

УДК 614.2

DOI 10.24411/2312-2935-2020-00043

УРОКИ ПАНДЕМИИ COVID-19 ДЛЯ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.И. Перхов¹, О.В.Гриднев²

¹ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва

²ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва

Актуальность. COVID-19 является новой серьезной проблемой для систем здравоохранения всех стран мира, что требует внимания не только к таким «забытым» аспектам общественного здравоохранения, как управление в чрезвычайной ситуации, эпидемическая готовность, постэпидемическое восстановление и другим, ставившими актуальными, вопросам, но и к основному вектору политики государства в сфере охраны здоровья граждан.

Цель исследования. На основании анализа мер противодействия эпидемии COVID-19 и основных ресурсных показателей здравоохранения, сформулировать концептуальные условия обеспечения результативности работы системы охраны здоровья граждан в будущем

Результаты. В статье показана динамика важнейших ресурсных показателей здравоохранения с момента распада СССР, затронуты организационные проблемы, свидетельствующие об ослаблении отрасли в период, предшествующий пандемии коронавирусной инфекции.

Выводы. Пандемия COVID-19, другие пандемические вирусные инфекции являются серьезной новой проблемой для системы здравоохранения и всего общества, требуют научного осмысления, обуславливают и очередной раз доказывают необходимость изменения политики государства в сфере охраны здоровья граждан. Государству необходимо определиться с пределами, формами и условиями своего участия в работе врачей и системы общественного здравоохранения в целом.

В будущем, результативность общественного здравоохранения, в том числе ответных мер на пандемии, аналогичные COVID-19, будет возможна при условии восстановления целостности (объединения в одном ведомстве) научно-клинической и научно-образовательной инфраструктуры отрасли, усиления и оптимизации кадрового ресурса, изменения социально-экономического статуса и обеспечения профессиональной автономии врача, а также при условии создания системы квалифицированного управления, которая бы определила другие стратегические цели отрасли, обеспечила мотивацию и правовые механизмы для их достижения.

Ключевые слова: Пандемия коронавирусной инфекции, организация здравоохранения и медицинской науки, политика в сфере общественного здравоохранения

COVID-19 PANDEMIC LESSONS FOR POLICY IN THE FIELD OF PUBLIC HEALTH

Perkhov V.I.¹, Gridnev O.V.²

¹*Central Research and Development Institute of the organization and informatization of health care of the Russian Ministry of Health, Moscow*

²*I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow*

Relevance. COVID-19 is a new serious problem for health care systems of all countries of the world that epidemic readiness, post-epidemic restoration and to others, putting relevant, to questions requires attention not only to such "forgotten" aspects of public health care as management in emergency situation, but also to the main vector of policy of the state in the field of protection of public health.

Research objective. On the basis of the analysis of measures of counteraction of epidemic of COVID-19 and key resource indicators of health care to formulate conceptual conditions of ensuring effectiveness of work of a system of protection of public health in the future

Results. Dynamics of the major resource indicators of health care is shown in article from the moment of the collapse of the USSR, the organizational issues demonstrating weakening of the industry during the period preceding a pandemic of a koronavirusny infection are touched.

Conclusions. COVID-19 pandemic, other pandemic viral infections are a serious new problem for a health care system and all society, demand scientific judgment, cause and the next time prove need of change of policy of the state in the field of protection of public health. The state needs to decide on limits, forms and conditions of the participation in work of doctors and public health care in general. In the future, the effectiveness of public health care, including countermeasures on the pandemics similar to COVID-19, will be possible not only on condition of recovery of integrity of medical science, medical and scientific and educational infrastructure, strengthening and optimization of a personnel resource, change of the social and economic status and providing standard professional autonomy of the doctor and also on condition of creation of a system of the qualified management which would define strategic objectives of the industry, provided motivation and legal mechanisms for their achievement.

Keywords: Pandemic of a koronavirusny infection, the organization of health care and medical science, the politician in the field of public health care

Актуальность. За последние два десятилетия в мире появилось три коронавируса, которые вызвали серьезные проблемы со здоровьем.

Первая вспышка зарегистрирована в 2003 году и вызвана вирусом, который был назван SARS-CoV, поскольку у лихорадящих пациентов развивался тяжелый острый респираторный синдром, который мог проявляться пневмонией. Вспышка SARS-CoV началась в китайской провинции Гуандун и распространилась на многие страны Юго-Восточной Азии, Северной Америки, Европы и Южной Африки. Всего SARS-CoV было инфицировано 8000, из них 774 умерли. Медицинские работники были особенно подвержены риску заражения, поскольку

передача происходила, если не соблюдались изоляционные меры предосторожности, а также во время определенных процедур.

Девять лет спустя на Ближнем Востоке появился новый коронавирус, получивший название MERS-CoV. Симптомы MERS-CoV неспецифичны, но во многих случаях течение заболевания сопровождалось тяжелым острым респираторным дистрессом. Все пациенты оказались путешественниками, посетившими Аравийский полуостров или побывавшим вблизи него. Как и в случае с SARS-CoV, медицинские работники подвергаются более высокому риску заражения, что было продемонстрировано во время вспышки в Южной Корее. Однако, по сравнению с SARS-CoV, MERS-CoV все еще циркулирует, и показатель летальности составляет около 35% [1,2].

30 декабря 2019 года группа пациентов с пневмонией неизвестной этиологии была обнаружена в Ухане, Китай, и была передана в китайское бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в Пекине. Неделью спустя, 7 января 2020 года, у этих пациентов был выделен новый коронавирус (SARS-CoV-2). Этот вирус первоначально назывался новым коронавирусом 2019 (2019-nCoV), но 11 февраля 2020 года ВОЗ получила официальное название COVID-19. Коронавирус быстро распространился из одного города на весь Китай всего за 30 дней. Огромная скорость географической экспансии и внезапного роста числа случаев удивила, а возможности здравоохранения достигли своего предела, особенно в городе Ухань и провинции Хубэй. В конечном итоге в мире этот новый вирус заразил больше людей, чем любой из двух его предшественников.

Цель исследования: на основании анализа мер противодействия эпидемии COVID-19 и основных ресурсных показателей здравоохранения сформулировать концептуальные условия обеспечения результативности работы системы здравоохранения в будущем.

Методы и источники информации. Использованы статистические материалы Минздрав России и ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России [3], сводная по России форма государственного статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации (приказ Росстата об утверждении формы от 4.09.2015 № 412), методы контент-анализа, информационные и аналитические материалы российских и зарубежных информационных агентств, экспертные оценки, а также материалы монографических исследований и периодической печати, в том числе размещенные в сети Интернет.

Результаты исследования. Де-факто пандемия коронавируса привела к возникновению чрезвычайной ситуации и формированию в России единой государственной системы её ликвидации. В связи с пандемией в системе охраны здоровья граждан были реализованы крупные инвестиции, предприняты значительные усилия властей всех уровней, руководителей и представителей всех отраслей для повышения способности нашей страны преодолевать чрезвычайные ситуации, угрожающие огромному количеству людей.

Министерством обороны России начато строительство 16 инфекционных больниц в Одинцове, Подольске, Нижнем Новгороде, Волгограде, Оренбурге, Новосибирске, Уссурийске и Улан-Удэ. Общая мощность этих больниц будет составлять 1600 койко-мест [4]. В выставочном центре «Крокус Экспо» для больных Covid-19 открыли стационар на тысячу коек со штатной численность 350 врачей, 700 медсестёр – филиал Красногорской городской больницы № 1 [5].

К оказанию медицинской помощи инфицированным лицам привлечены федеральные, в том числе ведомственные, а также частные медицинские учреждения. Минздравом России подготовлены методические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции. Бюджетам субъектов Российской Федерации из резервного фонда Правительства Российской Федерации направлены крупные дотации на поддержку мер по организации оказания медицинской помощи больным новой коронавирусной инфекцией.

В регионах России дополнительно к имеющимся, за счет перепрофилирования федеральных, региональных и частных клиник, развернуто около 160 тыс. инфекционных коек. В результате мощности профильного коечного фонда в стране увеличены в три раза [6,7].

Медицинским работникам, которые борются с коронавирусом, назначены дополнительные выплаты. Принят нормативный акт, устанавливающий медицинским работникам, деятельность которых непосредственно связана с оказанием медицинской помощи больным новой коронавирусной инфекцией, страховых гарантий, аналогичных страховым гарантиям военнослужащих [8]

Планируется также компенсировать медицинским организациям снижение доходов из-за сокращения объемов медицинской помощи по ОМС из-за коронавируса.

В соответствии с приказом Минздрава России от 9 апреля 2020 г. № 299н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования» до конца 2020 года медицинских организации смогут получать аванс на оказание медицинской помощи в размере до 100 % от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медпомощи за

последние 3 месяца текущего финансового года, либо с периода начала действия договора об оказании медицинской помощи. Приняты и другие меры, которые, безусловно, имеют огромное значение для снижения объема потерь общества от инфекции.

В России пандемия пришла на период значительного сокращения мощностей коечного фонда. До начала рыночных реформ в России, содержание больниц обходилось относительно недорого. Имея условные цены на электричество, отопление и прочие элементы хозяйственных затрат, государство могло себе позволить содержать огромную сеть больниц. Кроме того, «цена» труда медиков была крайне низкой — не более 70% от средней заработной платы промышленного рабочего [9].

В 90-е годы общий экономический спад заметно ограничил источники и объемы финансирования здравоохранения. Одновременно резко возросли цены ресурсы. В стране начался процесс сокращения коечного фонда.

За последние три десятилетия в России уровень обеспеченность населения койками круглосуточных стационаров снизился с 122,4 в 1992 году до 70,2 в 2019 году на 10000 населения (рисунок 1).

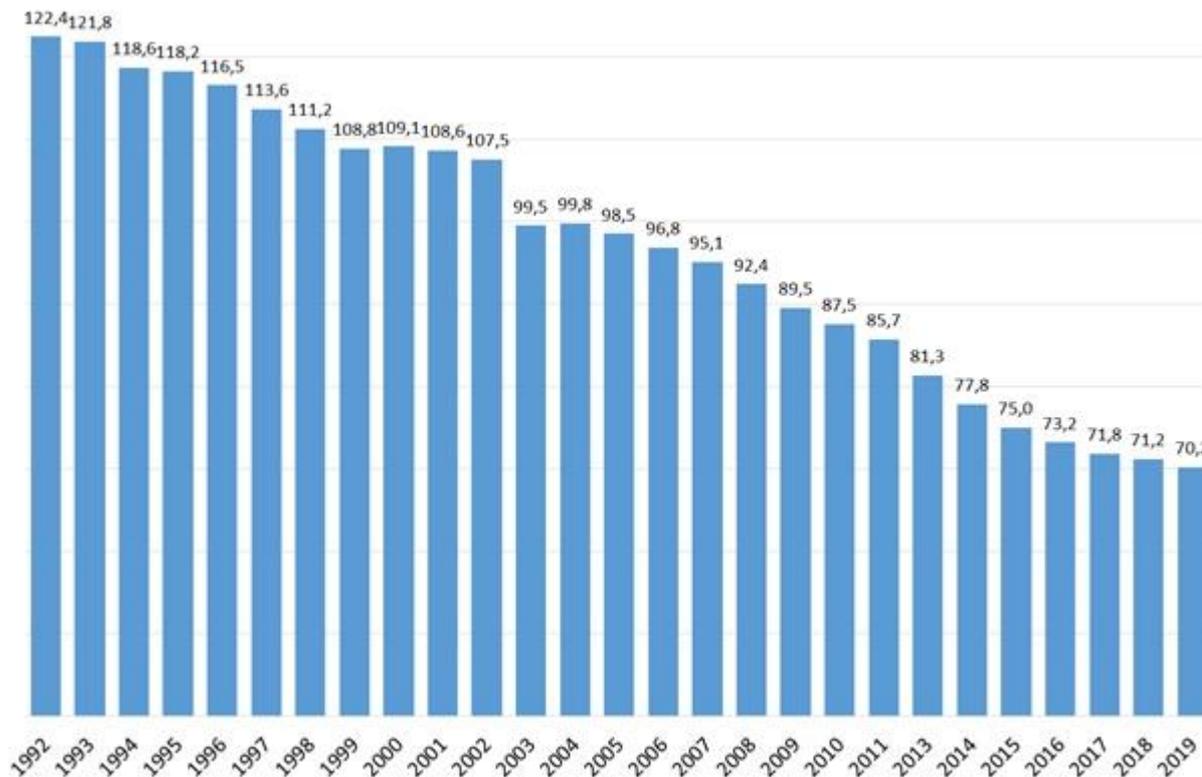


Рисунок 1. Динамика (1992-2019 гг.) показателя обеспеченности населения Российской Федерации койками круглосуточных стационаров (число коек на 1000 населения)

В два и более раза снижен уровень обеспеченности населения мощностями круглосуточных стационаров в следующих субъектах Российской Федерации: город Москва (с 115,0 коек в 1992 году до 53,3 коек в 2019 году на 1000 населения), Республика Калмыкия (с 161,2 до 75,3), Республика Татарстан (с 121,3 до 56,8), Республика Мордовия (с 144,5 до 70,6), Белгородская область (138,2 до 68,4), Пермский край (с 138,1 до 68,4), Республика Алтай (с 144,3 до 72,4), Республика Карелия (с 133,0 до 66,8), Калужская область (с 120,2 до 61,2).

Всего за последние четверть века суммарный коечный фонд страны сократился в 1,7 раза - с 1,7 до 1,0 млн. единиц. Только за последние десять лет число инфекционных коек для взрослых сократилось с 40,7 тыс. в 2007 году до 25,1 в 2019 году, а число инфекционных коек для детей – с 36,1 тыс. до 26,8 тыс. соответственно.

В настоящее время в России медицинскую деятельность по оказанию медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара осуществляют 4,3 тыс. больниц, в состав которых входят 10,7 тыс. зданий.

За последние годы, в результате реализации федеральной целевой программы модернизации здравоохранения, в некоторой степени укрепилась материально техническая база существующих объектов здравоохранения. Однако все еще не во всех зданиях, где размещены стационары, имеется водопровод, канализация, горячее водоснабжение, телефонная связь, только треть стационаров оснащены системами автономного электроснабжения (таблица 1).

Число существующих зданий медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, находящихся в аварийном состоянии или требующих капитального ремонта за период 2014-2018 гг. снизилось вдвое, однако в 2019 году увеличилось примерно в 1,5 раза. Одна из причин - снижение темпов строительства новых объектов здравоохранения.

На рисунке 2 показана динамика показателя ввода в действие коечных мощностей новых объектов здравоохранения за последние три десятилетия, свидетельствующая о более чем пятикратном сокращении ввода в действие новых объектов здравоохранения для оказания медицинской помощи в стационарных условиях [10].

Таблица 1

Количество и техническое состояние зданий медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (источник: таблица 8000 формы ФСН № 30 «Сведения о медицинской организации» (абс. числа, %))

Названия строк	Подразделения, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях					
	Число зданий			Доля числа зданий с соответствующим техническим состоянием		
	2014	2018	2019	2014	2018	2019
Число зданий, всего	12180	10971	10733	100,0%	100,0%	100,0%
Имеют горячее водоснабжение	9996	9152	8994	82,1%	83,4%	83,8%
Имеют автономное электроснабжение	3365	3486	3551	27,6%	31,8%	33,1%
Имеют водопровод	11754	10656	10433	96,5%	97,1%	97,2%
Имеют канализацию	11556	10485	10293	94,9%	95,6%	95,9%
Имеют телефонную связь	11556	10404	10199	94,9%	94,8%	95,0%
Имеют центральное отопление	11368	10067	9843	93,3%	91,8%	91,7%
Находятся в аварийном состоянии	189	100	151	1,6%	0,9%	1,4%
Находятся в арендованных помещениях	172	131	111	1,4%	1,2%	1,0%
Находятся в приспособленных помещениях	2799	2648	2586	23,0%	24,1%	24,1%
Требуют капитального ремонта	3403	1830	2319	27,9%	16,7%	21,6%
Требуют реконструкции	494	111	127	4,1%	1,0%	1,2%

Вместе с сокращением коечного фонда наиболее ресурсного больничного сектора здравоохранения на 3% снизился уровень обеспеченности населения врачебными кадрами – с 38,9 в 1992 году до 37,6 врачей на 10000 населения в 2019 году.

При этом во многих странах мира уровень обеспеченности населения врачебными кадрами растет (рисунок 3).

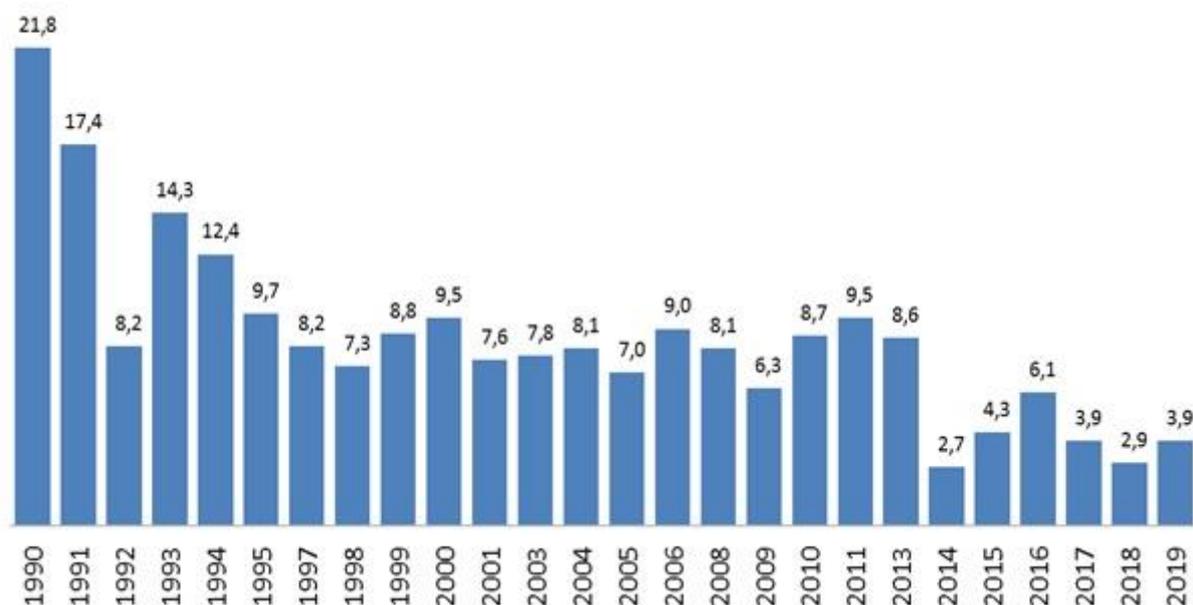


Рисунок 2. Динамика (1990-2019 гг.) показателя ввода в действие коечных мощностей новых объектов здравоохранения для оказания медицинской помощи в стационарных условиях (тыс. коек)

За 15 лет (с 2013 по 2017 гг.) уровень обеспеченности населения врачебными кадрами в Китае увеличился в 1,72 раза, Мексике в 1,57 раза, Новой Зеландии в 1,51 раза, Корее в 1,49 раза, Норвегии в 1,42 раза, Австралии в 1,40 раза, Индии в 1,39 раза, Словении в 1,38 раза, Канаде в 1,31 раза, Великобритании в 1,28 раза, Германии в 1,27 раза, Австрии в 1,26, США в 1,1 раза. Из числа европейских стран, уровень обеспеченности населения врачебными кадрами снизился только в Польше (на 3%) и Израиле (на 7%).

В России за указанные 15 лет уровень обеспеченности населения врачебными кадрами снизился на 12%.

Несмотря на то, что интенсивность сокращения уровня обеспеченности населения России врачебными кадрами меньше, чем интенсивность сокращения коечного фонда, имеются доказательства наличия серьезного кадрового дефицита, особенно в первичном звене здравоохранения [11].

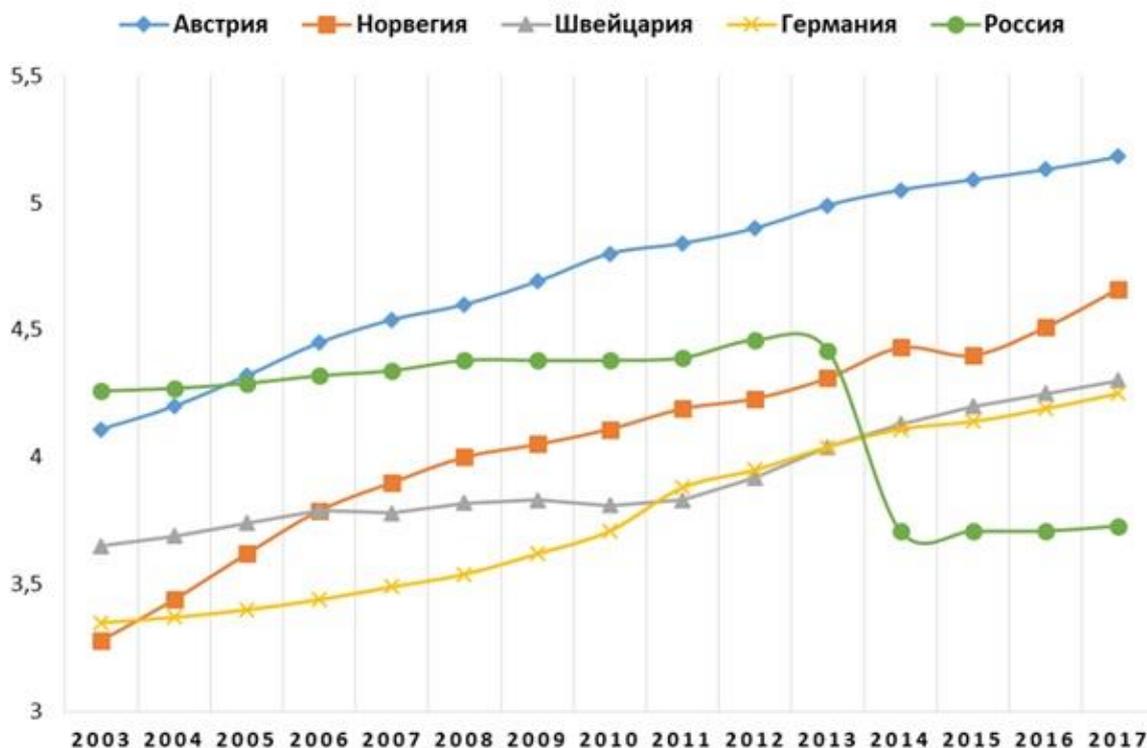


Рисунок 3. Динамика уровня обеспеченности населения врачебными кадрами в России и в некоторых странах Европы (число врачей-физических лиц на 10000 населения).

(Источник по странам Европы: *Health at a Glance 2017: OECD indicators*, [http://stats.oecd.org/index.aspx? DataSetCode=HEALTH_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT). Источник по России: статистические материалы Минздрава России и ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения» Доступно по: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/> (30.05.2020)

Обсуждение. Ослабленная сокращением основных фондов, кадровым дефицитом и недофинансированием, бесконечными реформами и преобразованиями, деморализованная внедрением товарно-денежных отношений, российская медицинская отрасль в авральном режиме была вовлечена в работу по ликвидации инфекционной катастрофы.

Родоначальницей российской системы здравоохранения является советская система здравоохранения, отличавшаяся строгой субординацией, номенклатурной иерархией, включающая построение военных схем эвакуации и организации оказания медицинской помощи. До настоящего времени сохранились практически в неизменном виде мощные административные механизмы санитарно-эпидемиологического надзора. Несмотря на существенное сокращение коечного фонда за последние три десятилетия, Россия все еще более чем в два раза опережает по уровню обеспеченности населения койками

круглосуточных стационаров такие страны, как, например, Италия (31,8 на 10000 населения в 2018 году), Испания (29,7), которые отличились наиболее высокими показателями смертности в период пандемии коронавируса [12].

Все это позволило России, в сочетании с природно-географическими преимуществами, экономической поддержкой со стороны государства и общими ограничительными мерами, сдержать катастрофическое распространение инфекции, избежать серьезных безвозвратных потерь среди населения.

Остаются вопросы о том, являются ли эти действия разумными и адекватными ответами на вспышку инфекции. Были ли эти подходы эффективными (например, с точки зрения снижения числа инфекций и предотвращенных смертей) и перевесили ли эти потенциальные выгоды затраты и экономические потери. Все это будет обсуждаться годам. При этом потрясение, которое испытали люди, не пройдет бесследно уже в ближайшее время.

Смертность от других, кроме пневмонии, болезней, на фоне снижения уровня жизни, обнищания, безработицы, депрессии и страха увеличится. Отсутствие достоверной информации, резкие ограничения в привычном образе жизни крайне негативно влияют на функционирование нервной системы индивидуума, приводят к серьезным психосоматическим расстройствам, что требует разработки и реализации специальных программ в постэпидемический период [13,14,15].

Такие неблагоприятные факторы, как «отложенные» госпитализации хронических больных, позднее диагностирование злокачественных новообразований, в том числе визуальных локализаций (шейки матки, молочной железы), отмена и несвоевременность хирургических вмешательств и медицинских процедур, ставших уже «обычными», таких как эндопротезирование крупных суставов, стентированием коронарных артерий, химиотерапия и многих других, приведут к ухудшению здоровья населения, к сохранению повышенной нагрузки на медицину и здравоохранение.

Положительный эффект в том, что пандемия COVID-19 доказала: здравоохранение - это не сфера услуг, а стратегически важная отрасль, нуждающаяся в достаточном финансировании в соответствии с определенной парадигмой, представляющей собой совокупность знаний и методологических подходов к решению проблем здоровья. Важно укреплять не только инфраструктуру, но и кадры общественного здравоохранения, а также обеспечивать их мотивацию и безопасность при работе в условиях пандемии. Это потребует

повышения социально-экономического статуса и обеспечения профессиональной автономии врача – главной фигуры в системе здравоохранения.

Обеспечение профессиональной автономии врача не означает удовлетворение требований профессионала, отвечающим его собственным интересам.

В отличие от западных стран, российские врачи, работающие в государственных учреждениях, представляют собой классический пример интеллектуальной группы работников, полностью контролируемых государством [16], выполняющих административные команды, которые, исходя из текущей целесообразности и на усмотрение чиновников, могут многократно изменяться [17].

В результате врачебная профессия в России оказалась поражена внутренними эрозивными процессами, снижающих полезность и ухудшающих безопасность медицинской помощи. Безрезультативность попыток административными мерами обеспечить внешний (государственный) контроль качества медицинской помощи, отсутствие внутреннего контроля качества со стороны профессиональной медицинской среды, пробелы в правовом регулировании процессов разработки и использования медицинских технологий в составе медицинских услуг, привели к серьезным проблемам в вопросах обеспечения желаемого качества и необходимой безопасности медицинской помощи.

За последние пять лет на фоне снижения общего числа госпитализаций в круглосуточные стационары с 30,4 до 29,6 млн. случаев в 2015 и 2019 гг. соответственно, больничная летальность в среднем по России увеличилась с 1,71% в 2015 до 1,97% в 2019 году. Всего в 2019 году в больницах умерло 582070 пациентов, что на 63293 больше, чем в 2015 году. Эта ситуация в последние годы активизировала в России деятельность немедицинских властных структур (следственного комитета, прокуратуры), которые пытаются удовлетворить запрос общества на защиту людей от вредных медицинских вмешательств.

Обеспечение профессиональной автономии врача означает, прежде всего, независимость повседневной деятельности врача от органов государственной власти и чиновников. Эта самостоятельность проявляется в отношении выбора диагностических и терапевтических технологий при оказании медицинской помощи конкретному человеку в соответствии с такими принципами профессиональной ответственности, как: защита физического и психологического здоровья человека; избавление от боли; уважение свободы и достоинства человеческой личности; должная квалификация; соблюдение технологии выполнения медицинских вмешательств, систематическая оценка деятельности врача со

стороны других представителей этой же врачебной специальности, а также другими, основополагающими для медицинской практики, принципами.

Выводы. Пандемия COVID-19, другие пандемические вирусные инфекции являются серьезной новой проблемой для системы здравоохранения и всего общества, требуют научного осмысления, обуславливают и очередной раз доказывают необходимость изменения политики государства в сфере охраны здоровья граждан. Государству необходимо определиться с пределами, формами и условиями своего участия в работе врачей и системы общественного здравоохранения в целом.

В будущем, результативность общественного здравоохранения, в том числе ответных мер на пандемии, аналогичные COVID-19, будет возможна при условии восстановления целостности (объединения в одном ведомстве) научно-клинической и научно-образовательной инфраструктуры отрасли, усиления и оптимизации кадрового ресурса, изменения социально-экономического статуса и обеспечения профессиональной автономии врача, а также при условии создания системы квалифицированного управления, которая бы определила другие стратегические цели отрасли, обеспечила мотивацию и правовые механизмы для их достижения.

Список литературы

1. Ksiazek TG, Erdman D, Goldsmith CS, et al; SARS Working Group. A novel coronavirus associated with severe acute respiratory syndrome. *N Engl J Med.* 2003; 348:1953–1966
2. Hui DS, Azhar EI, Kim YJ, et al. Middle East respiratory syndrome coronavirus: risk factors and determinants of primary, household, and nosocomial transmission. *Lancet Infect Dis.* 2018; 18:e217–e227
3. Поликарпов А.В., Александрова Г.А., Голубев Н.А., Тюрина Е.М., Огрызко Е.В., Магазейщикова Н.Г., Шелепова Е.А. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Основные показатели здравоохранения. Часть VI. М.: Минздрав России, ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. 2019. Доступно по: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2018-god>
4. Правительство выделило Минобороны почти 8,8 млрд рублей на 16 инфекционных центров. *Комсомольская правда.* 24 марта 2020 г. URL: <https://www.kp.ru/online/news/3808187/> (20.04.2020 г.)

5. В «Крокус Экспо» для больных Covid-19 открыли стационар на тысячу коек. МК. 11 мая 2020 г. URL: https://www.mk.ru/social/2020/05/11/v-krokus-ekspo-dlya-bolnykh-covid19-otkryli-stacionar-na-tysyachu-koek.html?rb_clickid=62398201-1589966459-2063488165 (20.04.2020 г.)
6. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 24 марта 2020 г. № 30-1/10/2-24 «О минимальных требованиях к зданиям и помещениям, где планируется организация дополнительных инфекционных коек для лечения пациентов с COVID-19». <http://www.consultant.ru/>
7. Распоряжение Правительства РФ от 2 апреля 2020 г. № 844-р «Об утверждении перечней 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 подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 или с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в стационарных условиях». <http://www.consultant.ru/>
8. Официальный сайт Президента России. Указ Президента России от 6 мая 2020 года «О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников». URL: <http://www.kremlin.ru/acts/news/63306> (8.03.2020)
9. Шейман И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. – 1998
10. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. Ввод в действие зданий, сооружений, отдельных производственных мощностей, жилых домов, объектов социально-культурного назначения. URL: <https://www.gks.ru/folder/14458?print=1> (12.03.2020)
11. Люцко В.В. Нормативное обеспечение деятельности врачей по оказанию первичной медико-санитарной помощи. дис. ... доктора. мед. наук. 14.02.03. — М., 2019
12. OECD. Stat. Данные и метаданные для стран ОЭСР и отдельных стран, не являющихся членами. Электронный ресурс. URL: <https://stats.oecd.org/> (29.03.2020)
13. Электронный ресурс: какой процент в России неблагополучных семей: URL: <https://lawgrupp.ru/brachnyj-dogovor/kakoj-protsent-v-rossii-neblagopouchnyh-semej> (19.02.2020)
14. Н. В. Голубева, Д. В. Иванов, М. С. Троицкий. Панические расстройства во внутрисемейных отношениях, как последствия воздействия коронавирусной инфекции (обзор литературы). Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2020;2. URL:

<https://cyberleninka.ru/article/n/panicheskie-rasstroystva-vo-vnutrisemeynyh-otnosheniyah-kak-posledstviya-vozddeystviya-koronavirusnoy-infektsii-obzor-literatury> (19.02.2020)

15. Shevlin M. et al. Covid-19-related Anxiety Predicts Somatic Symptoms in the UK Population. – 2020

16. Мансуров В. А., Юрченко О. В. Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе. Россия реформирующаяся. 2004. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/perspektivy-professionalizatsii-rossiyskih-vrachey-v-reformiruyuschemsya-obschestve> (03.02.2020)

17. Тихомиров А.В. Отечественная организация здравоохранения: реформа идеологии. Главный врач: хозяйство и право. 2005;2:2-8

References

1. Ksiazek TG, Erdman D, Goldsmith CS, et al; SARS Working Group. A novel coronavirus associated with severe acute respiratory syndrome. N Engl J Med. 2003; 348:1953–1966

2. Hui DS, Azhar EI, Kim YJ, et al. Middle East respiratory syndrome coronavirus: risk factors and determinants of primary, household, and nosocomial transmission. Lancet Infect Dis. 2018; 18:e217–e227

3. Polikarpov A.V., Aleksandrova G.A., Golubev N.A., Tyurina E.M., Ogrы`zko E.V., Magazeyshhikova N.G., Shelepova E.A. Resursy` i deyatel`nost` medicinskix organizacij zdравooxraneniya [Resources and activities of medical health organizations]. Osnovny`e pokazateli zdравooxraneniya. Chast` VI [Key health indicators. Part VI]. M.: Minzdrav Rossii, FGBU «CzNIIOIZ» Minzdrava Rossii. 2019. Dostupno po: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2018-god>

4. Pravitel`stvo vy`delilo Minoborony` pochti 8,8 mlrd rublej na 16 infekcionny`x centrov [The Government has allocated almost 8.8 billion rubles to the Ministry of defense for 16 infection centers]. Komsomol`skaya Pravda [Komsomolskaya Pravda]. 24 marta 2020 g. URL: <https://www.kp.ru/online/news/3808187/> (20.04.2020 g.)

5. V «Krokus E`kspo» dlya bol`ny`x Covid-19 otkry`li stacionar na ty`syachu koek [In "Crocus Expo" for patients Covid-19 opened a hospital for a thousand beds]. MK [MK]. 11 maya 2020 g. URL: https://www.mk.ru/social/2020/05/11/v-krokus-ekspo-dlya-bolnykh-covid19-otkryli-stacionar-na-tysyachu-koek.html?rb_clickid=62398201-1589966459-2063488165 (20.04.2020 g.)

6. Pis'mo Ministerstva zdravooxraneniya RF ot 24 marta 2020 g. № 30-1/10/2-24 «O minimal'nyx trebovaniyax k zdaniyam i pomeshheniyam, gde planiruetsya organizaciya dopolnitel'nyx infekcionnyx koek dlya lecheniya pacientov s COVID-19». <http://www.consultant.ru/>

7. Rasporyazhenie Pravitel'stva RF ot 2 aprelya 2020 g. № 844-r «Ob utverzhdenii perechnej organizacij i ix strukturnyx podrazdelenij, osushhestvlyayushhix medicinskuyu deyatel'nost', podvedomstvennyx federal'nyx organam ispolnitel'noj vlasti, i chastnyx medicinskix organizacij, kotorye pereprofiliruyutsya dlya okazaniya medicinskoj pomoshhi pacientam s podtverzhdennyx diagnozom novoj koronavirusnoj infekcii COVID-19 ili s podozreniem na novuyu koronavirusnyuyu infekciyu COVID-19 v stacionarnyx usloviyax». <http://www.consultant.ru/>

8. Oficial'nyj sayt Prezidenta Rossii. Ukaz Prezidenta Rossii ot 6 maya 2020 goda «O predostavlenii dopolnitel'nyx straxovyx garantij otdel'nyx kategoriyam medicinskix rabotnikov». URL: <http://www.kremlin.ru/acts/news/63306> (8.03.2020)

9. Shejman I. M. Reforma upravleniya i finansirovaniya zdravooxraneniya [Reform of management and financing of health care]. – 1998

10. Oficial'nyj sayt Federal'noj sluzhby gosudarstvennoj statistiki. Vvod v dejstvie zdaniy, sooruzhenij, otdel'nyx proizvodstvennyx moshhnostej, zhilyx domov, ob'ektov social'no-kul'turnogo naznacheniya. URL: <https://www.gks.ru/folder/14458?print=1> (12.03.2020)

11. Lyuczko V.V. Normativnoe obespechenie deyatel'nosti vrachej po okazaniyu pervichnoj mediko-sanitarnej pomoshhi [Normative support for the activities of doctors in providing primary health care]. dis. ... doktora. med. nauk. 14.02.03. — M., 2019

12. OECD. Stat. Dannye i metadannye dlya stran OE`SR i otdel'nyx stran, ne yavlyayushhixsya chlenami. E`lektronnyj resurs. URL: <https://stats.oecd.org/> (29.03.2020)

13. E`lektronnyj resurs: kakoj procent v Rossii neblagopoluchnyx semej: URL: <https://lawgrupp.ru/brachnyj-dogovor/kakoj-protsent-v-rossii-neblagopouchnyh-semej> (19.02.2020)

14. N. V. Golubeva, D. V. Ivanov, M. S. Troiczkiy. Panicheskie rasstrojstva vo vnutrisemejnyx otnosheniyax, kak posledstviya vozdejstviya koronavirusnoj infekcii (obzor literatury) [Panic disorders in intra-family relationships as consequences of exposure to coronavirus infection (literature review)]. Vestnik novyx medicinskix texnologij [Bulletin of new medical technologies]. E`lektronnoe izdanie. 2020;2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/panicheskie->

rasstroystva-vo-vnutrisemeynyh-otnosheniyah-kak-posledstviya-vozdeystviya-koronavirusnoy-infektsii-obzor-literatury (19.02.2020)

15. Shevlin M. et al. Covid-19-related Anxiety Predicts Somatic Symptoms in the UK Population. – 2020

16. Mansurov V. A., Yurchenko O. V. Perspektivy` professionalizacii rossijskix vrachej v reformiruyushhemsya obshhestve [Prospects of professionalization of Russian doctors in the reforming society]. Rossiya reformiruyushhayasya [Russia is being reformed]. 2004. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/perspektivy-professionalizatsii-rossiyskih-vrachej-v-reformiruyushhemsya-obschestve> (03.02.2020)

17. Tixomirov A.V. Otechestvennaya organizaciya zdravooxraneniya: reforma ideologii [Domestic healthcare organization: reform of ideology]. Glavny`j vrach: khozyajstvo i parvo[Head physician: economy and law]. 2005;2:2-8

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

***Благодарности:** авторы выражают благодарность к.м.н. Голубеву Н.А. - заведующему отделом статистики ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, к.м.н. Артамоновой Т.А. - заведующей группой эксплуатации баз данных «Медстат» ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России за помощь в подготовке баз данных конечного пользователя на основе форм федерального и отраслевого статистического наблюдения, полученных от субъектов Российской Федерации*

Сведения об авторах

Перхов Владимир Иванович - доктор медицинских наук, главный научный сотрудник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: perkhov@mednet.ru, SPIN-код: 5876-5102

Гриднев Олег Владимирович - доктор медицинских наук, профессор кафедры организации и управления в сфере обращения лекарственных средств Факультета управления и экономики здравоохранения Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, г. Москва Большая Пироговская улица, 2, стр. 2 e-mail: gridnevov@mail.ru, SPIN-код: 1051-4126

Information about authors

Vladimir Ivanovich Perkhov - the doctor of medical sciences, the chief researcher of Federal State Budgetary Institution Central Research and Development Institute of the Organization and Informatization of Health Care of the Russian Ministry of Health, Moscow, Dobrolyubov St., 11, e-mail: perkhov@mednet.ru, SPIN code: 5876-5102

Oleg Vladimirovich Gridnev - the doctor of medical sciences, professor of department of the organization and management in the field of drug circulation of Faculty of management and economy of health care of the First Moscow state medical university of I.M. Sechenov, Moscow Bolshaya Pirogovskaya Street, 2, building 2, e-mail: gridnevov@mail.ru, SPIN code: 1051-4126

Статья получена: 29.04.2020 г.
Принята в печать: 15.06.2020 г.