, транспортированию) с отходами, образующимися в организациях при осуществлении медицинской и/или фармацевтической деятельности, выполнении лечебно-диагностических и оздоровительных процедур, а также к размещению, оборудованию и эксплуатации участка по обращению с медицинскими отходами, санитарно-противоэпидемическому режиму работы при обращении с медицинскими отходами установлены санитарно-эпидемиологическими требованиями СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требованиями к обращению с медицинскими отходами», утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 09.12.2010 № 163 (далее - СанПиН 2.1.7.2790-10), контроль за соблюдением которых осуществляется Роспотребнадзором.

Согласно пункту 2.1 СанПиН 2.1.7.2790-10 медицинские отходы в зависимости от степени их эпидемиологической, токсикологической и радиационной опасности, а также негативного воздействия на среду обитания и здоровье человека подразделяются на пять классов опасности, в том числе на классы Б и В – эпидемиологически опасные отходы и чрезвычайно эпидемиологически опасные отходы, к которым, в частности, относятся инфицированные и потенциально инфицированные отходы, материалы и инструменты, предметы, загрязненные кровью и/или другими биологическими жидкостями, пищевые отходы из инфекционных отделений а также материалы, контактировавшие с больными инфекционными болезнями, которые могут привести к возникновению чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения и требуют проведения мероприятий по санитарной охране территории.

Вместе с тем, в соответствии с пунктом 2.2 СанПиН 2.1.7.2790-10 после аппаратных способов обеззараживания с применением физических методов и изменения внешнего вида отходов, исключающего возможность их повторного применения, отходы, в том числе классов Б и В могут накапливаться, временно храниться, транспортироваться, уничтожаться и захораниваться совместно с отходами класса А - эпидемиологически безопасными отходами, по составу приближенными к твердым бытовым отходам.

Таким образом, вопросы обращения медицинских отходов класса В уже урегулированы санитарно-эпидемиологическими требованиями. Кроме того, Роспотребнадзором даны разъяснения населению по утилизации

использованных медицинских масок и резиновых одноразовых перчаток, которые размещены на официальном сайте ведомства.

*25. Все больше сил и средств системы здравоохранения перераспределяется на борьбу с новой коронавирусной инфекцией: перепрофилируется коечный фонд, в том числе многопрофильных стационаров, в инфекционные отделения, врачи неврологи, кардиологи, терапевты и врачи других специальностей переучиваются для работы в таких отделениях, во многих регионах ограничена плановая госпитализация пациентов. Не приведет ли это к снижению доступности медицинской помощи для граждан, страдающих хроническими заболеваниями, онкологией, сердечно-сосудистой патологией?*

В условиях распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 необходимо принятие дополнительных мер по организации оказания медицинской помощи больным социально значимыми заболеваниями, а в особенности с сердечно-сосудистыми заболеваниями, как одной из основных причин смертности.

Ожидается, что в 2020 году существенное влияние на достижение целевых показателей федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» окажут временное приостановление профилактических осмотров, диспансеризации и ограничение плановых посещений, а также изменение маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в связи с перепрофилированием медицинских организаций.

В целях нивелирования указанных рисков руководителям регионов направлены рекомендации о необходимости принять меры по активизации диспансерного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, включая организацию дистанционных (телемедицинских) консультаций, а также обеспечение регулярного мониторинга за состоянием здоровья, в том числе с использованием телефонного звонка, sms-сообщения, электронного письма и других способов коммуникации. По данным формы федерального статистического наблюдения № 12, в 2019 году пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями было более 22,8 млн человек взрослого населения.

Особое внимание рекомендовано уделить пациентам, состоящим под диспансерным наблюдением, в связи с наличием следующих заболеваний: ишемической болезни сердца (особенно после перенесенного инфаркта миокарда), хронической сердечной недостаточности, фибрилляции предсердий, а также с последствиями перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения.

Главам регионов рекомендовано взять под личный контроль обеспечение лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда и другие острые сердечно-сосудистые заболевания, лекарственными препаратами в амбулаторных условиях, в рамках реализации мероприятий по профилактике развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска.

В связи с эпидемиологической ситуацией необходимо обеспечить оформление рецептов на лекарственные препараты пациентам с хроническими заболеваниями на максимально длительные сроки в соответствии с положениями Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, утвержденных приказом Минздрава России от 14.01.2019 № 4н.

При организации работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, необходимо обеспечить возможность дистанционной выписки лекарственных препаратов, доставки их на дом (пункт 2.15 Приложения № 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 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»).

Кроме того, в целях обеспечения доступности лекарственных препаратов для указанной группы пациентов субъектам Российской Федерации необходимо проанализировать количество аптечных организаций, работающих в круглосуточном режиме, и в случае необходимости принять необходимые меры по увеличению количества таких организаций.

*26. Приняты решения по упрощению обращения и государственной регистрации лекарственных препаратов и медицинских изделий, которые предназначены для применения в условиях военных действий, чрезвычайных ситуаций, предупреждения чрезвычайных ситуаций, профилактики и лечения заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Как будет контролироваться эффективность, безопасность и качество данной продукции?*

В соответствии с положениями постановления Правительства Российской Федерации от 03.04.2020 № 441 «Об особенностях обращения лекарственных препаратов для медицинского применения, которые предназначены для применения в условиях угрозы возникновения, возникновения и ликвидации чрезвычайной ситуации и для организации оказания медицинской помощи лицам, пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций, предупреждения чрезвычайных ситуаций, профилактики и лечения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, заболеваний и поражений, полученных в результате воздействия неблагоприятных химических, биологических, радиационных факторов» (далее – постановление Правительства Российской Федерации № 441) для лекарственных препаратов для медицинского применения, которые предназначены для применения в условиях угрозы возникновения, возникновения и ликвидации чрезвычайной ситуации, предусмотрена возможность замены лабораторных экспертиз исследованиями (испытаниями), проводимыми в отношении лекарственного препарата в целях его ввода в гражданский оборот в соответствии со статьей 52.1

Федерального закона № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (далее – Федеральный закон № 61-ФЗ).

При осуществлении государственной регистрации таких лекарственных препаратов устанавливается, при необходимости, одно или несколько следующих условий:

- введение ограничений по применению лекарственного препарата для его безопасного применения;
- уведомление Росздравнадзора о каждом факте применения лекарственного препарата;
- обязательность проведения пострегистрационных клинических исследований, результаты которых являются основанием для оценки отношения ожидаемой пользы к возможному риску применения лекарственного препарата при подтверждении его государственной регистрации;
- обязательность посерийного выборочного контроля качества лекарственных средств в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Таким образом, гарантируется контроль качества и безопасности данных препаратов, поступающих в обращение.

В соответствии с пунктом 27 постановления Правительства Российской Федерации № 441 фармнадзор лекарственных препаратов, введенных в обращение на основании разрешения на временное обращение, осуществляется в соответствии со статьей 64 Федерального закона № 61-ФЗ.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 18.03.2020 № 299 «О внесении изменений в Правила государственной регистрации медицинских изделий» введена упрощенная процедура регистрации некоторых видов медицинских изделий (респираторов, медицинских масок, изолирующих халатов и костюмов, а также перчаток и бахил), необходимых для предупреждения распространения инфекционных заболеваний. Дополнительные меры введены постановлением Правительства Российской Федерации от 3 апреля 2020 г. № 430 «Особенности обращения медицинских изделий, в том числе государственной регистрации серии (партии) медицинских изделий». В перечень к указанному постановлению вошли аппараты искусственной вентиляции лёгких (аппарат ИВЛ) разных видов, оксигенаторы, перчатки, костюмы изолирующие, халаты медицинские, маски разных видов, термометры и т.д. После ввоза в Российскую Федерацию незарегистрированных медицинских изделий по перечню, предусмотренному приложением к указанному документу, заявитель обязан в течение 3 рабочих дней со дня ввоза направить в Росздравнадзор сведения о сериях (партиях) ввезенных незарегистрированных медицинских изделий, в том числе сведения о месте хранения этих изделий.

В соответствии со статьей 96 Федерального закона № 323-ФЗ медицинские изделия, находящиеся в обращении на территории Российской Федерации, подлежат мониторингу безопасности в целях выявления и предотвращения побочных действий, не указанных в инструкции

по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, нежелательных реакций при его применении, особенностей взаимодействия медицинских изделий между собой, фактов и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий.

В целях обеспечения безопасности медицинских изделий, разрешённых к применению в Российской Федерации, субъектами обращения медицинских изделий в Росздравнадзор представляются сведения о серьезных, непредвиденных (не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации) неблагоприятных событиях, особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, любых фактах и обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий в течение 20 рабочих дней с момента выявления события в соответствии с приказом Минздрава России от 20.06.2012 № 12н «Об утверждении Порядка сообщения субъектами обращения медицинских изделий обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий».

По результатам анализа информации, полученной в процессе мониторинга безопасности медицинских изделий, в соответствии с приказом Минздрава России от 14.09.2012 № 175н «Об утверждении порядка осуществления мониторинга безопасности медицинских изделий», на основании полученных сообщений, содержащих факты и обстоятельства, создающие угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, Росздравнадзор принимает решение о приостановлении применения медицинского изделия и осуществляет проверку представленной информации в соответствии со статьей 10 Федерального закона от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля». По результатам проведенной проверки, Росздравнадзор принимает одно из следующих решений: об изъятии из обращения медицинского изделия; о возобновлении применения и обращения медицинского изделия.

При выявлении фактов причинения вреда жизни, здоровью граждан или угрозы причинения вреда жизни, здоровью граждан Росздравнадзором будут проводиться контрольно-надзорные мероприятия.

В качестве дополнительной меры также будет проводиться пострегистрационный клинический мониторинг безопасности медицинских изделий с целью выявления отдаленных последствий применения медицинских изделий.

27. В связи с постановлением Правительства Российской Федерации от 13.04.2020 № 500 «О приостановлении действия постановления Правительства Российской Федерации от 3 апреля 2020 г. № 431» введены ограничения на оптовую и розничную торговлю отдельными видами медицинских изделий. Регионам необходимы разъяснения Министерства здравоохранения Российской Федерации о возможности использования в медицинской деятельности средств индивидуальной защиты без регистрационных удостоверений. Планирует ли Министерство здравоохранения Российской Федерации дать субъектам Российской Федерации разъяснения и дополнительные рекомендации по данному вопросу в целях недопущения нецелевого использования средств?

Правительством Российской Федерации принято постановление от 03.04.2020 № 430 «Об особенностях обращения медицинских изделий, в том числе государственной регистрации серии (партии) медицинского изделия» (далее соответственно – Постановление № 430, Особенности).

Постановлением № 430 предусматривается ускоренная регистрация серии (партии) медицинских изделий по прилагаемому перечню медицинских изделий, которые предназначены для применения в условиях военных действий, чрезвычайных ситуаций, предупреждения чрезвычайных ситуаций, профилактики и лечения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, заболеваний и поражений, полученных в результате воздействия неблагоприятных химических, биологических, радиационных факторов (далее – Перечень).

В соответствии с пунктом 10 Особенности допускается реализация не зарегистрированных в Российской Федерации медицинских изделий одноразового использования по Перечню без получения разрешения Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, если указанные изделия зарегистрированы в установленном порядке в стране-производителе.

Минздравом России подготовлены и в установленном порядке внесены в Правительство Российской Федерации изменения в Особенности, в соответствии с которыми допускается реализация, транспортировка, хранение, применение и утилизация (уничтожение) не зарегистрированных в Российской Федерации медицинских изделий одноразового использования по Перечню без получения разрешения Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, если указанные изделия зарегистрированы в установленном порядке в стране-производителе.

28, 35. По вопросам дефицита в продаже в аптечных сетях и наличия на аптечных складах противомаларийных препаратов «Иммард» и «Плаквенил», «Тоцилизумаб».

В связи с участвовавшими обращениями по вопросу отсутствия лекарственных препаратов с международным непатентованным наименованием гидроксихлорохин в Российской Федерации и ростом спроса вне показаний, Министерством здравоохранения Российской Федерации осуществлен сбор потребности субъектов Российской Федерации в данном

лекарственном препарате для рационального распределения в рамках основных показаний к применению с представителями компании-производителя между субъектами Российской Федерации выпущенных в гражданский оборот упаковок лекарственного препарата.

В настоящее время осуществляется производство лекарственного препарата с международным непатентованным наименованием гидроксихлорохин отечественным производителем.

Принято распоряжение Правительства Российской Федерации от 16.04.2020 № 1030-р об осуществлении в 2020 году применения, хранения, распределения и передачи на безвозмездной основе медицинским организациям лекарственного препарата с международным непатентованным наименованием гидроксихлорохин.

По данным АИС Росздравнадзора, за последнее полугодие лекарственный препарат с международным непатентованным наименованием гидроксихлорохин поступил в обращение общим количеством более 460 тыс. упаковок, что в 3 раза превышает объем производства и поставок предыдущего периода, из них 14 серий препарата (76 707 упаковок) были произведены ЗАО «Биоком» и выпущены в обращение в период с 15 по 27 апреля текущего года.

По данным производителя ЗАО «Биоком», до конца апреля будет произведено 160 тысяч упаковок данного препарата, до середины мая – еще 160 тысяч упаковок и при необходимости 160 тыс. упаковок до конца июня. Таким образом, возможный объем производства составляет 480 тыс. упаковок препарата.

Лекарственный препарат «Тоцилизумаб» поступил в обращение в количестве на 15% превышающем показатели предыдущего периода.

*29. Пандемия коронавируса по-своему протестировала национальные системы здравоохранения на прочность, в том числе способность эффективно перестраиваться и оказывать помощь большим потокам поступающих больных, особенно тем, кому были необходимы интенсивные и реанимационные меры.*

*По мнению руководства Министерства здравоохранения Российской Федерации, какие системные проблемы пандемия высветила в отечественном здравоохранении, и какие блоки и направления в организации медицинской помощи в Российской Федерации должна затронуть предлагаемая модернизация?*

Главный вызов с которым столкнулась система здравоохранения стал кадровый дефицит, особенно это касается врачей-инфекционистов, врачей анестезиологов-реаниматологов, врачей-пульмонологов.

Второе место – высокий износ материально-технической базы, в применении к ситуации с новой коронавирусной инфекцией - это оснащение стационаров подводом кислорода в палаты и практически полный износ инфекционных больниц.

На третьем месте – нехватка аппаратов для искусственной вентиляции легких, который в настоящее время активно восполняется отечественной

промышленностью, а также низкий уровень обеспеченности медицинских работников средствами индивидуальной защиты.

В качестве проблемных вопросов необходимо также отметить нехватку лекарственных препаратов, а также отсутствие необходимого количества специализированных коек, оснащенных в соответствии с необходимыми требованиями.

В целях создания резерва специалистов на постоянной основе необходимо проводить обучение медицинских работников по специальностям, по которым в ходе локализации пандемии коронавирусной инфекции был выявлен дефицит. Обучение осуществлять по разработанным с участием профильных научных, клинических и образовательных учреждений программам с последующей периодичной переподготовкой специалистов.

Для использования в случае возникновения чрезвычайных эпидемических ситуаций в рамках государственного материального резерва Росрезерву создать запас средств индивидуальной защиты, медицинских изделий и лекарственных препаратов с плановым его обновлением.

Органам исполнительной власти в сфере охраны здоровья осуществлять проектирование многопрофильных медицинских организаций с учетом возможного их перепрофилирования в случае возникновения чрезвычайных эпидемических ситуаций.

*30. К депутатам Государственной Думы поступает информация о затягивании Министерством здравоохранения Российской Федерации и его структурными подразделениями регистрации тестов для выявления коронавирусной инфекции (экспресс-тест COVID-19 IgG/IgM BIOZEK для качественного выявления антител в крови, который произведен компанией «Инжек интернейшнл Трэйдинг», Нидерланды, дистрибьютером является группа компаний «БИОТЕК»), а также лекарственного препарата Илсира (МНН левелимаб), разработанного при государственной поддержке ЗАО «БИОКАД» для лечения коронавируса).*

*Как Министерство здравоохранения Российской Федерации может это объяснить?*

Росздравнадзором в рамках процедуры регистрации, определенной постановлением Правительства Российской Федерации от 03.04.2020 № 430 «Об особенностях обращения медицинских изделий, в том числе государственной регистрации серии (партии) медицинского изделия», оформлено регистрационное удостоверение на медицинское изделие «Экспресс-тест COVID-19 IgG/IgM (Цельная кровь/сыворотка/плазма), номер партии ВНСР40200082», производства «Инжек Интернешнел Трейдинг Б.В.» (Нидерланды), № РЗН 2020/10177, срок действия: от 24.04.2020 до 01.01.2021, заявитель ООО «БИОТЭК» (Москва).

Следует отметить, что процедура выдачи регистрационного удостоверения Росздравнадзором проведена за 1 рабочий день от момента поступления заключения подведомственного экспертного учреждения о

возможности государственной регистрации серии (партии) медицинского изделия.

Также 30.03.2020 в адрес Росздравнадзора поступили заявление и документы о государственной регистрации медицинского изделия «Экспресс-тест COVID-19 IgG/IgM BIOZEK для качественного выявления антител иммуноглобулина G (IgG) и иммуноглобулина M (IgM) к COVID-19 в пробах цельной крови, сыворотки или плазмы человека (Rapid Test Cassette COVID-19 IgM/IgM BIOZEK)», производства «Инжек интернейшнл Трэйдинг», Нидерланды, заявителем которого является ООО «ГалоКом».

По результатам рассмотрения представленных документов 31.03.2020 в адрес заявителя направлено уведомление о необходимости устранения в 30-дневный срок выявленных нарушений и (или) представления документов, которые отсутствуют. По состоянию на 28.04.2020 дополнительные материалы в Росздравнадзор не представлены.

*31. В конце 2019 года сроки введения обязательной маркировки лекарственных препаратов были перенесены с 1 января на 1 июля 2020 года в связи с недостаточной готовностью отрасли. Но есть и другие проблемы.*

*В связи с карантинными мерами зарубежные специалисты не могут прибыть в Российскую Федерацию для завершения работ, связанных с обязательной маркировкой. Не решен вопрос о защите лекарств низкого ценового сегмента, стоимость которых меньше 100 рублей за упаковку. Процент брака при маркировке данных лекарств очень большой из-за высокой скорости упаковочных линий и низкого качества упаковочных материалов, что не может не отразиться на цене продукции.*

*Каковы предложения министерства по решению этих проблем?*

В соответствии с Федеральным законом № 61-ФЗ Минздравом России, Росздравнадзором, Минпромторгом России совместно с ООО «Оператор-ЦРПТ» (далее – Оператор) проводятся мероприятия по подготовке к вводу с 1 июля 2020 г. обязательной маркировки лекарственных препаратов средствами идентификации для всех субъектов обращения лекарственных средств.

Федеральным законом № 61-ФЗ предусмотрена обязанность производителей лекарственных препаратов по нанесению на каждую упаковку лекарственного препарата средств идентификации, а также обязанность всех субъектов обращения лекарственных средств вносить данные о движении лекарственного препарата в систему мониторинга движения лекарственных препаратов для медицинского применения (далее – система мониторинга).

Особенности и сроки внедрения системы мониторинга определяются Правительством Российской Федерации.

Минздравом России совместно с Росздравнадзором и Минпромторгом России осуществляется информирование субъектов обращения лекарственных средств о необходимости внедрения системы мониторинга и обеспечения ввода обязательной маркировки лекарственных препаратов средствами идентификации.

В настоящее время из-за ухудшения эпидемиологической ситуации, связанной с коронавирусной инфекцией, и введения карантинных мер, существует риск невозможности подготовки субъектов обращения лекарственных средств, в установленные законодательством сроки.

Одной из основных причин является задержка наладки оборудования и программного обеспечения в связи с невозможностью приезда технических специалистов, а также задержка поставки самого оборудования для маркировки средствами идентификации и расходных материалов, необходимых для упаковки и маркировке средствами идентификации лекарственных препаратов.

В связи со сложившейся ситуацией Минздравом России совместно с Росздравнадзором, Минпромторгом России и Оператором прорабатываются предложения отраслевых организаций в части переноса сроков введения обязательной маркировки лекарственных препаратов средствами идентификации и сроков вступления в силу ответственности по обеспечению внедрения системы мониторинга.

В соответствии с информацией Минпромторга России, по состоянию на 17.04.2020 общее количество отечественных производителей лекарственных средств, которые должны наносить средства идентификации на лекарственные препараты составляет 270. Из них 197 (73%) производителей зарегистрированы в системе и получили регистраторы эмиссии, у двух производителей прекращено действие лицензии, одно предприятие находится в процессе ликвидации.

При этом 70 отечественных производителей (26%) лекарственных средств производителей «не активны» в части получения средств регистрации эмиссии кодов маркировки. По данным АИС Росздравнадзора о вводе в гражданский оборот лекарственных препаратов количество серий лекарственных препаратов, выпущенных данными производителями, составило 5,3% от отечественных лекарственных препаратов, введенных в оборот в 2019 году.

Необходимо отметить, что регистратором эмиссии не оснащены как производители лекарственных препаратов низкого ценового сегмента (фармацевтические фабрики, производители растительных и гомеопатических лекарственных препаратов, этилового спирта), так и производители лекарственных препаратов, включенных в перечень ЖНВЛП, в том числе инсулинов, противоопухолевых препаратов, а также производители иммунобиологических лекарственных препаратов (АО «Фарм-Синтез», ОАО «НПК «Эском», ООО «Фирма «Фермент», ООО «Форт», ФГУП «СПБНИИВС» ФМБА РОССИИ, ФГБУ «ИБХ» РАН, ФГБУ ФБУН «ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора, ЗАО «Вектор Медика»).

По состоянию на 17.04.2020 общее количество держателей регистрационных удостоверений на зарубежные лекарственные препараты, внесенных в Государственный реестр лекарственных средств, составляет 667.

По данным АИС Росздравнадзора в гражданский оборот на территории Российской Федерации в 2018 - 2019 гг. были введены лекарственные

препараты 420 держателей регистрационных удостоверений (далее – держатели РУ). Из них 296 (69%) держателя РУ зарегистрированы в системе мониторинга, у 33 держателей РУ лекарственные препараты будут производить другие площадки, 7 держатели РУ зарегистрированы на Украине и 84 держателя РУ (20%) не зарегистрированы в системе мониторинга. Регистратор эмиссии получили 212 (50%) держателей РУ.

По данным АИС Росздравнадзора количество серий лекарственных препаратов, выпущенных 84 держателями РУ на зарубежные лекарственные препараты, не зарегистрированными в системе мониторинга, составило 1,3% от зарубежных лекарственных препаратов, введенных в оборот в 2019 году. 31 из 84 держателей РУ выпускают лекарственные препараты, внесенные в перечень ЖНВЛП, противоопухолевые препараты, иммунобиологические лекарственные препараты.

«Алкон Лабораторис Инк.» (США), «Биомарин Интернейшнл Лтд. (Ирландия), «Др.Р. Пфлегер, химическая фабрика ГмбХ» (Германия), «Лиомарк Фарма ГмбХ» (Германия), «Мибе ГмбХ Ацнаймиттель» (Германия), «Р-Фарм ЮС Оперейтин ЛЛС» (США), «Сэндзю Фармацевтикал Ко. Лтд». (Япония), «Эмкюр Фармасьютикал Лтд.» (Индия) выпускают лекарственные препараты, аналоги которых отсутствуют в Государственном реестре лекарственных средств.

В настоящее время Минпромторгом России осуществляется комплекс мероприятий по выявлению отечественных производителей, у которых возникли трудности с поставками оборудования для маркировки, его запуском, завершением работ по валидации в связи с невозможностью приезда в Россию специалистов компаний-поставщиков оборудования для осуществления пуско-наладочных работ из-за введения карантинных мер. Российские же специалисты также не могут выехать за рубеж для приемки отдельных элементов оборудования и прохождения обучения и получения практических навыков работы на этом оборудовании.

По вопросу о защите лекарств низкого ценового сегмента, стоимость которых меньше 100 рублей за упаковку, поддерживается инициатива об освобождении от платы за маркировку лекарственных препаратов данной ценовой категории.

Необходимо отметить, что постановлением Правительства Российской Федерации от 14.12.2018 № 1556 «Об утверждении Положения о системе мониторинга движения лекарственных препаратов для медицинского применения» (далее – постановление Правительства Российской Федерации № 1556) была установлена длина кода проверки в 88 символов. Межведомственной рабочей группой по внедрению системы мониторинга были обобщены отчеты производителей лекарственных средств по тестированию процесса нанесения на упаковки криптозащищенного кода маркировки. Результаты показали неприемлемый уровень брака при значении кода проверки, состоящего из 88 символов, замедление скорости производственных линий, затруднение агрегирования, необходимость замены или модификации аппаратной части оборудования для сериализации

и агрегации, а также необходимость модификации программного обеспечения систем печати и/или агрегирования.

Для минимизации перечисленных рисков по нанесению средства идентификации с криптокодом в настоящее время принято постановление Правительства Российской Федерации от 30 августа 2019 г. № 1118 «О внесении изменений в положение о системе мониторинга движения лекарственных препаратов для медицинского применения», в соответствии с которым значение кода проверки сокращено до 44 символов и определено, что сведения, содержащиеся в средстве идентификации, наносятся производителем в виде двухмерного штрихового кода методами печати или печати на материальный носитель (этикетку), не допускающими отделения материального носителя от упаковки лекарственного препарата без повреждений. Ранее в постановлении Правительства Российской Федерации № 1556 была установлена возможность печати идентификационного знака только на производственной линии.

По результатам тестирования на производственных площадках отечественных и зарубежных производителей лекарственных препаратов на указанных производственных площадках печати средства идентификации с содержанием 44 символов в значении кода проверки установлено, что уровень брака продукции при требуемом качестве печати не превышает нормативные производственные показатели.

В настоящее время 21 производитель лекарственных препаратов наносит средства идентификации на упаковки лекарственных препаратов в соответствии с установленными требованиями в рамках обязательной маркировки лекарственных препаратов централизованно закупаемых Минздравом России.

По состоянию на 01.04.2020 еще 126 производителей отечественных и зарубежных лекарственных препаратов вносят в систему мониторинга отчеты о нанесении на упаковки лекарственных препаратов средства идентификации в соответствии с пунктом 1.3 постановления Правительства Российской Федерации № 1556.

*33. Будут ли предоставлены работникам медицинских учреждений, помимо денежных выплат, льготы в сфере пенсионного и социального обеспечения за работу в период пандемии COVID-19, например, исчисление льготного страхового стажа (1 к 3) при осуществлении деятельности в условиях риска заражения коронавирусной инфекцией COVID-19?*

Минздравом России подготовлен проект указа Президента Российской Федерации «О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников» (далее – проект Указа), который предусматривает предоставление дополнительных страховых гарантий врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу медицинских организаций, водителям автомобилей скорой медицинской помощи, непосредственно работающим с пациентами, у которых подтверждено наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), и пациентами с подозрением на эту инфекцию (далее – медицинский

работник), в виде единовременной страховой выплаты в случае повреждения здоровья или смерти медицинского работника при наличии причинно-следственной связи с осуществлением им трудовой деятельности, связанной с оказанием медицинской помощи.

Предлагается предоставление единовременных страховых выплат:

в случае смерти медицинского работника в результате инфицирования новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) при исполнении им трудовых обязанностей в размере 2 752 452 рубля;

в случае причинения устанавливаемого на основании медицинских критериев, утверждаемых Правительством Российской Федерации, вреда здоровью медицинского работника в связи с развитием у него полученного при исполнении трудовых обязанностей заболевания, вызванного подтвержденной лабораторным тестированием новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), которое повлекло за собой временную нетрудоспособность, но не привело к инвалидности, в размере 68 811 рублей;

в случае установления в соответствии с законодательством Российской Федерации стойкой утраты медицинским работником трудоспособности в результате развития осложнений после перенесенного заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), подтвержденного лабораторными методами исследования, если заболевание возникло при исполнении им трудовых обязанностей:

инвалиду I группы – 2 064 339 рублей;

инвалиду II группы – 1 376 226 рублей;

инвалиду III группы – 688 113 рублей.

Проектом Указа также определены получатели единовременных страховых выплат в случае смерти медицинского работника.

Единовременные страховые выплаты будут предоставляться сверх страховых гарантий, установленных законодательством об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Единовременные страховые выплаты будут предоставляться Фондом социального страхования Российской Федерации за счет межбюджетных трансфертов из федерального бюджета по результатам расследования страхового случая, проведенного в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации.

Справочно: В соответствии с подпунктом 20 пункта 1 статьи 30 Федерального закона от 28.12.2013 г. № 400-ФЗ «О страховых пенсиях» (далее - Закон) лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения не менее 25 лет в сельской местности и поселках городского типа и не менее 30 лет в городах, сельской местности и поселках городского типа либо только в городах, страховая пенсия по старости назначается ранее достижения возраста независимо от их возраста.

Согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 16.07.2014 г. № 665 «О списках работ, производств, профессий, должностей, специальностей и учреждений (организаций), с учетом которых досрочно назначается страховая пенсия по старости, и Правилам исчисления периодов работы (деятельности), дающей право на досрочное пенсионное обеспечение» при определении стажа на соответствующих видах работ в целях досрочного пенсионного обеспечения в соответствии со статьей 30 Закона применяются, в том числе «Список должностей и учреждений, работа в которых засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, в соответствии с подпунктом 20 пункта 1 статьи 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 29.10.2002 г. № 781(далее – Список, Правила).

Работа в должностях врача - анестезиолога-реаниматолога, медицинской сестры - анестезиста в течение года засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости, как год и шесть месяцев (перечень структурных подразделений учреждений здравоохранения и должностей врачей и среднего медицинского персонала, работа в которых в течение года засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости, как год и шесть месяцев, являющийся приложением к Правилам).

В соответствии с подпунктом 1 пункта 1 статьи 30 Закона, мужчинам по достижении возраста 50 лет и женщинам по достижении возраста 45 лет, если они проработали соответственно не менее 10 лет и 7 лет 6 месяцев на подземных работах, на работах с вредными условиями труда и имеют страховой стаж соответственно не менее 20 лет и 15 лет.

Указанное право на досрочное назначение пенсии по возрасту имеют работники из числа среднего и младшего медицинского персонала, непосредственно обслуживающие больных в инфекционных учреждениях, отделениях, кабинетах, в соответствии с позицией 22600000-17546 раздела XXIV. «Списка № 2 производств, профессий, должностей и показателей с вредными и тяжелыми условиями труда, занятость в которых дает право на пенсию по возрасту (по старости) на льготных условиях», утвержденного постановлением Кабинета Министров СССР от 26.01.21991 № 10.

Именно указанные категории медицинских работников в настоящее время занимаются оказанием медицинской помощи больным с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

*36. Повлияла ли пандемия коронавируса на ход исполнения национального проекта «Здравоохранение» (утвержден президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16)? Планируется ли корректировка показателей национального проекта и в какой части?*

В настоящее время Минздравом России оцениваются риски, а также прорабатывается вопрос корректировки целевых и дополнительных показателей национального проекта, показателей федеральных проектов, основных требований к результатам, к их качественным и количественным характеристикам по итогам первого полугодия 2020 года.

В целях обеспечения охраны здоровья населения и нераспространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 на территории Российской Федерации в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 03.04.2020 № 432 «Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией» на период до 31 декабря 2020 года приостановлено проведение профилактических мероприятий в части диспансеризации, в том числе проведение обязательных медицинских осмотров работников за исключением отдельных категорий работников, деятельность которых связана, в частности, с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды.

Кроме того, стоит отметить, в частности, о недостижении показателя «Количество рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях» в рамках реализации национального проекта «Здравоохранения» по состоянию на 31.03.2020.

Также субъектами Российской Федерации прогнозируются риски недостижения плановых значений результатов и показателей региональных сегментов федерального проекта «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» национального проекта «Здравоохранение». В связи с перепрофилированием ряда перинатальных центров под медицинские организации по лечению больных с новой коронавирусной инфекцией возможно изменение маршрутизации беременных, как следствие возникают риски недостижения показателя «Доля преждевременных родов (22-37 недель) в перинатальных центрах».

Могут возникнуть риски недостижения показателей «Доля посещений детьми медицинских организаций с профилактическими целями», «Доля взятых под диспансерное наблюдение детей в возрасте 0–17 лет с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани», «Доля взятых под диспансерное наблюдение детей в возрасте 0–17 лет с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата», «Доля взятых под диспансерное наблюдение детей в возрасте 0–17 лет с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения», «Доля взятых под диспансерное наблюдение детей в возрасте 0–17 лет с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения», «Доля взятых под диспансерное наблюдение детей в возрасте 0–17 лет с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ», а также результата «В

симуляционных центрах будут обучены специалисты в области перинатологии, неонатологии и педиатрии».

*37. Планируется ли увеличение штатной численности медицинских работников и реформа системы оказания первичной медико-санитарной помощи?*

В рамках реализации постановления Правительства Российской Федерации от 09.10.2019 № 1304 «Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения» в целях ликвидации кадрового дефицита и диспропорций в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в 2019 году проведен анализ показателей штатной численности и нагрузки на медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, скорую медицинскую помощь. Определена реальная потребность в медицинских кадрах в разрезе каждой медицинской организации. Разработаны и утверждены региональные программы модернизации первичного звена здравоохранения субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, где предусмотрены мероприятия по устранению дефицита кадров в первичном звене здравоохранения и повышения уровня их квалификации.

С целью создания условий для закрепления медицинских работников медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и скорую медицинскую помощь на местах, уменьшения оттока кадров из государственного сектора отрасли здравоохранения, в период 2020-2024 годов будет осуществляться реализация региональных мер социальной поддержки медицинских работников медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и скорую медицинскую помощь, в том числе приоритетное обеспечение служебным жильем, использование иных механизмов обеспечения жильем, обеспечение доступности дошкольного образования детям медицинских работников.

Субъектами Российской Федерации в период 2020-2024 годов будет реализован план подготовки специалистов по программам высшего образования (специалитет, бакалавриат, ординатура) на среднесрочную и долгосрочную перспективу для укомплектования медицинских организаций субъекта Российской Федерации, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и скорую медицинскую помощь.

В 2020-2024 гг. будут увеличены объемы финансируемого за счет средств бюджета субъектов Российской Федерации государственного задания образовательным организациям профессионального образования на подготовку специалистов со средним медицинским образованием не менее чем на 30 процентов от имеющегося дефицита таких специалистов.

Субъектами Российской Федерации будет осуществляться планирование объемов подготовки медицинских работников с учетом

складывающейся кадровой ситуации в регионе.

Реализация всех запланированных мероприятий позволит к 2024 году устранить кадровый дефицит в медицинских работниках, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Оказание первичной медико-санитарной помощи взрослым осуществляется в соответствии с Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н (далее – приказ № 543н).

Приказом Минздрава России от 27.03.2019 № 164н внесены изменения в приказ № 543н, в части организации деятельности мобильной медицинской бригады, которым в том числе предусмотрен стандарт ее оснащения, включающий комплекс передвижной медицинской для оказания первичной медико-санитарной помощи, для проведения профилактического медицинского осмотра, первого этапа диспансеризации, флюорографии, маммографии.

В 2019 году внесены изменения в приказ № 543н, которыми:

актуализированы подразделения, рекомендуемые к созданию в структуре поликлиники;

предусмотрены рекомендуемые нормы наличия отделений (кабинетов) первичной специализированной медико-санитарной помощи и диагностических отделений (кабинетов) в зависимости от численности прикрепленных граждан;

приведены к единообразию стандарты оснащения врачебной амбулатории, фельдшерско-акушерского пункта, фельдшерского здравпункта (дополнительно в ФАП И ВА предусмотрены рабочее место врача акушера-гинеколога (акушерки), набор гинекологических инструментов, кольпоскоп;

предусмотрены стандарты оснащения структурных подразделений для проведения диагностических и лечебных мероприятий, в том числе отделения (кабинета) ультразвуковой диагностики, рентгеновского кабинета, рентгеновского кабинета для рентгенографии легких (флюорографии), кабинета рентгеновского маммографического, кабинета рентгеновского компьютерной томографии, кабинета магнитно-резонансной томографии, прививочного кабинета.

С целью внедрения и массового тиражирования опыта внедрения бережливых технологий в здравоохранение, полученного в 2016 – 2018 годах в результате реализации пилотного проекта «Бережливая поликлиника», приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» в субъектах Российской Федерации, а также в рамках реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение» (далее – федеральный проект), целесообразным является переход от отдельных проектов по улучшениям в медицинских организациях к единой модели «Бережливой поликлиники» с акцентами на повышение доступности медицинской помощи и экономию

ресурсов (кадровых, временных, экономических) через соответствующие критерии.

В 2018 – 2019 годах Минздравом России совместно с экспертами Государственной корпорации по атомной энергии «Росатом» разработаны 22 критерия «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (далее – Критерии), основанные на применении методов и инструментов бережливого производства, которые отвечают единым требованиям: объективность, измеримость, возможность улучшения достигнутых значений.

В соответствии с перечнем поручений Президента Российской Федерации от 26.02.2019 № Пр-294 по реализации Послания Президента Российской Федерации Федеральному собранию Российской Федерации от 20.02.2019, а также перечня поручений Президента Российской Федерации по итогам совещания по вопросам модернизации первичного звена здравоохранения 20.08.2019, утвержденного 02.09.2019 № Пр-1755, Минздравом России разработан проект Федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросу внедрения новых моделей организации оказания медицинской помощи» (далее – законопроект).

Законопроект направлен на создание правовых условий для обновления и развития российской системы здравоохранения в соответствии с современными запросами граждан. Нормативное закрепление понятия «Новой модели организации оказания медицинской помощи» позволит установить важнейшие ориентиры на потребности граждан в сокращении временных затрат на получение медицинской помощи за счет оптимальной логистики реализуемых процессов, а также повысить уровень удовлетворенности граждан доступностью медицинской помощи.

После согласования законопроекта в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2004 № 260 «О Регламенте Правительства Российской Федерации и Положении об Аппарате Правительства Российской Федерации» Минздравом России будут разработаны и утверждены соответствующие подзаконные акты, в том числе, регламентирующие мероприятия, направленные на повышение мотивации медицинского и управленческого персонала медицинских организаций, внедряющих новую модель.

Внедрение и тиражирование новой модели позволит повысить доступность медицинской помощи, послужит более активному формированию в медицинских организациях пациенториентированной среды, повысит эффективность использования в медицинской организации кадровых, временных и материально-технических ресурсов, в том числе, путем решения наиболее острых проблем, а также повысит удовлетворенность пациентов доступностью медицинской помощи.

*38. По информации средств массовой информации, летальность исходов от коронавируса зависит от наличия у пациента сопутствующих заболеваний. Планирует ли Министерство здравоохранения Российской Федерации*

*Федерации провести работу по улучшению диагностики граждан на предмет сердечно-сосудистых заболеваний, гипертонической болезни, онкологических заболеваний, а также дополнительному оснащению городских и центральных районных больницы, особенно в небольших населенных пунктах регионов Российской Федерации?*

Постановлением Правительства Российской Федерации от 03.04.2020 № 432 «Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией» ограничений в части объема оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями не установлено. Медицинская помощь данным пациентам продолжает оказываться в полном объеме.

В целях нивелирования рисков, связанных с распространением новой коронавирусной инфекции, руководителям регионов направлены рекомендации о необходимости принять меры по активизации диспансерного наблюдения, включая организацию дистанционных (телемедицинских) консультаций, а также обеспечение регулярного мониторинга за состоянием здоровья, в том числе с использованием телефонного звонка, sms-сообщения, электронного письма и других способов коммуникации.

Особое внимание рекомендовано уделить пациентам, состоящим под диспансерным наблюдением, в связи с наличием следующих заболеваний: ишемической болезни сердца (особенно после перенесенного инфаркта миокарда), хронической сердечной недостаточности, фибрилляции предсердий, а также с последствиями перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения.

Также в целях реализации прав граждан, наступивших с 1 января 2020 г., главам регионов рекомендовано (письмо от 28.04.2020 № 17-4/И/2-5613) взять под личный контроль:

обеспечение лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда и другие острые сердечно-сосудистые заболевания, лекарственными препаратами в амбулаторных условиях;

обеспечение оформления рецептов на лекарственные препараты пациентам с хроническими заболеваниями на максимально длительные сроки в соответствии с положениями Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, утвержденных приказом Минздрава России от 14.01.2019 № 4н;

обеспечение возможности дистанционной выписки лекарственных препаратов, доставки их на дом;

а также проанализировать количество аптечных организаций, работающих в круглосуточном режиме, и в случае необходимости принять необходимые меры по увеличению количества таких организаций.

Для повышения доступности медицинской помощи в рамках реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной

медико-санитарной помощи», входящего в состав национального проекта «Здравоохранение», в 2019 году приобретено и передано в медицинские организации 502 передвижных медицинских комплекса. Реализация данного мероприятия продолжается в 2020 году. Так, Федеральным законом от 02.12.2019 № 380-ФЗ «О федеральном бюджете на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» Минздраву России в рамках федерального проекта предусмотрены бюджетные ассигнования на предоставление иных межбюджетных трансфертов бюджетам субъектов Российской Федерации на оснащение медицинских организаций передвижными медицинскими комплексами для оказания медицинской помощи жителям населенных пунктов с численностью населения до 100 человек на 2020 год в сумме 3 800,0 млн рублей, на 2021 год – 2 200,0 млн рублей.

На указанные средства в 2020 году запланировано приобретение более 500 передвижных медицинских комплексов на 2021 год – более 300.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 9 октября 2019 г. № 1304 «Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения» (далее – региональные программы модернизации) высшие исполнительные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации до 1 июня 2020 г. должны утвердить региональные программы модернизации.

Для обеспечения медицинских организаций медицинским оборудованием региональными программами модернизации предусмотрено приобретение 1 346 007 единиц оборудования в соответствии с требованиями порядков оказания медицинской помощи на общую сумму 312 858 577,29 тыс. руб.

### **В части вопросов, предложенных фракцией Политической партии «КОММУНИСТИЧЕСКАЯ ПАРТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ».**

*1. В настоящее время размер оплаты труда медицинских работников в разных регионах Российской Федерации отличается более чем в 3,5 раза, что создаёт условия для постоянной миграции медработников и деформирует государственную систему. Планируется ли утверждение единых для всей страны должностных окладов медработников с законодательным закреплением максимально возможной и объективно обусловленной дифференциации заработной платы между регионами?*

Минтрудом России совместно с Минздравом России во исполнение подпункта «б» пункта 1 перечня Поручений Президента Российской Федерации по итогам совещания о модернизации первичного звена здравоохранения 2 октября 2019 г. от 08.10.2019 № 2064 подготовлен проект федерального закона о внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации.

Федерации в части наделения Правительства Российской Федерации полномочиями по установлению требований к системам оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений.

Одновременно с подготовкой законопроекта Минтрудом России совместно с Минздравом России проведена работа по разработке и апробации различных моделей системы оплаты труда медицинских работников. Модели предусматривают введение общего для всех регионов порядка по установлению должностных окладов - применение минимальной расчетной величины и повышающих коэффициентов по квалификационным уровням профессиональных квалификационных. В ходе апробации моделей определен оптимальный состав компенсационных и стимулирующих выплат, включаемых в перечни, а также проработаны условия их осуществления.

В соответствии с абзацами 2 и 3 подпункта «в» пункта 1 Перечня поручений в развитие указанного законопроекта в целях совершенствования отраслевой системы оплаты труда медицинских работников будут разработаны нормативные правовые акты Правительства Российской Федерации, направленные на утверждение требований к структуре заработной платы медицинских работников, установление единых перечней выплат стимулирующего характера и выплат компенсационного характера медицинским работникам и условий их назначения.

Требования к отраслевой системе оплаты труда медицинских работников будут дополнительно проработаны с экспертным и профессиональным сообществом. Подготовка нормативного правового акта Правительства Российской Федерации об утверждении требований к структуре заработной платы медицинских работников будет осуществлена с учетом указанного обсуждения.

*2. В настоящее время в Российской Федерации отсутствуют нормативные документы, жестко регламентирующие нагрузку на одну должность медицинского работника (в лучшем случае они носят рекомендательный характер). Это создаёт условия для «экономии» на заработной плате со стороны администрации и приводит к значительной перегрузке специалистов. Планируется ли закрепление максимальной нагрузки в нормативных актах федерального уровня?*

Согласно Трудовому кодексу Российской Федерации системы нормирования разрабатываются и утверждаются работодателем. При этом работникам гарантируется государственное содействие системной организации нормирования труда.

В целях создания в медицинских организациях условий, необходимых для внедрения рациональных организационных, технологических и трудовых процессов, улучшения организации труда, обеспечения нормального уровня напряженности (интенсивности) труда при выполнении работ (оказании государственных (муниципальных) услуг), повышения эффективности обслуживания потребителей государственных (муниципальных) услуг Минздравом России организована работа по утверждению типовых отраслевых норм труда в сфере здравоохранения.

Приказами Минздрава России утверждены:

типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога (приказ Минздрава России от 2 июня 2015 г. № 290н);

типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта (приказ Минздрава России от 19 декабря 2016 г. № 973н).

В рамках реализации Плана по разработке типовых отраслевых норм труда в сфере здравоохранения в 2017–2019 годах проведены хронометражные исследования рабочего процесса врачей-специалистов около 30 специальностей, в том числе оказывающих помощь детскому населению, на основании которых разработаны проекты приказов Минздрава России.

В 2020-2021 годах запланировано проведение хронометражных исследований рабочего процесса врачей-специалистов ещё порядка 20 специальностей, по результатам которых будут подготовлены соответствующие приказы Минздрава России.

*3. К сентябрю 2020 года Министерство здравоохранения Российской Федерации планирует утвердить новые подходы к установлению должностных окладов медиков с увеличением базовых окладов. Вместе с тем формальное выполнение таких требований без реального увеличения фонда заработной платы медицинских организаций не приведёт к росту зарплаты, а лишь изменит соотношение основных частей заработной платы (базовой, компенсационной, стимулирующей) в лучшем случае, в худшем – приведёт к снижению затрат на медикаменты, а возможно, и к росту кредиторской задолженности.*

*Планируется ли выделение дополнительного финансирования из федерального бюджета в случае увеличения базовой окладной части заработной платы медработников?*

В соответствии с поручениями Президента Российской Федерации Минздравом России совместно с Минтрудом России организована работа по совершенствованию отраслевой системы оплаты труда медицинских работников, в том числе оказывающих первичную медико-санитарную помощь, включая единые подходы к установлению окладов, выплат компенсационного и стимулирующего характера, их доли в структуре заработной платы.

Минтрудом России совместно с Минздравом России прорабатываются различные модели системы оплаты труда медицинских работников, включая введение общего для всех регионов порядка по установлению должностных окладов - применение минимальной расчетной величины и повышающих коэффициентов по квалификационным уровням профессиональных квалификационных. В ходе апробации моделей определен оптимальный

состав компенсационных и стимулирующих выплат, включаемых в перечни, а также проработаны условия их осуществления.

В соответствии с Перечнем Поручений Президента Российской Федерации по итогам совещания о модернизации первичного звена здравоохранения 2 октября 2019 г. от 08.10.2019 № 2064 будут проведены оценки необходимости дополнительных расходов бюджетов всех уровней на осуществление поэтапного перехода к новой отраслевой системе оплаты труда в сфере здравоохранения, сформированной на основе установленных Правительством Российской Федерации требований

*5. В 2018 году общий объём финансирования системы здравоохранения Российской Федерации из всех государственных источников составил 3,1% от ВВП, в 2019 - 3,5%, а в 2020 году должно достигнуть 4,0% от ВВП. При этом, по данным ВОЗ, необходимый минимум финансирования здравоохранения для поддержания его адекватного уровня должен быть не ниже 7%. В течение какого времени в Российской Федерации будет обеспечено необходимое государственное финансирование жизненно важной сферы?*

Основной целью государственной политики в области здравоохранения является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Реализация целей развития системы здравоохранения предполагает решение ряда приоритетных задач, решение которых позволит улучшить здоровье и качество жизни населения.

Улучшение показателей здоровья населения и деятельности организаций системы здравоохранения обеспечивается, в том числе за счет увеличения доли государственных расходов на систему здравоохранения в валовом внутреннем продукте (далее – ВВП).

Повышение объемов государственного финансирования расходов на здравоохранение не ниже 7% от ВВП, по мнению ВОЗ, является одним из условий достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения и связанных со здоровьем целей в области устойчивого развития.

Вместе с тем ВОЗ рекомендует странам выбрать приемлемые целевые показатели расходов для осуществления качественных инвестиций в сектор здравоохранения в соответствии с национальными стратегиями устойчивого развития.

В соответствии с прогнозом долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2030 года, согласно инновационному сценарию развития сферы здравоохранения до 2030 года расходы на здравоохранение планируется увеличить до 6,1% ВВП к 2020 году и до 7,1% ВВП к 2030 году. Форсированным сценарием развития к 2030 году предусмотрено увеличение расходов на здравоохранение до 7,1% ВВП к 2020 году и до 9,4% ВВП к 2030 году.

В Российской Федерации в период с 2019 года по 2024 годы

реализуется национальный проект «Здравоохранение», общий объем финансового обеспечения которого в 2019 году составил 163,3 млрд рублей, на 2020–2022 годы предусмотрено 821,8 млрд рублей.

Следует также учитывать, что само по себе увеличение расходов на здравоохранение не имеет прямой связи с улучшением показателей здоровья населения. Так, в частности, при одинаковом уровне расходов, по данным ВОЗ, наблюдаются значительные расхождения в показателях систем здравоохранения различных стран, объясняющиеся неодинаковой эффективностью расходов.

Несмотря на то, что в Российской Федерации доля расходов на здравоохранение в ВВП в настоящее время ниже рекомендуемой ВОЗ, согласно прогнозам международных экспертов, опубликованным в профильном журнале по медицине «The Lancet», в 2018 году Россия отражена, как одна из немногих стран, которая может достичь цели в области устойчивого развития, связанной со здоровьем, к 2030 году при условии сохранения текущего прогресса в области здравоохранения.

*6. Какое количество круглосуточных коек инфекционного профиля было ликвидировано в государственных и муниципальных организациях системы здравоохранения Российской Федерации в последние 20 лет и какое создано (создаётся) вновь в рамках противоэпидемических мероприятий?*

Согласно формы федерального государственного статистического наблюдения (форма № 30) в 1999 году коек инфекционных было 103 203 или 7,13 на 10 тыс. населения. В 2019 году коек инфекционных стало 52 006 или 3,54 на 10 тыс. населения. Сокращение инфекционных коек в Российской Федерации обусловлено тем, что по данным Роспотребнадзора (Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2018 году»), в многолетней динамике, в том числе и за последние десять лет (2009–2018 гг.), отмечена тенденция к снижению заболеваемости для 38 инфекционных и 16 паразитарных болезней. Наиболее существенное снижение отмечено по следующим инфекционным нозологиям: энтеровирусные инфекции – в 1,7 раза (в том числе энтеровирусный менингит – в 1,6 раза), геморрагическая лихорадка с почечным синдромом – на 29,5 %, грипп – на 24,5 %, острый вирусный гепатит В – на 22,1 %, гонококковая инфекция – на 21,8 %, псевдотуберкулез – на 20 %, лихорадка Ку – на 30 %, трихинеллез – на 25 %, туляремия – в 2,4 раза, эпидемический паротит – в 2,2 раза, острый вирусный гепатит А – в 1,9 раза.

Согласно приказа Минздравсоцразвития России от 31.01.2012 № 69н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях» структура и штатная численность медицинского и другого персонала отделения определяется исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения с учетом рекомендуемых штатных нормативов медицинского и другого персонала.

Для организации оказания медицинской помощи пациентам с новой

коронавирусной инфекцией COVID-19 Министерством здравоохранения Российской Федерации разработаны и направлены в органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья письмом от 24.03.2020 № 30-1/10/2-24 минимальные требования к зданиям и помещениям, где планируется организация медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (далее – минимальные требования), которые легли в основу приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 апреля 2020 г. № 264н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации 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».

По состоянию на 28.04.2020 в 85 субъектах Российской Федерации определены 1 568 медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь и планируемых к перепрофилированию для оказания медицинской помощи больным новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Субъектами Российской Федерации определен расчетный показатель числа коек, необходимых для лечения пациентов с COVID-19, в количестве 94 996 коек.

По состоянию на 28.04.2020 в субъектах Российской Федерации уже развернуто 117 445 коек в инфекционных стационарах на базе перепрофилированных медицинских организаций (% достижения 123,6). Из них обеспечены подводкой кислорода 76 947 коек (% достижения 115,7), аппаратами для инвазивной и неинвазивной искусственной вентиляции легких - 22 951 койка (69 % от плана).

В целях организации оказания своевременной и качественной помощи пациентам с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 распоряжением Правительства Российской Федерации от 02.04.2020 № 844-р утвержден перечень организаций и их структурных подразделений, осуществляющих медицинскую деятельность, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, и частных медицинских организаций, которые перепрофилируются для оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19.

Принято распоряжение Правительства Российской Федерации от 02.04.2020 844-р, которым под перепрофилирование в 3 этапа определены 29 медицинских организаций и их структурных подразделений общей коечной мощностью до 10 453 койки.

На 28.04.2020 открыто 8188 койка в 23 медицинских организациях (100 % из коек 1 этапа и 77% из коек 2 этапа).

Открытие остальных коек 1 и 2 этапа предусмотрено в срок до 05.05.2020 общей коечной мощностью 1333 коек.

В целях поддержки субъектов Российской Федерации принято распоряжение Правительства Российской Федерации от 24.04.2020 № 1131-р, предусматривающее перепрофилирование в 3 этапа 44 медицинских организаций и их структурных подразделений в 28 субъектах Российской Федерации.

Федерации (Минздрав России – 20 медицинских организаций до 2 965 коек, ФМБА России – 9 медицинских организаций до 940 коек, Минобороны России – 11 медицинские организации до 460 коек, Минобрнауки России – 1 медицинская организация до 50 коек, 3 медицинские организации частной системы здравоохранения до 566 коек, общей коечной мощностью до 4 981 коек).

*7. Какое количество лекарственных препаратов из списка ЖНВЛС и группы современных препаратов (созданных последние 10 лет) производятся в Российской Федерации «по полному циклу». Каковы результаты локализации производства в части синтеза основной лекарственной субстанции по этим группам за последние 5 лет?*

По информации Минпромторга России, в 2019 году из 735 международных непатентованных наименований лекарственных препаратов (далее – МНН), включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, на территории Российской Федерации по 351 МНН (47,8%) организовано производство полного цикла, включая синтез субстанции (более 150 производителей), по 186 МНН (25,3%) организовано производство готовой лекарственной формы (более 300 производителей), по 67 МНН (9,1%) осуществляется упаковка лекарственного препарата и выпускающий контроль качества (более 20 производителей), по 131 МНН (17,8%) нет стадий производства в Российской Федерации. Следует отметить, что в перечень препаратов для лечения болезней, которые относятся к высокочувствительным нозологиям (далее - ВЗН) на 2019 год включено 27 МНН, из них 24 МНН (88,9%) имеют стадии производства на территории Российской Федерации. При этом более 70% перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2019 год занимают отечественные лекарственные препараты, производимые со стадии готовой лекарственной формы (537 позиций), что позволяет гарантировать надежность и своевременность лекарственного обеспечения.

За последние 10 лет перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов неоднократно претерпевал изменения, был существенно дополнен и в 2020 году включает 758 МНН по сравнению с 500 МНН в 2009 году.

Всего в перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2020 год включены 758 позиций лекарственных препаратов, из которых 614 наименований (81 %) имеют стадии производства на территории Российской Федерации, в перечень ВЗН – 39 позиций, из них 31 (79,5 %) имеют стадии производства на территории Российской Федерации.

Следует отметить, что расширение перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов происходит преимущественно за счет включения в него дорогостоящих лекарственных препаратов, не производимых на территории Российской Федерации и находящихся под патентной защитой, зачастую производители таких препаратов не имеют планов по локализации производства на территории Российской Федерации или осуществлению трансфера технологий.

*8. Какова доля производства отечественных медицинских изделий (отдельно по средствам индивидуальной защиты для медиков) и отечественного медицинского оборудования, в том числе высокотехнологичного, в объёме государственных закупок в динамике за последние 5 лет. Какое количество медицинских изделий и медицинского оборудования производится в Российской Федерации по варианту «полного цикла»?*

Предприятия медицинской промышленности существенно нарастили производственные мощности, большая их часть была переведена на трехсменный режим работы, создаются дополнительные производства (ФГУП «МЭЗ» филиал «Почеп», Брянская область, выход на проектную мощность планируется в июне 2020 года). Также было осуществлено перепрофилирование имеющихся производственных мощностей предприятий производителей гигиенических изделий и предприятий легкой промышленности на выпуск медицинских масок и специализированных защитных костюмов. Дополнительно были организованы поставки данной продукции из КНР.

Кроме того, в результате наращивания отечественного производства масок всех типов, импорта масок из КНР, разрешения реализации в аптечной сети гигиенических масок по ТУ происходит насыщение медицинскими масками аптек (только за апрель 2020 года собственное производство масок всех видов составило более 130 млн.).

Необходимо отметить, что на территории Российской Федерации создано производство высокотехнологичного и социально-значимого медицинского оборудования: компьютерные томографы, аппараты УЗИ-диагностики, оборудование для лучевой терапии, мониторы пациента, автоматические дефибрилляторы. Доля отечественного оборудования в указанных сегментах поэтапно растет. Для снятия зависимости от импорта и устойчивости системы здравоохранения России это является более важным показателем развития, чем переход на производство «полного цикла» по ранее освоенному оборудованию.

При этом важно отметить, что наиболее востребованная сейчас продукция – средства индивидуальной защиты, уже сейчас отечественными предприятиями медицинской промышленности выпускаются по полному циклу.

*9. По вопросам лекарственного страхования (вопрос № 15 от Фракции Справедливая Россия)*

Вопрос повышения эффективности системы лекарственного обеспечения населения в Российской Федерации обсуждался 16.11.2018 на совещании Президента Российской Федерации В.В. Путина, по итогам которого принят ряд поручений (перечень поручений Президента Российской Федерации от 17.12.2018 № Пр-2420).

В целях реализации данных Президентом Российской Федерации поручений Минздравом России разработан и распоряжением Правительства Российской Федерации от 15.02.2020 № 293-р внесен в Государственную

Думу Федерального Собрания Российской Федерации проект федерального закона № 902457-7 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам обеспечения граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания», предусматривающий создание единого регистра граждан, имеющих право на обеспечение лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации, а также обеспечение лекарственными препаратами граждан, имеющих право на получение лекарственных препаратов за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета или бюджетов субъектов Российской Федерации, при оказании им медицинской помощи в амбулаторных условиях, исходя из того, что обеспечение лекарственными препаратами осуществляется в объеме не менее, чем это предусмотрено перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Создание федерального регистра позволит обеспечить возможность автоматизированного анализа сведений о фактическом обеспечении граждан льготных категорий лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания, об остатках лекарственных препаратов в медицинских и аптечных организациях субъектов Российской Федерации, повысить точность прогнозирования и сбора потребности в лекарственных препаратах, медицинских изделиях и специализированных продуктах лечебного питания, а также сделать прогнозы по дальнейшему переходу к лекарственному страхованию.

В целях исполнения положений Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года, измененной с учетом перечня поручений Президента Российской Федерации, обновлен состав межведомственной рабочей группы по ее реализации (приказ Минздрава России от 29 октября 2019 г. № 898), в состав которой вошли представители Минпромторга России, Минэкономразвития России, Минтруда России, Минфина России, ФАС России, ФОМС, Комитета Совета Федерации по социальной политике, РАН.

Проведены консультации с субъектами Российской Федерации при участии членов межведомственной рабочей группы о готовности субъектов Российской Федерации, в том числе информационной, к проведению пилотных проектов.

В целях возможности реализации в отдельных субъектах Российской Федерации пилотных проектов по лекарственному возмещению на заседаниях межведомственной рабочей группы обсуждались различные подходы к таким пилотным проектам и была поддержана возможность внесения изменений в приложение № 11 к Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», которым утверждены Правила предоставления и распределения субсидий на обеспечение профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-

сосудистых осложнений у пациентов высокого риска, находящихся на диспансерном наблюдении, бюджетам субъектов Российской Федерации на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» (далее – Правила).

В настоящее время проект постановления об изменении Правил дорабатывается по замечаниям Минфина России и впоследствии будет направлен на межведомственное согласование.

### **В части вопросов, предложенных фракцией Политической партии ЛДПР в Государственной Думе.**

*1. Реализация национальных проектов в здравоохранении подразумевает борьбу и с онкологическими заболеваниями. Но на текущий момент в связи с борьбой с коронавирусом происходит снижение темпов реализации этих проектов. Меньше пациентов стало посещать стационары, меньше проводится мероприятий по поддерживающей терапии, ухудшается качество оказания услуг.*

*Как Вы отслеживаете реализацию программы «Онкология»? Сохранится ли утвержденное финансирование? Какие шаги предпринимаете в поддержании терапии у пациентов (как пример, транспортировка онкологических пациентов до стационара на процедуры и обратно)?*

Постановлением Правительства Российской Федерации от 03.04.2020 № 432 «Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией» установлены особенности реализации базовой программы обязательного медицинского страхования. При этом медицинская помощь пациентам с онкологическими заболеваниями оказывается в полном объеме.

По данным ФФОМС, на оказание медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями, в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования предусмотрена Субвенция в размере 271 341 678,6 тыс. рублей, в том числе 115 000 000 тыс. рублей межбюджетный трансферт из федерального бюджета Федеральному фонду.

По состоянию на 01.04.2020 Субвенция предоставлена в размере 67 835 419,7 тыс. рублей, ее использование составило 63 520 662,2 тыс. рублей (93,6 % от объема предоставленных средств), в том числе:

на противоопухолевую лекарственную терапию – 46 316 331,1 тыс. рублей (72,9 % от объема использованных средств);

на хирургическое лечение – 9 213 074,5 тыс. рублей (14,5 % от объема использованных средств);

на лучевую терапию – 3 337 201,8 тыс. рублей (5,3 % от объема использованных средств).

В 2019 году за счет средств ФФОМС было проведено всего 2 410 712 случаев лечения онкологических пациентов, из них 1 553 360 случаев лечения с применением противоопухолевой лекарственной терапии.

По итогам 1 квартала 2020 года количество случаев лечения составило – 684 572 (28,4 % от числа случаев лечения в 2019 году), из них 472 055 случаев лечения с применением противоопухолевой лекарственной терапии (30,4 % от числа случаев лечения с применением противоопухолевой лекарственной терапии в 2019 году).

Таким образом, в настоящее время наблюдается планомерное использование средств Субвенции, что также свидетельствует о сохранении доступности медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями.

Отдельно следует отметить, что существенный вклад в повышение доступности медицинской помощи вносят новые структуры онкологической помощи – центры амбулаторной онкологической помощи.

По состоянию на 01.01.2020 в субъектах Российской Федерации организован 141 центр амбулаторной онкологической помощи (далее – ЦАОП) на базе медицинских организаций, обладающих полным спектром оборудования и необходимыми специалистами для комплексной и своевременной диагностики основных видов злокачественных новообразований на принципах мультикомандного подхода и высокой преемственности.

Формирование ЦАОПов позволяет внедрить современные методы диагностики, сократить сроки диагностики и повысить ее качество, а также приблизить возможность проведения противоопухолевого лекарственного лечения к месту жительства пациента, расширить возможности мониторинга эффективности терапии злокачественных новообразований, обеспечить сопровождение такого лечения врачами смежных специальностей. По состоянию на 01.04.2020 открыты еще 21 ЦАОП.

С целью контроля процесса реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» в Автоматизированной системе мониторинга медицинской статистики Минздрава России (asmms.mednet.ru) Минздравом России ведется ежемесячный мониторинг и анализ динамики показателей федерального проекта, процесса переоснащения региональных медицинских организаций, а также организации центров амбулаторной онкологической помощи. При необходимости вносятся в регионы направляются соответствующие рекомендации.

*2. Каждый год количество онкобольных детей в России увеличивается на 5 000, из них 70% попадает в больницы только на III-ей или IV-ой стадии. Здесь важны своевременная диспансеризация и обследования.*

*Как Вы считаете, не пора ли увеличить профилактическую работу с населением, чтобы на ранних стадиях выявлять болезни?*

В 2019 году 25 млн детей прошли профилактические медицинские осмотры с целью раннего выявления заболеваний. В соответствии с формой федерального статистического наблюдения № 7 «Сведения о

злокачественных новообразованиях» в 2019 году зарегистрировано 3759 случаев злокачественных новообразований среди детей в возрасте 0–17 лет. Выздоровливают примерно 80 % детей с онкологическими и онко-гематологическими заболеваниями. Примерно 20 % детей выявляют в первой-второй стадии заболевания, это связано с «масками» онкологии у детей, стертостью и неспецифичностью клинической картины. Кроме того, данные заболевания у детей крайне быстро, по сравнению со взрослыми, прогрессируют. В целях раннего выявления онкологических заболеваний проводятся профилактические медицинские осмотры детей, включая лабораторную диагностику. Разработан образовательный модуль по онконастороженности у детей, который размещен на портале непрерывного медицинского образования Минздрава России.

*3. Мы столкнулись с тем, что существующая коммерческая модель лекарственного обеспечения неэффективна: с рынка ушла большая часть производителей, недостаточное отечественное производство, неэффективное ценообразование, чрезмерное влияние ФАС, отсутствие процедуры для закупок незарегистрированных лекарств.*

*Возможно ли изменение системы лекарственного обеспечения на государственную или смешанную (государство + коммерция)?*

Вопрос повышения эффективности системы лекарственного обеспечения населения в Российской Федерации обсуждался 16.11.2018 на совещании Президента Российской Федерации В.В. Путина, по итогам которого принят ряд поручений (перечень поручений Президента Российской Федерации от 17.12.2018 № Пр-2420).

В целях реализации данных Президентом Российской Федерации поручений Минздравом России разработан и распоряжением Правительства Российской Федерации от 15.02.2020 № 293-р внесен в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации проект федерального закона № 902457-7 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам обеспечения граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания», предусматривающий создание единого регистра граждан, имеющих право на обеспечение лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации, а также обеспечение лекарственными препаратами граждан, имеющих право на получение лекарственных препаратов за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета или бюджетов субъектов Российской Федерации, при оказании им медицинской помощи в амбулаторных условиях, исходя из того, что обеспечение лекарственными препаратами осуществляется в объеме не менее, чем это предусмотрено перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Создание федерального регистра позволит обеспечить возможность автоматизированного анализа сведений о фактическом обеспечении граждан

льготных категорий лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания, об остатках лекарственных препаратов в медицинских и аптечных организациях субъектов Российской Федерации, повысить точность прогнозирования и сбора потребности в лекарственных препаратах, медицинских изделиях и специализированных продуктах лечебного питания, а также сделать прогнозы по дальнейшему переходу к лекарственному страхованию.

В целях исполнения положений Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года, измененной с учетом перечня поручений Президента Российской Федерации, обновлен состав межведомственной рабочей группы по ее реализации (приказ Минздрава России от 29 октября 2019 г. № 898), в состав которой вошли представители Минпромторга России, Минэкономразвития России, Минтруда России, Минфина России, ФАС России, ФОМС, Комитета Совета Федерации по социальной политике, РАН.

Проведены консультации с субъектами Российской Федерации при участии членов межведомственной рабочей группы о готовности субъектов Российской Федерации, в том числе информационной, к проведению пилотных проектов.

В целях возможности реализации в отдельных субъектах Российской Федерации пилотных проектов по лекарственному возмещению на заседаниях межведомственной рабочей группы обсуждались различные подходы к таким пилотным проектам и была поддержана возможность внесения изменений в приложение № 11 к Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», которым утверждены Правила предоставления и распределения субсидий на обеспечение профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска, находящихся на диспансерном наблюдении, бюджетам субъектов Российской Федерации на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» (далее – Правила).

В настоящее время проект постановления об изменении Правил дорабатывается по замечаниям Минфина России и впоследствии будет направлен на межведомственное согласование.

*4. В 2020 году была запущена программа по поддержке пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, выделен дополнительный бюджет, определен перечень препаратов. Ключевым фактором успеха отмечали возможность возмещения затрат гражданам от государства. Деньги в регионы выделили, правила по возмещению не определили. Как итог, часть препаратов будет не востребована пациентами, на складах в конце года обнаружатся остатки. По Вашим оценкам, каковы результаты проекта, где его слабые места? Как планируете менять ситуацию в регионах? Какие разъяснения даете? Будет ли продолжено финансирование?*

В настоящее время подводить итоги и оценивать результаты реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми

заболеваниями» преждевременно, работа в данном направлении только начата и будет осуществляться на период до 2024 года. В приложении № 11 к Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» приведены Правила предоставления и распределения субсидий на обеспечение профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска, находящихся на диспансерном наблюдении, бюджетам субъектов Российской Федерации на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов (далее – Правила).

В соответствии с Правилами субъектам Российской Федерации предоставляются субсидии в целях софинансирования расходных обязательств, возникающих при обеспечении в течение одного года в амбулаторных условиях лекарственными препаратами в соответствии с перечнем, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации, лиц, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний (далее – острые сердечно-сосудистые заболевания), за исключением лиц, имеющих право на получение социальной услуги в виде обеспечения лекарственными препаратами для медицинского применения в соответствии с Федеральным законом «О государственной социальной помощи».

Приказом Минздрава России от 09.01.2020 № 1н утвержден Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения для обеспечения в течение одного года в амбулаторных условиях лиц, перенесших острые сердечно-сосудистые заболевания.

Федеральным законом от 02.12.2019 № 380-ФЗ «О федеральном бюджете на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» с 2020 года предусмотрены лимиты бюджетных обязательств на обеспечение профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска, находящихся на диспансерном наблюдении, в размере 10,150 млрд рублей ежегодно в части лекарственного обеспечения таких пациентов.

Принимая во внимание необходимость реализации Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года в части проведения в отдельных субъектах Российской Федерации пилотных проектов по совершенствованию механизмов лекарственного обеспечения граждан и отсутствие источников финансирования для этого, Минздравом России был направлен запрос в Минфин России о предоставлении официальной позиции об очередности поэтапного законодательного установления порядка использования предусмотренных лимитов бюджетных обязательств для оплаты лекарственных препаратов больным перенесшим острые сердечно-сосудистые заболевания, в том числе путем возмещения денежных средств аптечным организациям, которые

организуют закупку препаратов в рамках участия в дополнительном льготном лекарственном обеспечении.

По мнению Минфина России (письмо от 5 февраля 2020 г. № 12-03-08/7451) Правилами не предусмотрено предоставление вышеуказанной субсидии на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, предусматривающих возмещение денежных средств аптечным организациям. При этом отмечено, что такое возмещение возможно в случае внесения изменений в Правила.

*5. В прошлом году депутаты ЛДПР поднимали вопрос по обеспечению пациентов со спинальной мышечной атрофией дорогостоящими препаратами, способными остановить и замедлить развитие заболевания, а в некоторых случаях и излечить, с учетом дальнейшего финансирования государством. Предлагалось выделить данное заболевание в список орфанных.*

*На каком этапе решение данного вопроса? Какие мероприятия проводятся для обеспечения пациентов лечением?*

В 2019 г. в Российской Федерации зарегистрирован и разрешен к медицинскому применению на территории Российской Федерации лекарственный препарат с международным непатентованным наименованием «Нусинерсен» (торговое наименование «Спинраза»), предназначенный для патогенетического лечения спинальной мышечной атрофии (далее –СМА).

В соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ организация оказания медицинской помощи населению субъектов Российской Федерации, в том числе детям, организация обеспечения граждан лекарственными препаратами, осуществление контроля за качеством оказываемой медицинской помощи, определение условий по оказанию медицинской помощи несовершеннолетним относятся к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья. Бюджетам субъектов Российской Федерации ежегодно предоставляется финансовая помощь из федерального бюджета в виде дотации на выравнивание бюджетной обеспеченности, использование которой на полномочия в области лекарственного обеспечения жителей субъектов Российской Федерации не противоречит требованиям соглашения о предоставлении дотации на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, заключенного между Минфином России и субъектами Российской Федерации. По данным единой информационной системы в сфере закупок <https://zakupki.gov.ru> лекарственный препарат «Нусинерсен» закуплен 24 субъектами Российской Федерации.

В настоящее время получают лекарственный препарат «Спинраза» в рамках «раннего доступа» 41 пациент, из них 3-м пациентам уже в августе 2020 года рекомендовано введение следующей инъекции данного лекарственного препарата после программы «раннего доступа».

До конца 2020 года для обеспечения указанных пациентов необходимо 44 фл. лекарственного препарата «Спинраза» (3-м пациентам необходимо

ввести 2 инъекции). На 2021 год потребность 38 пациентов будет составлять 152 фл., и по 3-м пациентам 9 фл. (всего 161 фл.).

По информации представителей компании производителя, ориентировочная стоимость лекарственного препарата «Спинраза» при включении в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения будет составлять 5,3 млн. руб.

Таким образом, для обеспечения указанных пациентов до конца 2020 года необходимо финансовые средства в размере 233,2 млн. руб., а на 2021 год в размере 853,3 млн. руб.

Также необходимо отметить, что у 38 пациентов плановое введение лекарственного препарата «Спинраза» - январь 2021 года.

В настоящее время информация о пациентах с установленным диагнозом СМА, а также информация о вновь выявленных пациентах с указанным диагнозом обобщается главным внештатным специалистом по медицинской генетике Минздрава России С.И. Куцевым и на декабрь 2019 года численность пациентов составляла 937 человек.

Для обеспечения 896 пациентов (без учета 41 пациента получающих терапию в рамках «раннего доступа») и не начавших лечение необходимо 5 376 фл. на сумму 28,5 млрд руб.

В России ежегодно диагностируется 250-300 новых случаев СМА. Для обеспечения 250 пациентов (новые случаи) необходимо лекарственного препарата «Спинраза» в количестве 1 500 фл. на сумму 7,9 млрд руб.

На основании вышеизложенного для обеспечения всех пациентов в 2021 году с установленным диагнозом СМА и с учетом 250 новых случаев необходимы финансовые средства в объеме 37,2 млрд руб.

В начале апреля 2020 г. в Минздрав России поступило предложение о включении в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов лекарственного препарата «Нусинерсен» и будет рассмотрено Комиссией в июне 2020 г.

*7. На сегодняшний день из регионов массово начали поступать обращения и жалобы, что в целях борьбы с коронавирусом большая часть лечебных учреждений была перепрофилирована. Различные категории пациентов оказались вообще без первичной помощи, консультаций, пенсионеры остались наедине со своими хроническими заболеваниями, будущие мамы не могут пройти в женских консультациях необходимые сопутствующие осмотры и сдать положенные анализы. Гражданам, которые месяцами ждут очереди на плановые операции, стали переносить их на неопределенные сроки. Какие меры приняты в регионах для обеспечения этих граждан помощью?*

В соответствии с частью 8.1 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, Правительство Российской Федерации вправе

установить особенности реализации базовой программы обязательного медицинского страхования.

Так, постановлением Правительства Российской Федерации от 03.04.2020 № 432 приостановлено проведение профилактических мероприятий в части диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, при этом оказание первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в экстренной форме при острых респираторных вирусных заболеваниях, гриппе, пневмонии, новой коронавирусной инфекции, а также медицинской помощи пациентам, нуждающимся в респираторной экстракорпоральной мембранной оксигенации, должно осуществляться с учетом потребностей застрахованных лиц.

Вместе с тем, медицинская помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, болезнями сердечно-сосудистой и эндокринной системы, а также находящимся на заместительной почечной терапии (диализ) должна оказываться в полном объеме.

В соответствии с указанным постановлением высший исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации вправе увеличить сроки ожидания оказания медицинской помощи в плановой форме, установленные в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Госпитализация пациентов для оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме производится при наличии направления, выданного лечащим врачом медицинской организации, к которой пациент постоянно прикреплен, либо органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

В связи с необходимостью организации оказания медицинской помощи большому числу пациентов с коронавирусной инфекцией в соответствии с приказом Минздрава России от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и руководителям медицинских организаций и их структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара необходимо приостановить проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также рассмотреть возможность переноса сроков оказания медицинской помощи в плановой форме, в том числе, в условиях дневного стационара.

Кроме того, с учетом санитарно-эпидемиологической обстановки и особенностей распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 в регионах субъектам Российской Федерации рекомендовано принять меры по организации медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией как в амбулаторных условиях, так и в стационарных условиях, в том числе

путем перепрофилирования коечного фонда, создания необходимого резерва медицинских работников по данному направлению работы, соответствующего материально-технического обеспечения, в том числе медицинскими изделиями, лекарственными средствами и средствами индивидуальной защиты, при этом обеспечить минимальный риск возможности заражения в медицинских организациях, как пациентов, так и медицинских работников, в том числе путем снижения числа посещений (госпитализаций) пациентов в плановом порядке (выписка рецептов, оформление больничных листов, диспансерное наблюдение, плановые операции и иные медицинские вмешательства)

Таким образом, принимаемые в условиях пандемии меры направлены на организацию деятельности медицинских организаций по оказанию медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией, как в амбулаторном, так и в стационарном сегментах и снижение риска заражения коронавирусной инфекцией, в том числе в медицинских организациях.

Кроме того, в соответствии со статьей 16 Федерального закона № 323-ФЗ к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья относится организация оказания населению субъекта Российской Федерации первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъекта Российской Федерации; организация осуществления мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни; организация обеспечения граждан лекарственными препаратами; реализация мероприятий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья людей при чрезвычайных ситуациях, ликвидацию медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций.

На Едином портале государственных и муниципальных услуг Минздравом России совместно с Минкомсвязью России реализован сервис самообследования для граждан. Заполняя опросник на портале, граждане могут вести дневник здоровья и оценить свои риски заражения новой коронавирусной инфекцией, на 28.04.2020 обратилось 491 130 граждан, 90 590 граждан заполнили информацию о своем состоянии здоровья.

*8-9. По вопросам обеспечения медицинской помощью населения малых городов.*

Правительством Российской Федерации принято постановление от 9 октября 2019 г. № 1304 «Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения» (далее – постановление № 1304).

Основными принципами модернизации первичного звена здравоохранения являются:

1. Обеспечение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи и медицинской помощи, оказываемой в сельской местности, рабочих поселках, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тыс. человек (в том числе организация оказания медицинской помощи с приближением к месту жительства, месту обучения или работы исходя из потребностей всех групп населения с учетом трехуровневой системы оказания медицинской помощи; обеспечение транспортной доступности медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья; оснащение медицинских организаций, на базе которых оказывается первичная медико-санитарная помощь, а также центральных районных и районных больниц оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья; устранение дефицита кадров в первичном звене здравоохранения и повышение уровня их квалификации, в том числе в целях обеспечения возможности выбора медицинской организации и врача);

2. Приоритет интересов пациента при оказании первичной медико-санитарной помощи. Соблюдение прав граждан при оказании первичной медико-санитарной помощи и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;

3. Приоритет профилактики при оказании первичной медико-санитарной помощи;

4. Ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан при организации первичной медико-санитарной помощи.

Минздравом России организована разработка органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения на основе принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации, анализа и оценки его состояния, определен порядок проведения экспертизы этих программ и их утверждения, изданы нормативные правовые акты, необходимые для обеспечения контроля за реализацией региональных программ.

До 1 мая 2020 года субъекты Российской Федерации утверждают схемы территориального планирования субъектов Российской Федерации, включающие имеющиеся и планируемые в рамках региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения объекты здравоохранения.

Субъекты Российской Федерации внесут полные и достоверные сведения в геоинформационную систему до конца текущего года, до 1 июня 2020 года разработают и утверждают региональные программы модернизации первичного звена здравоохранения на основании согласованных схем

размещения объектов здравоохранения и утвержденных паспортов медицинских организаций.

С 1 июля 2020 года до 2024 года с учетом проводимых субъектами Российской Федерации мероприятий по уменьшению неэффективно используемых площадей, уменьшению зданий медицинских организаций, находящихся в аварийном состоянии, требующих сноса, реконструкции и капитального ремонта, будет обеспечен охват населения Российской Федерации первичной медико-санитарной помощью.

*10. Нехватка донорской крови – проблема, которая актуальна всегда. Медики «бьют тревогу» из-за резкого сокращения донорской крови. Как Министерство здравоохранения Российской Федерации планирует решать эту проблему?*

Минздравом России в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 среди доноров и реципиентов с 31 марта 2020 г. организован мониторинг объемов заготовки донорской крови и (или) ее компонентов, а также обеспеченности заявок медицинских организаций, осуществляющих клиническое использование донорской крови и (или) ее компонентов, в субъектах Российской Федерации.

Ежедневный мониторинг показывает, что заявки, поданные медицинскими организациями в учреждения службы крови, обеспечиваются компонентами донорской крови в полном объеме. В настоящее время в Российской Федерации имеется уменьшение количества донаций плазмы и цельной крови в среднем на 35 %. Эти компоненты могут быть мобилизованы из запасов, находящихся на длительном хранении, таким образом данное снижение в течение определенного времени не так критично для пациентов.

Число донаций тромбоцитов сократилось в среднем на 12 %, однако число проводимых донаций позволяет обеспечивать заявки медицинских организаций, что является наиболее важным, учитывая короткие сроки хранения компонента и urgentные показания для их трансфузии.

Учреждениями службы крови и организаторами донорского движения осуществляются организационные мероприятия по обеспечению условий для безопасной донации и привлечению регулярных доноров крови к повторным донациям в сложившейся эпидемиологической обстановке.

С целью обеспечения возможности донаций и профилактики одномоментного скопления людей, вводится предварительная запись на донацию, организуется доставка доноров.

Крайне важно в сложившейся эпидемиологической ситуации избегать поспешных призывов и массивных донорских акций, наиболее целесообразными организационными мероприятиями в настоящее время являются сохранение практики донаций от повторных доноров при условии создания необходимых дополнительных мер безопасности, предупреждающих распространение новой коронавирусной инфекции COVID-19.

*11. В столичных больницах отсутствует иммуноглобулин, который необходим для уколов против бешенства. Данный препарат имеется только в частных клиниках, по сути не владеющих правом использовать лекарство. Такая вот коллизия. Возможно ли назначить ответственного государственного производителя этого препарата?*

В Российской Федерации зарегистрированы следующие препараты с МНН Иммуноглобулин антирабический:

иммуноглобулин антирабический из сыворотки крови лошади жидкий производства АО «Фармстандарт»;

иммуноглобулин антирабический из сыворотки крови лошади жидкий производства ФКУЗ РосНИИПЧИ «Микроб»;

иммуноглобулин антирабический из сыворотки крови человека производства ООО «Сычуаньская Юанда Шуян Фармацевтическая компания»;

ребинолин, иммуноглобулин антирабический, производства «Камада Лтд», Израиль.

В 2019 году было введено в гражданский оборот 16 серий препаратов иммуноглобулина антирабического в количестве 230 427 упаковок.

С 29 ноября 2019 года ввод иммунобиологических лекарственных препаратов в гражданский оборот в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26.11.2019 № 1510 осуществляется на основании разрешений Росздравнадзора. Контроль качества иммунобиологических лекарственных препаратов осуществляется в федеральных государственных учреждениях, подведомственных Минздраву России и Росздравнадзору.

По данным ФГБУ «НЦЭСМП» Минздрава России, в настоящее время на контроле находится 1 серия лекарственного препарата иммуноглобулин антирабический из сыворотки крови человека производства ООО «Сычуаньская Юанда Шуян Фармацевтическая компания».

В 2020 году в гражданский оборот иммуноглобулин антирабический не выпускался.

В настоящее время в Правительстве Российской Федерации находится на рассмотрении распоряжение, которым предусмотрен единственный поставщик, осуществляющий в 2020 и 2021 годах закупки иммунобиологических лекарственных препаратов (в том числе, закупку вакцины для профилактики бешенства по эпидемиологическим показаниям), производство которых осуществляется на всех стадиях технологического процесса на территории Российской Федерации.

*12. До 100 человек ежегодно умирает из-за не обоснованной позиции Минздрава России, который отказывается перерегистрировать единственное лекарство от злокачественной гипертермии, в редких случаях развивающейся в ответ на дыхательный наркоз. Как сейчас с этим обстоит дело?*

В настоящее время лекарственный препарат Дантролен (МНН) не зарегистрирован в Российской Федерации и не внесен в государственный реестр лекарственных средств для медицинского применения.

Решение вопросов, связанных с целесообразностью регистрации лекарственных препаратов в Российской Федерации, является исключительным правом разработчиков и производителей лекарственных средств. В соответствии со статьей 18 Федерального закона № 61-ФЗ для государственной регистрации лекарственного препарата для медицинского применения в Минздрав России предоставляется заявление о государственной регистрации лекарственного препарата и необходимые документы, из которых формируется регистрационное досье на лекарственный препарат.

В течение десяти рабочих дней со дня принятия заявления о государственной регистрации лекарственного препарата Минздрав России проводит проверку полноты, достоверности и правильности оформления представленных документов регистрационного досье на лекарственный препарат и принимает решение о выдаче задания на проведение экспертизы в соответствии с пунктом 5 статьи 19 Федерального закона № 61-ФЗ.

Таким образом, при поступлении в установленном порядке заявлений о государственной регистрации на рассматриваемый лекарственный препарат для медицинского применения Минздравом России будут проведены проверки полноты, достоверности и правильности оформления представленных документов регистрационных досье на упомянутый лекарственный препарат и принято решения в соответствии с нормами Федерального закона № 61-ФЗ.

В настоящее время заявления от заявителей о государственной регистрации рассматриваемого лекарственного препарата для медицинского применения в Минздрав России не поступали.

*13. Правительство Российской Федерации приняло меры по недопущению завышения цен на медицинскую продукцию и препараты первой необходимости. Несмотря на эти меры, в аптечных пунктах и местах реализации медицинской продукции по-прежнему наблюдается значительное завышение цен в 8-10 раз на медицинские маски, спиртовые салфетки и спиртосодержащие препараты, хлоргексидин и другие. Какие действия в этой связи предпринимает Ваше ведомство?*

Минздравом России поддержан подготовленный депутатом Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации О.Н. Епифановой законопроект «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях в части установления административной ответственности за превышение предельно допустимых цен на лекарственные препараты и (или) медицинские изделия», предусматривающий установление административной ответственности за завышение предельно допустимых цен на лекарственные препараты и (или) медицинские изделия, установленные Правительством Российской Федерации, в условиях чрезвычайной ситуации (или) при возникновении

угрозы распространения заболевания, представляющего опасность для окружающих.

**В части вопросов, предложенных фракцией Политической партии СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ в Государственной Думе**

*1. Советская система здравоохранения (система Семашко) успешно решала проблемы с различными заболеваниями, в том числе инфекционными. Однако Российская Федерация перешла к другой модели организации и финансирования здравоохранения. С учетом сегодняшней борьбы в Российской Федерации с новой коронавирусной инфекцией что Вы считаете необходимым вернуть из советской системы здравоохранения в нынешнюю систему организации и управления системой здравоохранения?*

*Какие выводы сделало Министерство здравоохранения Российской Федерации о состоянии системы здравоохранения в условиях распространения коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации?*

В настоящее время необходима модернизация инфекционной службы. Нуждаются в пересмотре образовательные программы подготовки медицинских работников по специальностям микробиология, эпидемиология, инфекционные болезни, паразитология. Необходимо расширять научные исследования на междисциплинарных площадках по изучению патогенеза, иммуногенеза, патоморфологии и профилактики инфекционных болезней.

Что касается модели финансирования здравоохранения, то необходимо отметить следующее.

Обязательное медицинское страхование основывается на следующих организационных принципах: всеобщность, некоммерческий характер, общественная солидарность и социальная справедливость. В связи со сложившимися в конце 80-х годов прошлого столетия объективными проблемами в здравоохранении, связанными с бюджетной моделью его финансирования (главным образом недофинансирование отрасли), в Российской Федерации с начала 90-х годов задан курс на обеспечение полноценного финансового обеспечения оказания медицинской помощи и развитие страховой модели здравоохранения.

С принятием Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в Российской Федерации функционирует бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения, предусматривающая оплату почти всей медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования.

С целью реализации прав граждан на бесплатную медицинскую помощь и охрану здоровья, гарантированных статьей 41 Конституции Российской Федерации, ежегодно увеличивается государственное финансирование здравоохранения, его рост суммарно за счёт средств всех источников

составил с 1535,2 млрд руб. в 2010 г. до 4207,9 млрд руб. в 2020 г.

Возврат к исключительно бюджетной системе финансирования здравоохранения в настоящее время не планируется.

*2. Американская и западная системы страховой медицины построены таким образом, что в условиях эпидемии многие граждане просто не могут платить за медицинские услуги, что привело к большому количеству летальных исходов. Что, на Ваш взгляд, необходимо изменить в российской системе страховой медицины?*

Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации основано на принципах социальной солидарности: все граждане имеют равные права на получение медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования. Страховые взносы на обязательное медицинское страхование уплачиваются за всех граждан, но востребование финансовых ресурсов осуществляется лишь при обращении за медицинской помощью. Объем предоставляемых услуг не зависит от размера страховых взносов, и граждане с различным уровнем дохода и потребности в медицинской помощи имеют одинаковые права на получение медицинских услуг.

Законодательством Российской Федерации не предусмотрена самостоятельная уплата гражданами за себя страховых взносов на обязательное медицинское страхование

*3. Какие изменения планируется внести в национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография»?*

Реализация мероприятий федеральных проектов национального проекта «Здравоохранения» осуществляется в 2020 году в полном объеме.

Решение о внесении изменений в целевые значения показателей и результатов федерального проекта может быть принято по итогам анализа ситуации после снятия ограничительных мер в связи с распространением новой коронавирусной инфекции с учетом разработанных и реализуемых органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья мероприятий по достижению целевых значений указанных показателей и результатов.

*4. Какие меры планируется принять в целях обеспечения лекарственной безопасности, расширения самообеспечения лекарствами, фармсубстанциями?*

Фармацевтическая отрасль – это динамично развивающаяся сфера, которая неразрывно связана с достижениями научно-технического прогресса. Разработка и вывод на рынок современных лекарственных препаратов, отвечающих самым последним требованиям по безопасности, качеству и эффективности невозможна без постоянного технологического переоснащения отрасли. Для развития рынка лекарственных препаратов Минпромторгом России совместно с Минздравом России разработана и реализуется государственная программа Российской Федерации «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности».

Благодаря мероприятиям по локализации лекарственных препаратов на

российских производственных площадках расширяется продуктовая линейка доступных для граждан Российской Федерации лекарственных препаратов для лечения онкологических, сердечно-сосудистых заболеваний, ВИЧ-инфекции, диагностических лекарственных средств, и других. В настоящее время отечественными фармацевтическими предприятиями реализуется порядка 111 проектов с планируемым объемом инвестиций в размере 105,5 млрд рублей, из которых порядка 65 проектов на сумму 31,7 млрд рублей относятся к модернизации производственных мощностей, порядка 60 проектов направлены на строительство новых производственных мощностей, плановый объем инвестиций, в которые составляет порядка 82,5 млрд рублей. Более 100 иностранных производителей уже локализовали на территории Российской Федерации производство более 400 МНН лекарственных препаратов. Наибольший объем инвестиций направлен на организацию производства фармацевтических субстанций, в том числе не производимых на территории Российской Федерации.

Развитие конкурентоспособной фармацевтической промышленности невозможно без формирования регуляторной базы, гармонизированной с международными требованиями. Ключевую роль в производстве лекарственных препаратов играет эффективная фармацевтическая система качества, которая должна гарантировать надлежащее производство лекарственных средств, соответствующих своему назначению и исключить риск, связанный с неудовлетворительными безопасностью, качеством и эффективностью.

В Российской Федерации к производству лекарственных средств всегда применялись самые высокие требования, в том числе по соблюдению правил надлежащей производственной практики (GMP). Так в 1991 году впервые разработаны «Правила организации производства и контроля качества лекарственных средств» с учетом действующих международных, региональных и национальных правил GMP разных стран.

В настоящее время, во исполнение положений Федерального № 61-ФЗ действует приказ Минпромторга России от 14 июня 2013 г. № 916 «Об утверждении Правил надлежащей производственной практики» (далее – Правила), который вступил в силу с 19 ноября 2013 г. и для российских производителей является лицензионным требованием при осуществлении деятельности по производству лекарственных средств.

Кроме того, важно отметить, что в целях получения и гарантии доказательств безопасности, качества и эффективности лекарственных средств стоит особое внимание уделять переходу на международные стандарты, предусмотренные международными обязательствами, в том числе в отношении доклинических исследований лекарственных средств.

Реализация мероприятий, направленных на демонстрацию достижений и поддержку вывода на рынок продукции отечественной фармацевтической и медицинской промышленности, принесли видимые результаты в позиционировании отечественной промышленности.

На данном этапе развития перед отраслью стоят новые вызовы и

задачи, одной из которых является повышение доверия к российским лекарственным препаратам посредством консолидации усилий всех участников индустрии в вопросе проведения просветительской работы с населением о разработках российских исследовательских центров и промышленных предприятий. Укреплению положительной репутации российских предприятий фармацевтической промышленности, повышению доверия к российским лекарственным препаратам и как следствие увеличению спроса на них может способствовать создание бренда «российского лекарственного препарата» и его продвижение в СМИ.

Правительством Российской Федерации проводится последовательная работа по совершенствованию нормативного правового регулирования в области обращения лекарственных средств.

Еще одним нефинансовым инструментом развития локального производства лекарственных средств и фармацевтических субстанций, способствующим созданию дополнительных высокопроизводительных рабочих мест и увеличения налоговых выплат в результате реализации проектов в соответствии с Федеральным законом от 31 декабря 2014 г. № 488-ФЗ «О промышленной политике в Российской Федерации», является специальный инвестиционный контракт (далее – СПИК). С 2017 года заключено 6 СПИК с отечественными и иностранными фармацевтическими производителями, общий объем инвестиций при реализации которых составит более 14 млрд. рублей. В рамках, заключенных СПИК будет организовано производство лекарственных препаратов для лечения инсулинозависимого сахарного диабета, онкологических, орфанных, сердечно-сосудистых и других заболеваний.

Кроме того, одним из наиболее перспективных направлений для оптимизации оценки потребностей в лекарственном обеспечении является цифровизация здравоохранения, а также внедрение системы маркировки лекарственных препаратов, позволяющей проследить движение каждой упаковки препарата от производителя до конечного потребителя. Внедрение системы МДПЛ обеспечит прозрачность фармацевтического рынка, поставит барьер повторному «вбросу» лекарственных препаратов, проникновению в легальный оборот недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных препаратов.

*5. В ходе так называемой «оптимизации койко-мест в лечебных учреждениях» особенно пострадали сельские населенные пункты. Планируется ли принимать меры по изменению принципов финансирования здравоохранения в сельских населенных пунктах?»*

Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 № 1610, впервые установлено, что в целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в том числе в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также в сельской местности, субъекты Российской

Федерации устанавливают коэффициенты дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом реальной потребности населения, обусловленной уровнем и структурой заболеваемости, особенностями половозрастного состава, в том числе численности населения в возрасте 65 лет и старше, плотности населения, транспортной доступности медицинских организаций, количества структурных подразделений, за исключением количества фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, а также маршрутизации пациентов при оказании медицинской помощи.

Для расчета стоимости медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях и их обособленных подразделениях, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, применяются следующие коэффициенты дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия указанных подразделений и расходов на их содержание и оплату труда персонала: для медицинских организаций, обслуживающих до 20 тысяч человек, - не менее 1,113, для медицинских организаций, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, - не менее 1,04.

Кроме того, впервые установлен размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, который составляет на 2020 год при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, в среднем для фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов обслуживающий от 100 до 900 жителей, - 957,2 тыс. рублей, от 900 до 1500 жителей, - 1516,4 тыс. рублей, от 1500 до 2000 жителей, - 1702,8 тыс. рублей.

В 2019 году число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь населению в стационарных условиях, расположенных в сельской местности, составило 887 организаций, из них 536 центральных районных, 199 районных и 28 участковых больниц (2018 год – 925, 560, 194 и 42 соответственно).

Общее число коек в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, расположенных в сельской местности, в 2019 году составило 141 473, что на 3,0 % меньше, чем в 2018 году (145 888 коек), за год было сокращено 4 415 коек.

В тоже время, в 2019 году по сравнению с 2018 годом увеличилось число дневных стационаров, расположенных в сельской местности – с 4 356 до 4 408 в 2019 году, уменьшилось число мест в дневных стационарах всех типов – с 44 800 до 44 065 и число пациентов, пролеченных в дневных стационарах, расположенных в сельской местности, – с 1 327 496 до 1 278 809 человек.

Доля сельских жителей, госпитализированных в круглосуточные стационары, не изменилась и составила 28,1 % от всех госпитализированных

(в 2018 году – 28,2 %), в тоже время выросла доля сельских жителей, госпитализированных в стационары федерального подчинения – с 17,0 до 17,2 %.

Удельный вес коек, расположенных в сельской местности, в 2019 году составил 13,7 %, как и в 2018 году (14,0 %).

Обеспеченность койками в медицинских организациях, расположенных в сельской местности, в 2019 году по сравнению 2018 годом снизилась и составила 37,9 на 10 тыс. сельского населения (в 2018 году – 39,1).

Снижение числа коек круглосуточных стационаров медицинских организаций, расположенных в сельской местности, не привело к увеличению эффективности их использования. Работа коек, как основной показатель использования койки в году, увеличилась на 0,3 % и составила 311 дней в году (в 2018 году – 310 дней).

В 2019 году снизился уровень госпитализации сельских жителей во все медицинские организации с 22,6 до 22,2 на 100 человек сельского населения, уровень госпитализации сельских жителей в медицинские организации, расположенные в сельской местности, снизился в 2019 году по сравнению с 2018 годом (7,9 случаев) на 3,8 % и составил 7,6 случаев на 100 человек населения.

*6. Как показал опыт КНР, Индии и ряда восточных стран методы и лекарства народной традиционной медицины успешно применялись в профилактике, комплексном лечении и реабилитации. Принимая во внимание опыт зарубежных государств, планируется ли в нашей стране возобновить законодательную работу по изменению положений статьи 50 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»?*

При Министерстве здравоохранения Российской Федерации осуществляет деятельность Координационный совет по совершенствованию нормативно-правового регулирования в сфере народной медицины (приказ Минздрава России от 12 апреля 2016 г. № 223). Функциями Координационного совета являются анализ методов народной медицины, анализ деятельности лиц, занимающихся народной медициной, а также подготовка предложений по совершенствованию нормативно-правового регулирования сферы народной медицины.

Ранее при участии Минздрава России рассматривался проект федерального закона «О внесении изменений в статью 50 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – проект федерального закона), вносимый в Государственную Думу членом Совета Федерации И. Н. Каграманяном. Проект федерального закона не был поддержан Правительством Российской Федерации (заключение Правительства Российской Федерации от 3 февраля 2020 г. № 792п-П12).

Минздрав России заинтересован в дальнейшем эффективном взаимодействии и готов продолжить совместную работу по совершенствованию нормативно-правового регулирования в сфере народной медицины в рамках деятельности Координационного совета при Минздраве

России и Экспертного совета по вопросам совершенствования законодательства в сфере комплементарной медицины при Государственной Думе Российской Федерации.

*7. В настоящее время назрела необходимость законодательного закрепления понятия «мобильной медицинской помощи» с включением работы мобильных выездных бригад, санитарной авиации как планового вида медицинской помощи. Данное предложение особенно важно для Арктических районов страны. Какие меры планируется принимать в указанном направлении?*

Оказание первичной медико-санитарной помощи осуществляется в соответствии с Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н (далее – приказ № 543н) и Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям, утвержденным приказом Минздрава России от 07.03.2018 № 92н.

Согласно приказу № 543н, первичная медико-санитарная помощь оказывается амбулаторно, в том числе по месту выезда мобильной медицинской бригады, в том числе для оказания медицинской помощи жителям населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий.

Приложением № 8 к приказу № 543н установлены правила организации деятельности мобильной медицинской бригады.

Приказом Минздрава России от 27.03.2019 № 164н внесены изменения в приказ № 543н, в части организации деятельности мобильной медицинской бригады, которым в том числе предусмотрен стандарт ее оснащения, включающий комплекс передвижной медицинский для оказания первичной медико-санитарной помощи, для проведения профилактического медицинского осмотра, первого этапа диспансеризации, флюорографии, маммографии.

При необходимости мобильная медицинская бригада может обеспечиваться специальными транспортными средствами, иными комплексами передвижными медицинскими, иными медицинскими изделиями, зарегистрированными в установленном порядке.

По информации Росздравнадзора, в государственном реестре медицинских изделий и организаций (индивидуальных предпринимателей), осуществляющих производство и изготовление медицинских изделий, имеются сведения о 60 передвижных медицинских комплексах, из них: 54 отечественного производства и 6 зарубежного производства.

В рамках реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение» в течение 2019-2021 годов запланировано приобретение более 1300 передвижных медицинских комплексов, в том числе в субъектах,

входящих в Арктическую зону планируется приобрести 97 передвижных медицинских комплексов. По состоянию на 24.04.2020 в медицинские организации поставлено 516 комплексов, в том числе в субъектах, входящих в Арктическую зону, 44 комплекса (100% от запланированных в 2019 году).

*9. В какие сроки в Российской Федерации будет разработано лекарство от коронавирусной инфекции?*

Разработка вакцин против новой коронавирусной инфекции COVID-19 в настоящее время осуществляется в двух подведомственных Минздраву России научных организациях: ФГБУ «НИЦЭМ им.Н.Ф.Гамалеи» Минздрава России и ФГБУ «НИИ гриппа им.А.А.Смородинцева» Минздрава России.

ФГБУ «НИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России в рамках государственного задания ведется разработка двухкомпонентной векторной вакцины на основе аденовирусных векторов. Вакцина получена биотехнологическим методом, при котором не используется патогенный для человека вирус SARS-CoV-2. Основой вакцины являются аденовирусные векторы. Доклинические исследования планируется завершить к 31 мая 2020 г. в соответствии с минимальными требованиями по определению безопасности и эффективности с учетом патогенности вируса на различных видах животных, включая мелких лабораторных животных и приматов, для последующего рассмотрения отчета о проведении доклинических исследований экспертным учреждением. Длительность клинических исследований будет определяться дизайном клинических исследований, согласованным экспертным учреждением, позволяющим установить безопасность и эффективность лекарственного препарата. Первоначально вакцина может производиться на филиале «Медгамал» ФГБУ «НИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России в объеме 200 тыс. доз вакцины в год.

ФГБУ «НИИ гриппа им. А.А. Смородинцева» Минздрава России инициативно ведется разработка векторной вакцины на основе аттенуированного вируса гриппа (назальный спрей). Планируемая дата начала доклинических исследований после разработки прототипа вакцины, ориентировочно – 1 августа 2020 г. Начало клинических исследований предварительно запланировано на 30 мая 2021г., их длительность будет определяться дизайном клинических исследований, согласованным экспертным учреждением. По информации, представленной ФГБУ «НИИ гриппа им. А.А. Смородинцева» Минздрава России, планируемая производственная площадка – ФГБНУ «ФНЦИРИП им. М.П. Чумакова РАН» Минобрнауки России. Мощность производства может быть определена после отработки технологии промышленного производства.

В соответствии с поступившей в Минздрав России актуальной информацией ведомств и организаций, которые осуществляют или могут осуществлять координацию разработок и разработку вакцин в настоящее время осуществляется разработка вакцин по 7 направлениям, еще 7 проектов сформированы для возможной реализации. Осуществление клинических исследований отдельных вакцин планируется начать с июня 2020 г.

*10-11. Средняя стоимость строительства одного ФАПа в*

*Архангельской области (без оборудования) составляет 17 млн. рублей, что в 4 раза превышает объем средств, выделенных из федерального бюджета, и требует изыскания значительного объема дополнительных средств из областного бюджета. Планируется ли выделение дополнительных средств из федерального бюджета на строительство ФАПов в Архангельской области?*

В целях реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение» (далее – федеральный проект), а также достижения результата «Созданы/заменены более 1550 новых фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий» федерального проекта Минздравом России заключены Соглашения о предоставлении иного межбюджетного трансферта из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования, в том числе в полном объеме, расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при создании и замене врачебных амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов для населенных пунктов с численностью населения от 100 до 2 000 человек (далее – Соглашение).

В соответствии с Соглашением, заключенным между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Правительством Архангельской области от 13.02.2020 № 056-17-2019-175, в 2019 году в Архангельской области было запланировано создание 1 ФАП в населенном пункте с численностью населения от 100 до 2 000 человек, сумма иного межбюджетного трансферта, доведенная до бюджета Архангельской области, составила – 4,96 млн рублей.

Стоимость ФАП в Архангельской области, в соответствии с контрактом от 25.10.2019 № МК-01/2019 составила 6,85 млн руб. Дополнительно сообщаем, что средняя стоимость создания/замены ФАП в 2019 году в субъектах Российской Федерации входящих в состав районов Арктики составила 6,32 млн рублей.

Выделение дополнительных средств из федерального бюджета на строительство ФАПов в 2020 году не запланировано.

По данным Минздрава Архангельской области, сроки строительства ФАПов на территории субъекта составляют 1 год, что регламентировано заключенным между Минздравом России и Минздравом Архангельской области соглашением на предоставление межбюджетных трансфертов на строительство такого типа объектов.

С 2020 года полномочия по строительству ФАПов переданы Министерству строительства и архитектуры Архангельской области, которое планирует осуществлять его путем строительства на месте возведения за счет привозных материалов, что должно значительно сократить сроки возведения помещений.

*12. Лекарственные средства - самые проблемные закупки по Федеральному закону от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и*

*муниципальных нужд». В сегодняшней ситуации распространения коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации очевидна неприемлемость применения норм вышеуказанного федерального закона для закупок. В частности, субъектам Российской Федерации поручено использовать механизм прямых закупок при решении задач по противодействию распространению новой коронавирусной инфекции. Но это не решает вопрос дальнейшего механизма закупки лекарств.*

*Как Министерство здравоохранения Российской Федерации оценивает предложение исключить необходимость проведения торгов и государственных закупок в рамках Федерального закона от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» и перейти на контракты с производителями на периоды 3-5 лет в целях гарантий объема производства, доступности и наличия лекарственных и медицинских препаратов?*

Необходимо отметить, что рынок лекарственных препаратов является высоко конкурентным и в целях обеспечения развития производства лекарственных препаратов, повышения их качества и эффективности закупок необходимо проведение конкурентных процедур определения поставщика.

Определение единственных поставщиков лекарственных препаратов должно осуществляться в исключительных случаях при необходимости обеспечения жизни и здоровья граждан и безопасности государства в целом.

В настоящее время в связи с распространением новой коронавирусной инфекции, в соответствии с разъяснением Минфина России, МЧС России, ФАС России заказчик вправе осуществить на основании Федерального закона 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» закупку любых товаров, требуемых заказчику, у единого поставщика.

Также с 24.04.2020 вступили в силу изменения в Федеральный закон № 44-ФЗ, предусматривающие, в том числе, двукратное увеличение (с 300 тыс. руб. до 600 тыс. руб.) суммы, на которую возможно заключить контракт с единственным поставщиком вместе, а также возможность изменения существенных условий контракта в части авансирования.

Законодательство Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок основывается, в том числе на Бюджетный кодекс Российской Федерации. Положениями Бюджетного кодекса Российской Федерации предусмотрено, что проекты бюджетов всех уровней составляются и утверждаются сроком на три года – на очередной финансовый год и плановый период, а государственные (муниципальные) контракты оплачиваются в пределах лимитов бюджетных обязательств.

Таким образом, законодательством Российской Федерации предусмотрена возможность осуществления закупки лекарственных препаратов на долгосрочный период (до 3 лет).

В то же время для заключения долгосрочных контрактов необходимо утвердить критерии выбора поставщика и требования к нему.

В целях повышения эффективности закупок лекарственных препаратов, обеспечения конкуренции и недискриминационного доступа хозяйствующих субъектов к участию в государственных закупках возможность заключения долгосрочных государственных контрактов должна быть определена в отношении лекарственных препаратов, защищенных патентами, при условии значительного снижения цен на такие лекарственные препараты, а также в отношении лекарственных препаратов, не имеющих аналогов на территории Российской Федерации.

Так, Минздравом России в 2020 году планируется заключение 4-х долгосрочных государственных контрактов на лекарственные препараты, в том числе на дорогостоящий препарат Леналидомид, снижение цены по которому произошло на уровне 30 %, что позволило сэкономить 1,7 млрд рублей.

*13. Министерству здравоохранения Российской Федерации как ведомству не хватает полномочий, в том числе для внедрения новой системы оплаты труда медработников. Еще В.И.Скворцова сообщала о невозможности влияния на исполнение рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации, так как полномочия Российской Федерации в сфере охраны здоровья осуществляют органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.*

*Важно и необходимо скоординировать вертикаль власти и деятельность всех уровней власти: муниципальную, региональную и федеральную, чтобы это эффективно функционировало. Должна быть жесткая форма отношений политического характера - «власть-подчинение». В ином случае мы и в дальнейшем будем наблюдать разницу в объемах финансирования здравоохранения, в уровне расходов регионов на здравоохранение в расчете на душу населения, обеспеченности врачами на 10 тысяч жителей, уровень смертности и выполнение «майских» указов по зарплатам врачей.*

*Первый шаг по расширению полномочий Министерства здравоохранения Российской Федерации уже был сделан. Так, Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения из прямого ведения Правительства Российской Федерации была передана в подчинение Министерству здравоохранения Российской Федерации.*

*Планируется ли дальнейшее расширение полномочий Министерства здравоохранения Российской Федерации?*

Разграничение полномочий между федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации строится на конституционном принципе разграничения предметов ведения Российской Федерации и регионов. Координация вопросов здравоохранения находится в совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. Полномочия Министерства здравоохранения Российской Федерации по проведению единой государственной политики в сфере здравоохранения, реализации мер по развитию здравоохранения, а также по координации деятельности в сфере

охраны здоровья федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, субъектов государственной системы здравоохранения, муниципальной и частной систем здравоохранения закреплены в статье 14 Федерального закона № 323-ФЗ.

Одновременно сообщаем, что Минздравом России уже подготовлен и внесен в Правительство Российской Федерации проект федерального закона «О внесении изменений в статьи 14 и 16 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», которым предусмотрено введение института согласования с Минздравом России назначения на должность (освобождения от должности) руководителя исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

*14. Предложения по реформированию системы обязательного медицинского страхования (далее - ОМС):*

*- увеличение финансирования системы здравоохранения (не менее 6% ВВП);*

*- оставить коммерческих посредников (страховых компаний) только для сектора добровольного медицинского страхования (далее - ДМС), то есть убрать это звено из системы ОМС;*

*- отменить прямое финансирование ДМС для работников федеральных органов власти и управления за счет федерального бюджета (оставить данную возможность за счет личных средств);*

*- сократить объем платных услуг в государственных/муниципальных медицинских учреждениях до 10-15% от общего объема финансирования здравоохранения, сохранив услуги исключительно сервисного и вспомогательного характера, а в секторе детского здравоохранения исключить полностью платные медицинские услуги;*

*- заменить платные услуги на соплатежи из средств ФОМС. Будет действовать следующий механизм: если необходимо проведение лечения пациенту, но он при этом решает использовать «новейшие технологии» (методы лечения, медицинские средства или лекарства), которые не входят в Перечень услуг, предоставляемых в рамках ОМС, пациент доплачивает разницу цен между ценой предоставляемого в рамках ОМС медицинской услуги и услуги, выбранной пациентом из новейших методов лечения или медицинских материалов. Например: флебэктомия (или удаление вен) является наиболее травматичным способом лечения варикозной болезни. Данная операция (под общим наркозом) проводится за счет средств ОМС, но в арсенале медиков имеются гораздо более щадящие и малоинвазивные методы лечения варикоза, такие как лазер, не требующие практически никакого восстановительного периода в отличие от серьезных операций. Данные щадящие методы лечения на сегодняшний день пациенты вынуждены в полной мере оплачивать самостоятельно.*

*Какова позиция Министерства здравоохранения Российской Федерации по каждому из изложенных предложений?*

Законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования регламентированы отношения, возникающие в связи с осуществлением указанного вида страхования, включая правовое положение субъектов и участников обязательного медицинского страхования, их права, обязанности и ответственность.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования наряду с другими функциями осуществляет контроль за соблюдением субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием ими средств обязательного медицинского страхования, в том числе проводит проверки и ревизии.

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования осуществляют управление средствами обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, предназначенными для обеспечения гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования, обеспечивают права граждан в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, информирование граждан о порядке обеспечения и защиты их прав и другие установленные законом функции.

Страховые медицинские организации осуществляют проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

В страховых медицинских организациях создана необходимая инфраструктура и имеется кадровый ресурс, отлажена и действует система управления и администрирования для выполнения функций, возложенных на страховые медицинские организации законодательством об обязательном медицинском страховании.

Вопрос об отказе от системы обязательного медицинского страхования в настоящее время не рассматривается.

В части вопроса «Сократить объем платных услуг в государственных/муниципальных медицинских учреждениях до 10-15% от общего объема финансирования здравоохранения, сохранив услуги исключительно сервисного и вспомогательного характера, а в секторе детского здравоохранения исключить полностью платные медицинские услуги» сообщаем.

Доля расходов на оказание медицинской помощи за счет платных медицинских услуг в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальные программы), от всех расходов на оказание медицинской помощи на протяжении последних лет не превышает 7%. Данный показатель существенно не менялся и составил: в 2016 году – 7,08%, в 2017 году – 7,07%, в 2018 году – 6,54%.

Темп прироста размера финансового обеспечения платных медицинских услуг в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения в 2018 году по сравнению с 2017 годом составляет 9,3 %, что ниже темпов прироста расходов на оказание медицинской помощи за счет государственных источников финансирования (19 %).

Следует отметить, что рост расходов населения на медицинскую помощь обусловлен ростом инфляции и соответствующим ростом тарифов, и характерен практически для всех стран мира с развитой медициной. В связи с изложенным предложение о полном исключении платных медицинских услуг не поддерживается.

*16. Необходимо ввести новый критерий оценки результативности работы системы здравоохранения – показатель старения населения – порог старости. Данный показатель определяет не только возраст в паспорте, но и другие параметры, такие как уровень физической активности. Порог старости – это момент, когда человек осознает себя пожилым, начинает хуже себя чувствовать, меняет свой быт и образ жизни. Показатель старения населения мог бы дать объективную оценку трудоспособности населения. Уровень показателя старения населения должен быть одним из основных показателей эффективности системы здравоохранения.*

*Рассматривалось ли введение показателя старения населения в Российской Федерации и если рассматривалось, то каков этот показатель?*

Для оценки старения населения используется ряд демографических показателей, отражающих распределение численности населения по полу и возрасту. Основные индикаторы ежегодно публикуются Росстатом. При этом в мире существуют различные подходы к определению границы старости, один из которых основан на показателе порог старости. Он показывает возраст, в котором средняя ожидаемая продолжительность жизни становится меньше 15 лет. Различные показатели старения коррелируют между собой и характеризуют особенности демографического развития страны или отдельно взятого региона, но не эффективность работы или состояние системы здравоохранения. Расчет показателя порог старости по Российской Федерации за 2017 год проводился в рамках научного исследования на базе РАНХиГС и составил 69,0 лет для женщин и 62,6 лет для мужчин. Среди субъектов Российской Федерации с показателями свыше 70 лет отмечена Республика Ингушетия – 73,9 лет для женщин и 72,7 для мужчин, Москва – 72,1 и 70,8 лет соответственно. Низкие значения показателя отмечены в Республике Тыва – 66,3 и 59,3 лет, Еврейской автономной области – 66,9 и 57,9 лет. Из официально учитываемых для оценки состояния здоровья человека с учетом его возраста в Российской Федерации используется показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни. Согласно утвержденной методологии показателя, он позволяет оценить, сколько лет в определенном возрасте предстоит еще прожить в здоровом состоянии, то есть без каких-либо серьезных проблем со здоровьем, ограничивающих повседневную жизнедеятельность человека.

Данный показатель является одним из основных индикаторов социально-экономического развития Российской Федерации в рамках национального проекта «Демография». Федеральным планом статистических работ ежегодно с 2019 года предусмотрен мониторинг его достижения, который рассчитывается Росстатом. Первая оценка показателя, проведенная Росстатом в 2019 году, показала, что ожидаемая продолжительность здоровой жизни по Российской Федерации составила 60,3 года. Наиболее низкий показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни отмечен в Чукотском автономном округе – 49,1 года, высокий – 67,2 года в Республике Ингушетия. Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» и национальным проектом «Демография» зафиксировано целевое значение показателя ожидаемой продолжительности здоровой жизни на 2024 год, которое должно составить 67 лет.

*17. Международная классификация болезней 11 пересмотра (далее - МКБ-11) – стандартная система для всего мира, включающая в себя методику сбора данных, в том числе о смертности и заболеваемости. МКБ-11 была представлена для принятия государствами-членами на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2019 года и вступит в силу 1 января 2022 года.*

*Россия дала обязательства ВОЗ полностью согласовать новый порядок формирования регистров.*

*Россия принимала участие в разработке МКБ-11, но внедряя и реализовывая данную систему на базе автоматизированных систем иностранного производства, а это и хранение данных в автоматизированных системах хранения за рубежом, как для любой системы, для МКБ-11 актуальны угрозы, связанные с нарушением конфиденциальности.*

*В локальном смысле речь идет об угрозе безопасности хранения данных о положении дел в сфере здравоохранения в России, а в глобальном смысле, на примере банковской системы, мы уже знаем о возможном манипулировании и угрозах.*

*Какие меры будут приняты Министерством здравоохранения Российской Федерации в целях защиты информации и разработки политики безопасности для запланированной к внедрению указанной медицинской автоматизированной информационной системы в рамках реализации МКБ-11?*

В настоящее время Справочник «Международная классификация болезней и состояний, связанных со здоровьем 10 пересмотра. Версия 4» размещен в подсистеме единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее - ЕГИСЗ) «Реестр нормативно-справочной информации». Справочник (система справочников) «Международная классификация болезней 11 пересмотра (далее - МКБ-11) после его разработки и адаптации к применению будет находиться также в подсистеме

ЕГИСЗ «Реестр нормативно-справочной информации» в целях использования МКБ-11 на территории Российской Федерации. В ЕГИСЗ приняты и реализованы организационные и технические меры защиты информации, направленные на блокирование (нейтрализацию) угроз безопасности обрабатываемой в ЕГИСЗ информации. Передача данных ограниченного доступа осуществляется посредством защищенной сети передачи данных с применением средств криптографической защиты информации, сертифицированных ФСБ России.

Министерство здравоохранения Российской Федерации приступило к подготовке к переводу и адаптации МКБ-11 с целью последующего внедрения классификации в Российской Федерации в электронном формате. С этой целью Минздравом России совместно с Всемирной организацией здравоохранения создана сводная рабочая группа и выработан план по внедрению МКБ-11. План включает несколько этапов:

1. Перевод МКБ-11 на русский язык (до конца 2020 года).
2. Гармонизация нормативно-справочных объектов Федерального реестра НСИ Минздрава России с МКБ-11 (в период с 2020 года до 2023 года).
3. Пересмотр форм государственной статистической отчетности для перехода на МКБ-11 и обеспечения сопоставимости с отчетностью, созданной на основе МКБ-10 (в период с 2020 года по 2021 год).
4. Подготовка программ обучения (очной и дистанционной) различных пользователей и адаптация обучающего модуля в среде электронной системы МКБ-11 ВОЗ (в период с 2020 года по 2021 год).
5. Пилотирование перехода и использования МКБ-11 в пилотных регионах (в период с 2021 года по 2022 год).

*18. По данным Счетной палаты Российской Федерации за 2018 год, государственная программа «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» («Фарма-2020») оказалась самой неудачной среди всех федеральных программ: менее 63% ассигнований было реально потрачено, причем качество этих трат также вызывает большие вопросы. В программе «Фарма-2020» ответственным исполнителем программы является Министерство промышленности и торговли Российской Федерации, а Министерство здравоохранения Российской Федерации является «участником». Одной из задач программы является разработка инновационных лекарственных средств для лечения социально-значимых заболеваний. При этом из поступающих в адрес депутатов Государственной Думы обращений граждан мы видим, что лекарственные препараты не предоставляются своевременно или не предоставляются вообще.*

*Министерство здравоохранения Российской Федерации как участник программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» («Фарма-2020») должно сформулировать и дать предложения по инновационному развитию по приоритетным направлениям в сфере здравоохранения, исходя из нужд и ситуации в целом в системе*

*здравоохранения и в сфере лекарственного обеспечения населения Российской Федерации. То есть Министерству здравоохранения Российской Федерации необходимо сформулировать «заказ» системы здравоохранения на лекарственное обеспечение (далее – «заказ»).*

*Есть ли сформированный «заказ» Министерством здравоохранения Российской Федерации в рамках госпрограммы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» («Фарма-2020») на разработку отечественных качественных и эффективных лекарственных средств?*

Для развития рынка лекарственных препаратов Минпромторгом России совместно с Минздравом России разработана и реализуется государственная программа Российской Федерации «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности», а также согласован проект Стратегии развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2030 года (далее – Стратегия), который определяет цели, задачи, устанавливая принципы, приоритеты, основные направления и меры реализации государственной политики в области фармацевтической промышленности, а также ожидаемые объемы и сроки реализации, обеспечивая устойчивое, динамичное и сбалансированное развитие Российской Федерации в сфере здравоохранения.

Стратегия подготовлена с учетом задач, определенных Президентом Российской Федерации, и приоритетных направлений деятельности Правительства Российской Федерации, позволяющих обеспечить высокие и устойчивые темпы экономического роста.

Для обеспечения наиболее востребованных препаратов системой здравоохранения Российской Федерации Минздравом России в адрес Минпромторга России направлены предложения внесению изменений в перечень стратегически значимых лекарственных средств, производство которых должно быть обеспечено на территории Российской Федерации.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 6 июля 2010 г. № 1141-р был утвержден перечень стратегически значимых лекарственных средств, производство которых должно быть обеспечено на территории Российской Федерации для лечения наиболее распространенных заболеваний (далее – Перечень), в который вошло 57 международных непатентованных наименований (далее – МНН) лекарственных средств для лечения онкологических, аутоиммунных, гематологических и сердечно-сосудистых заболеваний, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, что соответствует 290 торговым наименованиям лекарственных препаратов. Необходимо отметить, что с момента утверждения Перечень не претерпел изменений по номенклатуре (в разрезе МНН), однако при его формировании и утверждении на территории Российской Федерации не осуществлялось локальных технологических стадий производства лекарственных средств, соответствующих МНН.

В основу формирования Перечня была заложена задача организовать производство включенных в него лекарственных средств на территории

Российской Федерации по полному производственному циклу, и в настоящее время из 57 МНН лекарственных средств, включенных в перечень на территории Российской Федерации по данным Государственного реестра лекарственных средств для медицинского применения по 37 МНН (64,91%) организовано производство полного цикла, включая синтез субстанции (есть более 20 производителей); по 8 МНН (14,04%) организовано производство готовой лекарственной формы лекарственного производства (есть более 10 производителей), по 1 МНН (1,75%) осуществляется упаковка лекарственного препарата и выпускающий контроль качества (есть 1 производитель), по 11 МНН (19,30%) нет стадий производства в Российской Федерации.

Минздрав России согласовал критерии включения лекарственных препаратов в Перечень, основными из которых являются: регистрация лекарственного препарата в установленном порядке на территории Российской Федерации и включение его в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утверждаемый Правительством Российской Федерации; включение лекарственного препарата в клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи или стандарты медицинской помощи.

Реализация программных мероприятий по импортозамещению жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также разработке инновационных лекарственных средств для лечения социально-значимых заболеваний создали необходимость расширения перечня биомедицины для разработки схожих по фармакотерапевтическому действию и улучшенных аналогов инновационных лекарственных препаратов, который был утвержден Минпромторгом России совместно с Минздравом России в 2018 году (с внесением изменений в 2019 году) и позволил российским компаниям расширить список инновационных лекарственных средств, планируемых к разработке и последующему выводу на рынок.

Также мероприятия, направленные на разработку отечественных качественных и эффективных лекарственных средств, в настоящее время предусмотрены планом работы национальных медицинских исследовательских центров в рамках реализации федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий».

В настоящее время Минздрав России провел необходимую работу с национальными медицинскими исследовательскими центрами по сбору предложений и по итогам проведенного анализа потребности в импортозамещении лекарственных препаратов и медицинских изделий письмом от 10 января 2020 г. № 27-0/И/2-107 направил в Минпромторг России обобщенные сведения с указанием области их применения для учета в работе по разработке перечня стратегических направлений для реализации мероприятий по государственной поддержке разработки лекарственных препаратов и медицинских изделий в целях последующего применения их системой здравоохранения.

Дополнительно сообщаем, что Минздравом России во исполнение раздела VII протокола от 8 апреля 2020 г. № 51/27/39 заседания рабочей группы по разработке вакцин, сывороток, диагностикумов и тест-систем для диагностики, профилактики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19, созданной в соответствии с пунктом 16 протокола заседания Координационного совета при Правительстве Российской Федерации по борьбе с распространением коронавирусной инфекцией на территории Российской Федерации от 16 марта 2020 г. № 1 Минздравом России направлена в Минпромторг России информация о проектах бюджетных учреждений с высокой степенью готовности в области получения новых лекарственных препаратов и вакцин, необходимых для профилактики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 для подготовки предложений по механизму государственной поддержки в форме грантов.

*19. Центр экономических и политических реформ опубликовал в СМИ данные: «...в 2000 году в России работало 10 700 медицинских учреждений. Сегодня их осталось чуть больше 5000. Каждый год закрывается 353 больницы. Эксперты говорят, что если в медицинской отрасли ничего не изменится, то через четыре года в стране можно будет насчитать всего около 3000 больниц. Примерно столько же медучреждений было в царской России в 1913 году.». Таким образом, пациентам не предложили никакой альтернативы. И до сих пор нет понятной программы (и ресурсов) для восстановления доступной медицинской помощи гражданам, проживающим в малых или труднодоступных населенных пунктах. Телемедицина бесполезна для районов, где нет устойчивой связи, и проблемой остается доступ сельской медицины к информационным технологиям.*

*Какие меры принимаются Министерством здравоохранения Российской Федерации для решения вопроса доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в малых или труднодоступных населенных пунктах?*

Для обеспечения медицинской помощью жителей малонаселенных пунктов введены в эксплуатацию 415 фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий (далее – ФП, ФАП, ВА) в 58 субъектах Российской Федерации, из них 136 – получили лицензии на осуществление медицинской деятельности.

По информации, представленной Министерством сельского хозяйства Российской Федерации, по состоянию на 31 декабря 2019 г., введено в действие 53 ФАП и офисов общей врачебной практики (далее – ОВОП) в рамках реализации государственной программы Российской Федерации «Комплексное развитие сельских территорий».

В 2019 году в 34 субъектах Российской Федерации приобретено 502 передвижных мобильных комплекса, которыми осуществлено 7,3 тыс. выездов.

В 49 регионах утверждены региональные стратегии развития санитарной авиации. В 2019 г. дополнительно выполнено 8 310 вылетов санитарной авиации, эвакуировано 11 176 человек, в том числе 2 028 детей,

включая 696 детей до 1 года.

Проводились мероприятия, направленные на оптимизацию работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу.

В 2019 году во внедрении и тиражировании «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» приняли участие 3 346 медицинских организаций, в том числе 1 716 медицинских организаций, оказывающих помощь детскому населению.

В указанных медицинских организациях, используя принципы бережливого производства, удалось добиться значительных результатов в части организации работы:

время ожидания в очереди у регистратуры уменьшилось в 4 раза;

время ожидания приема у кабинета врача уменьшилось более чем в 3 раза;

увеличилось время работы врача непосредственно с пациентом – более чем в 2 раза;

повысилось удобство прохождения диспансеризации – теперь, чтобы пройти диспансеризацию достаточно 1-2 визита вместо 5.

Внедрение бережливых технологий в условиях стационара начато в 13 субъектах Российской Федерации.

В 2019 году в медицинских организациях, расположенных в сельской местности в Российской Федерации, работали 53 139 врачей и 192 152 средних медицинских работника (в 2018 году – 54 347 и 196 544 соответственно).

Показатель обеспеченности сельского населения врачами составил 14,2 на 10 тыс. сельского населения (в 2018 году - 14,6).

Показатель обеспеченности сельского населения средним медицинским персоналом составил 52,8 на 10 тыс. населения (в 2018 году - 53,3).

Программа «Земский доктор» реализуется с 2012 года в соответствии с частью 12.1 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

За период действия программы с 2012 года она изменялась как в отношении принципов финансирования, территориальной распространенности, так и по предельному возрасту участников программы.

Территориальная распространенность программы расширялась. Если в 2012 году программа распространяла свое действие только на сельские населенные пункты, то в 2013 году добавились рабочие поселки, а с 2016 года - и поселки городского типа, в 2018 году в программу включены фельдшеры и города с населением до 50 тысяч человек.

Предельный возраст участников программы с первоначально установленного в 2012 году порога в 35 лет был увеличен до 45 лет в 2015 году, и до 50 лет - с 2016 года, в 2019 году сняты возрастные ограничения (50 лет).

По информации органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья за период 2012-2019 годов участие в программе «Земский доктор/Земский фельдшер» приняли 39 623 медицинских работников, в том числе 3 037 фельдшеров.

В 2019 году постановлением Правительства Российской Федерации от 30 ноября 2019 г. № 1569 единовременные компенсационные выплаты увеличены до 200 % для медицинских работников, прибывших (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты Дальневосточного федерального округа, а также районы Крайнего Севера, Арктической зоны Российской Федерации и приравненные к ним местности (2 млн руб. для врачей и 1 млн руб. для фельдшеров).

Для удаленных и труднодоступных территорий субъектов Российской Федерации размер единовременных компенсационных выплат медицинским работникам увеличен до 150 % (1,5 млн для врачей и 0,75 для фельдшеров.)

Вопрос установления права на предоставление мер социальной поддержки медицинским работникам закреплен статьей 72 Федерального закона № 323-ФЗ и в рамках переданных полномочий отнесен к компетенции субъектов Российской Федерации.

При этом конкретный перечень мер социальной поддержки отдельных категорий граждан, в том числе и медицинских работников, устанавливается нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, к которым также могут быть отнесены вопросы обеспечения жилой площадью и улучшения жилищных условий.

Снижение неэффективных мощностей, прежде всего избыточных, нерационально работающих круглосуточных коек стационаров является важнейшим стратегическим направлением оптимизации оказания медицинской помощи. При этом объем медицинской помощи не снижается, а перераспределяется в первичное звено здравоохранения, что позволяет сохранить качество медицинской помощи при ресурсосберегающем сокращении неэффективных затрат, в том числе за счет развития стационарозамещающих технологий, повышения эффективности работы первичного звена здравоохранения.

Реформы, проводимые в здравоохранении, не приводят к снижению доступности медицинской помощи, о чем свидетельствуют положительные сдвиги в показателях здоровья населения Российской Федерации, в том числе демографические показатели.

Ожидаемая продолжительность жизни в 2019 г. увеличилась и составила 73,4 лет (2018 год – 72,9 лет), такой показатель отмечен в России впервые.

За 12 месяцев 2019 года по сравнению с аналогичным периодом 2018 года, число умерших сократилось на 27,1 тыс. человек.

В январе-декабре 2019 года по сравнению с аналогичным периодом 2018 года в Российской Федерации отмечается снижение показателей смертности:

общей – на 1,6 % до 12,3 на 1000 населения;

от болезней системы кровообращения – на 1,0 % до 573,7 на 100 тыс. населения;

от внешних причин – на 4,9 % до 87,4 100 тыс. населения;

от дорожно-транспортных происшествий – на 7,1 % до 9,1 на 100 тыс. населения;

младенческой смертности – на 3,9% до 4,9 на 1000 родившихся живыми (достиг исторического минимума).

### **В части вопросов, предложенных Комитетом Государственной Думы по региональной политике и проблемам Севера и Дальнего Востока**

*1. В сложившихся условиях одним из ключевых стал вопрос полноценного денежного содержания и эффективного стимулирования работников сферы здравоохранения, оказавшихся на передовой борьбы с эпидемией. По сложившейся системе разграничения полномочий финансовое обеспечение данного вопроса в основном ложится на региональные бюджеты. Долговая нагрузка региональных бюджетов на протяжении нескольких лет не опускается ниже 2 трлн рублей. В ходе состоявшегося 15 апреля 2020 года совещания с членами Правительства Российской Федерации Президент Российской Федерации В.В. Путин призвал постоянно оценивать эффективность и достаточность принимаемых мер.*

*Стоит отметить, что проведенный Счетной палатой Российской Федерации анализ исполнения расходов государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» за 2018 год указал на недостаточное качество планирования источников финансирования при ее формировании.*

*Окажутся ли достаточными имеющиеся средства региональных бюджетов с учетом предоставляемой из федерального центра финансовой помощи (в том числе дополнительной) либо отдельные регионы будут вынуждены прибегнуть к дополнительным заимствованиям и наращиванию своего долга для покрытия соответствующих расходов? Как и с какой периодичностью будет организован мониторинг?*

Субвенции, предоставляемые из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования (далее - субвенция), обеспечивают финансирование территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе выплату заработной платы медицинским работникам.

В размер субвенций на 2020 год включены расходы на сохранение соотношения заработной платы врачей на уровне 200,0 % к среднемесячному доходу от трудовой деятельности в регионе, среднего медицинского персонала – 100,0 % (с учетом сохранения доли средств обязательного медицинского страхования в общем фонде оплаты труда медицинских работников), на увеличение заработной платы младшего медицинского персонала и прочего персонала с 1 октября 2020 года, прочих расходов (медикаменты, расходные материалы, питание, коммунальные и другие услуги) с 1 января на индекс потребительских цен в 2020 году (3,0 %).

Размер субвенций ежегодно растет. Согласно Федеральному закону от 02.12.2019 № 382-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» сумма субвенций утверждена:

на 2020 год в размере 2 368,6 млрд рублей (на 7,6 % выше размера субвенции 2019 года);

на 2021 год – 2 515,9 млрд рублей (на 6,2 % выше 2020 года);

на 2022 год – 2 652,6 млрд рублей (на 5,4 % выше 2021 года).

Министерством здравоохранения Российской Федерации в рамках исполнения Постановления Правительства Российской Федерации от 02.04.2020 № 415 «Об утверждении Правил предоставления в 2020 году иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства Российской Федерации, в целях софинансирования, в том числе в полном объеме, расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении выплат стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией» установлены выплаты стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция и лицам из групп риска заражения COVID-19.

До субъектов Российской Федерации доведены лимиты бюджетных обязательств в объеме 5 111 699,6 тыс. рублей (распределенных распоряжением Правительства Российской Федерации от 02.04.2020 № 852-р иных межбюджетных трансфертов) для осуществления стимулирующих выплат медицинским работникам. Выплаты производятся:

врачам скорой медицинской помощи, в том числе в составе специализированных выездных бригад, - 80 % среднемесячного дохода от трудовой деятельности в соответствующем субъекте Российской Федерации за 9 месяцев 2019 года по данным Федеральной службы государственной статистики;

среднему медицинскому персоналу, участвующему в оказании скорой медицинской помощи (фельдшеры скорой медицинской помощи, медицинские сестры, медицинские сестры-анестезисты), - 40 %;

фельдшерам (медицинским сестрам) по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи - 20 %;

врачам подразделений, оказывающим первичную медико-санитарную помощь (в том числе врачам-инфекционистам, врачам общей практики (семейным врачам), врачам-педиатрам, врачам-педиатрам участковым, врачам-терапевтам, врачам-терапевтам участковым, врачам-пульмонологам), - 80 %;

среднему медицинскому персоналу, участвующему в оказании первичной медико-санитарной помощи, в том числе среднему медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов, - 40 %;

младшему медицинскому персоналу, обеспечивающему условия для оказания первичной медико-санитарной помощи, - 20 %;

врачам, оказывающим специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях (в том числе врачам-инфекционистам, врачам-анестезиологам-реаниматологам), - 100 %;

среднему медицинскому персоналу, участвующему в оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, - 50 %;

младшему медицинскому персоналу, обеспечивающему условия для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, - 30 %.

Дополнительно сообщаем, что во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 12.04.2020 № 484 «Об утверждении Правил предоставления в 2020 году иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства Российской Федерации, в целях софинансирования в полном объеме расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении выплат стимулирующего характера за выполнение особо важных работ медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19» (далее – Постановление № 484) до всех субъектов Российской Федерации были доведены лимиты бюджетных обязательств, в соответствии с которыми будут производиться стимулирующие выплаты за выполнение особо важных работ медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19, в объеме 10 034 186,5 тыс. рублей, распределенных в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 12.04.2020 № 976-р.

Министерством здравоохранения Российской Федерации заключены соглашения со всеми субъектами Российской Федерации по осуществлению выплат стимулирующего характера за выполнение особо важных работ медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19.

В соответствии с Постановлением № 484 предусмотрено осуществление выплат стимулирующего характера медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, в размере:

врачам стационаров - 80 тыс. рублей в месяц;

среднему медперсоналу стационаров и врачам скорой помощи - 50 тыс. рублей в месяц;

младшему медперсоналу стационаров, водителям, среднему и младшему медперсоналу скорой помощи - 25 тыс. рублей в месяц.

Выплаты предусмотрены за работу в апреле, мае, июне 2020 года.

*2. Согласно данным Счетной палаты Российской Федерации расходы на здравоохранение в федеральном бюджете планируются в среднем за 2020-2022 годы на уровне 2,9% ВВП, что значительно ниже, чем в странах «Группы семи». Так, в Великобритании в 2018-2019 финансовом году фактические расходы на здравоохранение составили 7,2% ВВП; в США на 2020-2022 годы предусмотрено 10,1% ВВП ежегодно; во Франции в 2020 году – 8,0 % ВВП.*

*Такое положение дел может негативным образом сказаться на конкурентоспособности отечественной системы здравоохранения, отвечающей в конечном итоге за здоровье нации. В 2018 году не были достигнуты плановые значения показателя «Удовлетворенность населения качеством медицинской помощи» (план – 41,7 %, факт – 38,7 %). Минздравом России в качестве причин недостижения планового значения показателя были указаны: неудовлетворенность организационными мероприятиями в медицинских организациях (расписание работы организации, врачей и пр.); длительное время ожидания приема специалиста; дефицит медицинских кадров; нарушение этики и деонтологии со стороны медицинского персонала; нарушение методик обследования и лечения; неудовлетворительная материально-техническая база организаций здравоохранения и прочее.*

*Считает ли возможным профильное министерство обеспечить сопоставимый со странами «Группы семи» уровень оказания услуг в сфере здравоохранения в российских регионах при имеющемся уровне финансирования?*

Рост финансового обеспечения медицинской помощи за счет всех государственных источников финансирования составил с 1 535,2 млрд рублей в 2010 г. до 4 207,9 млрд рублей в 2020 г., в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования: на 2020 г. сумма субвенций

составила 2 368,6 млрд рублей (на 7,6 % выше 2019 года). В 2021 – 2022 гг. планируется дальнейший рост финансового обеспечения медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования: 2021 год - 2 515,9 млрд рублей и 2022 год - 2 652,6 млрд соответственно.

Минздравом России во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 12.04.2020 № 484 до всех субъектов Российской Федерации были доведены лимиты бюджетных обязательств, в соответствии с которыми будут производиться стимулирующие выплаты за выполнение особо важных работ медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19, в объеме 10 034 186,5 тыс. рублей, распределенных в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 12 апреля 2020 г. № 976-р.

Минздравом России заключены соглашения со всеми субъектами Российской Федерации по осуществлению выплат стимулирующего характера за выполнение особо важных работ медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 12 апреля 2020 г. № 484 предусмотрено осуществление выплат стимулирующего характера медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, в размере:

врачам стационаров - 80 тыс. руб. в месяц;

среднему медперсоналу стационаров и врачам скорой помощи - 50 тыс. руб. в месяц;

младшему медперсоналу стационаров, водителям, среднему и младшему медперсоналу скорой помощи - 25 тыс. руб. в месяц.

Выплаты предусмотрены за работу в апреле, мае, июне 2020 года.

По вопросу удовлетворенности населения качеством медицинской помощи отмечаем следующее. С целью внедрения и массового тиражирования опыта внедрения бережливых технологий в здравоохранение, полученного в 2016 – 2018 годах в результате реализации пилотного проекта «Бережливая поликлиника», приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» в субъектах Российской Федерации, а также в рамках реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение» (далее – федеральный проект), целесообразным является переход от отдельных проектов по улучшениям в медицинских организациях к единой модели «Бережливой поликлиники» с акцентами на повышение доступности медицинской помощи и экономию ресурсов (кадровых, временных, экономических) через соответствующие критерии.

В 2018 – 2019 годах Минздравом России совместно с экспертами Государственной корпорации по атомной энергии «Росатом» разработаны 22 критерия «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (далее – Критерии), основанные на применении методов и инструментов бережливого производства, которые отвечают единым требованиям: объективность, измеримость, возможность улучшения достигнутых значений.

В соответствии с перечнем поручений Президента Российской Федерации от 26.02.2019 № Пр-294 по реализации Послания Президента Российской Федерации Федеральному собранию Российской Федерации от 20.02.2019, а также перечня поручений Президента Российской Федерации по итогам совещания по вопросам модернизации первичного звена здравоохранения 20.08.2019, утвержденного 02.09.2019 № Пр-1755, Минздравом России разработан проект федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросу внедрения новых моделей организации оказания медицинской помощи» (далее – законопроект).

Законопроект направлен на создание правовых условий для обновления и развития российской системы здравоохранения в соответствии с современными запросами граждан. Нормативное закрепление понятия «Новой модели организации оказания медицинской помощи» позволит установить важнейшие ориентиры на потребности граждан в сокращении временных затрат на получение медицинской помощи за счет оптимальной логистики реализуемых процессов, а также повысить уровень удовлетворенности граждан доступностью медицинской помощи.

После согласования законопроекта в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2004 № 260 «О Регламенте Правительства Российской Федерации и Положении об Аппарате Правительства Российской Федерации» Минздравом России будут разработаны и утверждены соответствующие подзаконные акты, в том числе, регламентирующие мероприятия, направленные на повышение мотивации медицинского и управленческого персонала медицинских организаций, внедряющих новую модель.

Внедрение и тиражирование новой модели позволит повысить доступность медицинской помощи, послужит более активному формированию в медицинских организациях пациенториентированной среды, повысит эффективность использования в медицинской организации кадровых, временных и материально-технических ресурсов, в том числе, путем решения наиболее острых проблем, а также повысит удовлетворенность пациентов доступностью медицинской помощи.

*3. Согласно «Индексу здоровья», представленному компанией PwC и Высшей школой организации и управления здравоохранением, среди граждан в субъектах Российской Федерации жители Дальнего Востока с точки зрения собственного здоровья во всей России самые проблемные. Хуже всего со здоровьем населения дела обстоят на Чукотке. Но и*

*остальные регионы Дальнего Востока оказались на самых нижних позициях рейтинга. Больше года на территории Дальневосточного федерального округа идет реализация федерального проекта «Укрепление общественного здоровья». Данный проект особенно актуален в ситуации пандемии коронавируса.*

*Есть ли первые результаты? Реализовываются ли пилотные проекты в сфере здравоохранения? В каких регионах ДФО? Как реализация данного проекта повлияла на развитие эпидемии на Дальнем Востоке?*

В рамках федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» впервые в Российской Федерации поставлена задача формирования системы общественного здоровья, которая подразумевает совершенствование мер, направленных на сокращение факторов риска развития неинфекционных заболеваний и смертности трудоспособного населения.

Основными направлениями, реализуемыми во всех субъектах Российской Федерации в рамках федерального проекта, являются создание новой модели центров общественного здоровья, внедрение региональных, муниципальных и корпоративных программ укрепления общественного здоровья, разработка и утверждение нормативных правовых актов, направленных на совершенствование системы общественного здоровья, усиление мер по борьбе с табакокурением и иной никотинсодержащей продукции, вредным потреблением алкогольной продукции, а также мер, направленных на правильное питание, осуществление коммуникационного проекта в области общественного здоровья, вовлечения в систему общественного здоровья волонтеров и НКО.

С целью координации и усиления межведомственной региональной и муниципальной составляющей системы общественного здоровья, основные мероприятия федерального проекта будут реализованы с помощью региональных и муниципальных программ в сфере общественного здоровья. Основу таких программ составляет детальный анализ причин смертности, распространенности факторов риска, состояния окружающей среды, а также иных характеристик социально-экономического развития в регионе. В 2020 году во всех субъектах Российской Федерации, входящих в Дальневосточный федеральный округ, были утверждены региональные программы укрепления общественного здоровья. В настоящее время осуществляется работа по утверждению соответствующих муниципальных программ в 20% муниципальных образованиях.

В 2019 г. три субъекта Российской Федерации, входящих в Дальневосточный федеральный округ - Республика Саха (Якутия), Сахалинская область, Амурская область, в рамках пилотного проекта успешно осуществили внедрение новой модели организации и функционирования центров общественного здоровья. В 2020 году центры общественного здоровья и медицинской профилактики в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 февраля 2020 года №106 «О внесении изменения в номенклатуру медицинских организаций, утвержденную приказом Минздрава России от 6

августа 2013 года №529н» будут внедрены во всех субъектах Российской Федерации.

Учитывая, что основной целью федерального проекта является существенное снижение смертности трудоспособного населения, значительное количество мероприятий паспорта федерального проекта, направлено на сохранение здоровья граждан на рабочих местах. Так, Минздравом России совместно с ФГБУ «НМИЦ ТПМ», Российским союзом промышленников и предпринимателей, экспертным и бизнес-сообществом в августе 2019 года разработана модельная корпоративная программа укрепления здоровья на рабочем месте, на основе подготовленной обобщенной библиотеки наилучших практик, используемых работодателями в Российской Федерации, которая также была составлена и проанализирована специалистами в сфере медицинской профилактики (материалы размещены на официальном сайте Минздрава России). Модельная корпоративная программа укрепления здоровья на рабочем месте включает в себя лучшие практики по сохранению и укреплению здоровья работников, которые могут быть адаптированы и внедрены работодателями. В 2019 году в пилотных субъектах Российской Федерации, входящих в Дальневосточный федеральный округ, были достигнуты соответствующие договоренности с организациями о внедрении программ, а к концу 2020 года ожидаются первые результаты. Данный опыт ляжет в основу дальнейшего распространения практики на другие субъекты Российской Федерации.

Для обеспечения опережающей динамики показателей общественного здоровья в субъектах Российской Федерации, входящих в Дальневосточный федеральный округ, Минздравом России совместно с ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины», ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Министерством Российской Федерации по развитию Дальнего Востока и Арктики были разработаны соответствующие предложения для включения в региональные, муниципальные и корпоративные программы укрепления здоровья. Предложения по дополнительным мероприятиям и проекты программ были также представлены со стороны данных субъектов. Во всех субъектах Дальневосточного федерального округа в 2020 г. будут внедрены дополнительные мероприятия с целью обеспечения опережающей динамики показателей общественного здоровья, которые были разработаны в 2019 г.

Для обеспечения привлечения социально ориентированных некоммерческих организаций и волонтерских движений были утверждены постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2019 г. № 1859 и распоряжение Правительства Российской Федерации от 3 апреля 2020 г. № 873-р, которыми утверждается софинансирование расходных обязательств, возникающих при реализации региональных проектов, предусматривающих формирование приверженности здоровому образу

жизни и обеспечивающих достижение целей, показателей и результатов федерального проекта, на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов для следующих субъектов Российской Федерации, входящих в Дальневосточный федеральный округ – Забайкальский край, Амурская область, Сахалинская область, Приморский край, Чукотский автономный округ, Хабаровский край.

*4. Среди основных факторов, повлиявших на нынешнее неудовлетворительное состояние медицины в ДФО, можно выделить нехватку кадров, износ инфраструктуры и низкий уровень внедрения информационных технологий. Вызывает беспокойство, особенно в период распространения коронавируса, и проблема, связанная с доступностью медицинской помощи для населения, особенно в удаленных районах.*

*Что делается для решения кадрового вопроса в период пандемии? Как проходит процесс информатизации медицинских услуг на Дальнем Востоке и Крайнем Севере, в том числе внедрение телемедицины? Как развивается санитарная авиация на Крайнем Севере для предоставления качественных медицинских услуг в отдаленных районах в период пандемии?*

Приказом Минздрава России от 19.03.2020 №198н утвержден временный порядок организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19), включая: временный порядок организации оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19); временный порядок организации работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19); основные принципы организации медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, в медицинских организациях и их структурных подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях; протокол мероприятий, проводимых медицинскими работниками, по недопущению внутрибольничного распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях; минимальные требования к осуществлению медицинской деятельности, направленной на профилактику, диагностику и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

Также приказом Минздрава России от 14 апреля 2020 г. № 327н «Об особенностях допуска физических лиц к осуществлению медицинской деятельности и (или) фармацевтической деятельности без сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста и (или) по специальностям, не предусмотренным сертификатом специалиста или свидетельством об аккредитации специалиста» продлен срок действия

сертификатов специалиста на 12 месяцев при истечении срока их действия в период действия постановления Правительства Российской Федерации от 3 апреля 2020 г. № 440 «О продлении действия разрешений и иных особенностях в отношении разрешительной деятельности в 2020 году».

Кроме того указанными изменениями во временный порядок №198н определены условия особого допуска и привлечения к оказанию медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, расширяющий круг лиц, которые могут быть привлечены для оказания помощи в условиях борьбы с коронавирусной инфекцией, а также организована дополнительная подготовка медицинских работников посредством освоения информационных материалов и интерактивных образовательных модулей, размещенных на интернет-портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России (<https://edu.rosminzdrav.ru>) и посредством освоения соответствующих программ повышения квалификации, реализуемых подведомственными образовательными организациями.

В рамках реализации мероприятий федерального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)» в субъектах Российской Федерации Дальнего Востока и Крайнем Севера, продолжается трансформация процессов организации и оказания медицинской помощи системы здравоохранения на основе медицинской информации, в том числе с использованием цифрового диагностического оборудования, телемедицинского оборудования, цифровых технологий и платформенных решений, применяемых для информационного сопровождения деятельности участников системы здравоохранения, соблюдения клинических рекомендаций медицинскими работниками, систем поддержки принятия врачебных решений, а также межведомственного взаимодействия для создания услуг и сервисов для граждан.

Решение поставленных задач осуществляется поэтапно, посредством дооснащения медицинских организаций компьютерной техникой, развития информационно-коммуникационной инфраструктуры, внедрения и развития медицинских информационных систем в медицинских организациях, государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, телемедицинских систем.

В рамках реализации мероприятий федерального проекта «Информационная инфраструктура» национальной программы «Цифровая экономика Российской Федерации» в 2019 г. обеспечены доступом к сети «Интернет» около 200 фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов (далее - ФАП и ФП ) ДФО, более 700 ФАП и ФП медицинских организаций субъектов Российской Федерации, в состав которых входят территории Крайнего Севера. На ФАП и ФП, обеспеченных доступом к сети «Интернет», разворачиваются автоматизированные рабочие места медицинских работников, подключенные к медицинским информационным системам посредством защищенных каналов связи.

В целях борьбы с угрозой распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 обеспечено дистанционное взаимодействие федеральных дистанционных консультативных центров с региональными дистанционными консультативными центрами анестезиологии-реаниматологии для взрослых и детей по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний.

С использованием телемедицинской системы Минздрава России проводятся дистанционные семинары для медицинских работников, оказывается круглосуточная консультативная помощь.

Реализация мероприятий по развитию санитарной авиации осуществляется в рамках федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», входящего в состав национального проекта «Здравоохранение». В реализации мероприятий по развитию санитарной авиации в 2019 году участвовали все субъекты Российской Федерации, входящие в состав Арктической зоны Российской Федерации (далее – субъекты Арктической зоны), за исключением Ямало-Ненецкого автономного округа (вылеты санитарной авиации осуществляются исключительно за счет средств бюджета Ямало-Ненецкого автономного округа) и все субъекты Российской Федерации, входящие в состав Дальневосточного федерального округа (далее – субъекты ДФО), за исключением Приморского края, участие которого запланировано в 2021 году.

За 2019 год на территории субъектов Арктической зоны в рамках реализации федерального проекта выполнено 1372 вылета санитарной авиации, что позволило эвакуировать 2276 пациентов, среди которых 355 детей, в том числе 109 детей в возрасте до 1 года. На территории субъектов ДФО выполнено 1574 вылета санитарной авиации, что позволило эвакуировать 2794 пациента, среди которых 474 ребенка, в том числе 214 детей в возрасте до 1 года.

Реализация мероприятий по развитию санитарной авиации продолжается в 2020 году. На территории субъектов Арктической зоны запланировано осуществление 1100 вылетов санитарной авиации и эвакуация 1698 пациентов. На территории субъектов ДФО запланировано осуществление 1506 вылетов санитарной авиации и эвакуация 2326 пациентов.

*5. Уровень и качество оказания медицинских услуг, особенно в первичном звене, на Дальнем Востоке и в Арктической зоне Российской Федерации вызвали и до пандемии коронавируса много жалоб и нареканий. Сейчас из-за коронавируса ситуация усугубилась.*

*Какие меры Минздрав России принимает для поддержки учреждений здравоохранения на Дальнем Востоке и в Арктической зоне в условиях пандемии коронавируса?*

*В связи с пандемией коронавируса планируется ли изменение подхода финансирования здравоохранения для малонаселенных территорий Дальнего*

*Востока и Арктической зоны в части введения сметного финансирования для медицинских учреждений?*

Подушевые нормативы финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования устанавливаются с учетом соответствующих коэффициентов дифференциации, рассчитанных в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.04.2020 № 299н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н» (далее – соответственно приказ № 299н, Правила) регламентируются отдельные вопросы финансового обеспечения медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в условиях чрезвычайной ситуации и (или) угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, вызванного новой коронавирусной инфекцией (далее – особые условия).

В соответствии с приказом № 299н на период действия особых условий размер заявок на авансирование медицинской помощи устанавливается пунктом 123<sup>1</sup> Правил и может составлять до 100 % от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи (в случае периода действия договора менее трех месяцев).

Указанная мера позволяет осуществлять финансовое обеспечение медицинских организаций, в том числе перепрофилированных, в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией, в том числе выплачивать заработную плату медицинским работникам, оплачивать коммунальные услуги и создавать запасы расходных материальных средств, а в условиях повышения объемов оказания медицинской помощи обеспечить бесперебойное оказание медицинской помощи.

Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования разработан и в установленном порядке внесён в Правительство Российской Федерации проект постановления Правительства Российской Федерации «О внесении изменения в методику распределения субвенций, предоставляемых из

бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования», который предусматривает отмену ограничения предельного значения показателя коэффициента ценовой дифференциации бюджетных услуг, применяемого при распределении субвенций, что позволит увеличить размер субвенций для субъектов Российской Федерации на 15,4 млрд рублей, в том числе для регионов Дальнего Востока и Арктической зоны.

В рамках федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» в 2020 году в регионах ДФО осуществляется переоснащение медицинским оборудованием 14 региональных медицинских организаций, оказывающих помощь больным с онкологическими заболеваниями (далее – медицинские организации), с объемом финансирования 3 273,6 млн. рублей, что позволит закупить 331 единицу медицинского оборудования, в том числе:

в Амурской области переоснащается 1 медицинская организация, объем финансирования за счет федерального бюджета составляет 295,4 млн. рублей, что позволит закупить 7 единиц медицинского оборудования;

в Еврейской автономной области переоснащается 1 медицинская организация, объем финансирования за счет средств федерального бюджета составляет 111,7 млн. рублей, что позволит закупить 29 единиц медицинского оборудования;

в Забайкальском крае переоснащается 1 медицинская организация, объем финансирования за счет средств федерального бюджета составляет 433,5 млн. рублей, что позволит закупить 60 единиц медицинского оборудования;

в Камчатском крае переоснащается 1 медицинская организация, объем финансирования за счет средств федерального бюджета составляет 241,6 млн. рублей, что позволит закупить 1 единицу медицинского оборудования;

в Магаданской области переоснащается 1 медицинская организация, объем финансирования за счет средств федерального бюджета составляет 105,1 млн. рублей, что позволит закупить 4 единицы медицинского оборудования;

в Приморском крае переоснащаются 2 медицинские организации, объем финансирования за счет средств федерального бюджета составляет 755,1 млн. рублей, что позволит закупить 78 единиц медицинского оборудования;

в Республике Бурятия переоснащаются 2 медицинские организации, объем финансирования за счет средств федерального бюджета составляет 359,4 млн. рублей, что позволит закупить 68 единиц медицинского оборудования;

в Республике Саха (Якутия) переоснащается 1 медицинская организация, объем финансирования за счет средств федерального бюджета составляет 270,1 млн рублей, что позволит закупить 21 единицу медицинского оборудования;

в Сахалинской области переоснащается 1 медицинская организация, объем финансирования за счет средств федерального бюджета составляет 153,2 млн. рублей, что позволит закупить 1 единицу медицинского оборудования;

в Хабаровском крае переоснащаются 2 медицинские организации, объем финансирования за счет средств федерального бюджета составляет 518,3 млн. рублей, что позволит закупить 59 единиц медицинского оборудования;

в Чукотском автономном округе переоснащается 1 медицинская организация, объем финансирования за счет средств федерального бюджета составляет 30,4 млн. рублей, что позволит закупить 3 единицы медицинского оборудования.

В рамках федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в 2020 году в субъектах Дальневосточного федерального округа осуществляется оснащение медицинским оборудованием 8 региональных сосудистых центров (далее – РСЦ) и 29 первичных сосудистых отделений (далее – ПСО), с общим объемом финансирования 977,9 млн. рублей, что позволит закупить 711 единиц медицинского оборудования (из них 9 единиц «тяжёлого»), в том числе:

в Амурской области – 3 ПСО с объемом финансирования за счет средств федерального бюджета 74,1 млн. рублей, запланировано к приобретению 6 единиц медицинского оборудования (из них 2 единицы «тяжёлого»);

в Еврейской автономной области – 1 РСЦ с объемом финансирования за счет средств федерального бюджета 37,4 млн. рублей, запланировано приобретение 57 единиц медицинского оборудования;

в Забайкальском крае – 1 РСЦ, 6 ПСО с объемом финансирования за счет средств федерального бюджета 128,7 млн. рублей, запланировано к приобретению 247 единиц медицинского оборудования (из них 2 единицы «тяжёлого»);

в Камчатском крае – 1 РСЦ с объемом финансирования за счет средств федерального бюджета 56,2 млн. рублей, запланировано к приобретению 15 единиц медицинского оборудования;

в Магаданской области – 1 РСЦ с объемом финансирования за счет средств федерального бюджета 20,8 млн. рублей, запланировано к приобретению 3 единицы медицинского оборудования;

в Приморском крае – 1 РСЦ, 13 ПСО с объемом финансирования за счет средств федерального бюджета 252,7 млн. рублей, запланировано к приобретению 268 единиц медицинского оборудования (из них 1 единица «тяжёлого»);

в Республике Бурятия – 1 РСЦ, 2 ПСО с объемом финансирования за счет средств федерального бюджета 110,1 млн. рублей, запланировано к приобретению 47 единиц медицинского оборудования (из них 1 единица «тяжёлого»);

в Республике Саха (Якутия) – 1 ПСО с объемом финансирования за счет средств федерального бюджета 108,2 млн. рублей, запланировано к приобретению 2 единицы медицинского оборудования (из них 2 единицы «тяжёлого»);

в Сахалинской области – 1 РСЦ, 1 ПСО с объемом финансирования за счет средств федерального бюджета 24,0 млн. рублей, запланировано к приобретению 7 единиц медицинского оборудования;

в Хабаровском крае – 1 РСЦ, 2 ПСО с объемом финансирования за счет средств федерального бюджета 157,8 млн. рублей, запланировано к приобретению 47 единиц медицинского оборудования (из них 1 единица «тяжёлого»);

в Чукотском автономном округе – 1 ПСО с объемом финансирования за счет средств федерального бюджета 8,0 млн. рублей, запланировано к приобретению 12 единиц медицинского оборудования.

В рамках достижения результата «Созданы/заменены более 1 550 новых фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий» федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение» (далее – федеральный проект) бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, входящим в состав ДФО и районов Крайнего Севера и приравненных к ним местностях в 2019 в размере 446,3 млн руб. в целях создания/замены 109 ФАП, ФП, ВА, в 2020 году – 1 496,67 млн руб. в целях создания/замены 330 ФАП, ФП, ВА.

По состоянию на 01.04.2020 в субъектах ДФО, районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях введено в эксплуатацию 109 объектов, получены лицензии и начато осуществление медицинской деятельности в 55 объектах: Забайкальском крае в 11 из 21 ФАП, Иркутской области в 2 из 3 ФАП, Красноярском крае в 22 из 27 ФАП, Магаданской области в 1 из 1 ФАП, Мурманской области в 1 из 3 ФАП, Пермском крае в 3 из 24 ФАП, Республике Бурятия в 1 из 2 ФП, Республике Саха (Якутия) в 2 из 4 ФАП, Сахалинской области в 3 из 4 ФАП, Томской области в 5 из 5 ФАП, Тюменской области в 3 из 3 ФАП.

В рамках достижения результата «Приобретено более 1 300 мобильных медицинских комплексов» федерального проекта предоставлены иные межбюджетные трансферты из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, входящим в состав ДФО, районов Крайнего Севера и приравнённых к ним местностях в 2019 в размере 507,9 млн руб. на приобретение 67 ПМК, в 2020 году – 965,2 млн руб. на приобретение 162 ПМК, в 2021– 869,85 млн руб. на приобретение 143 ПМК.

В медицинские организации по состоянию на 20.04.2020 поставлено 66 ПМК, результат не достигнут в Иркутской области в связи с поздним сроком заключения контракта.