

---

12 мая 2021 г.

## СПРАВКА

### Результаты деятельности, управление и ресурсы инфекционной службы в РФ, подготовка врачей-инфекционистов в сравнении с развитыми странами

#### ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Результаты деятельности инфекционной службы в РФ
2. Управление и ресурсы инфекционной службы в РФ
3. Подготовка врачей-инфекционистов в РФ
4. Действующие нормативные акты по борьбе с инфекционными заболеваниями
5. Выводы и рекомендации
6. Приложения
7. Список литературы

#### 1. РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНФЕКЦИОННОЙ СЛУЖБЫ В РФ

Сегодня в РФ сложилась **неблагополучная ситуация** с заболеваемостью инфекционными болезнями и смертностью от них. В РФ в 2018 г. стандартизованный коэффициент смертности (СКС) от инфекционных болезней был **в 3,7 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, близких к РФ по уровню экономического развития (рис. 1). Причем в возрасте **от 30 до 44 лет** в РФ этот показатель был **в 17 раз выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и почти **в 33 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 55,4, 3,2 и 1,7 случая).

Число умерших на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста (европейский стандарт)

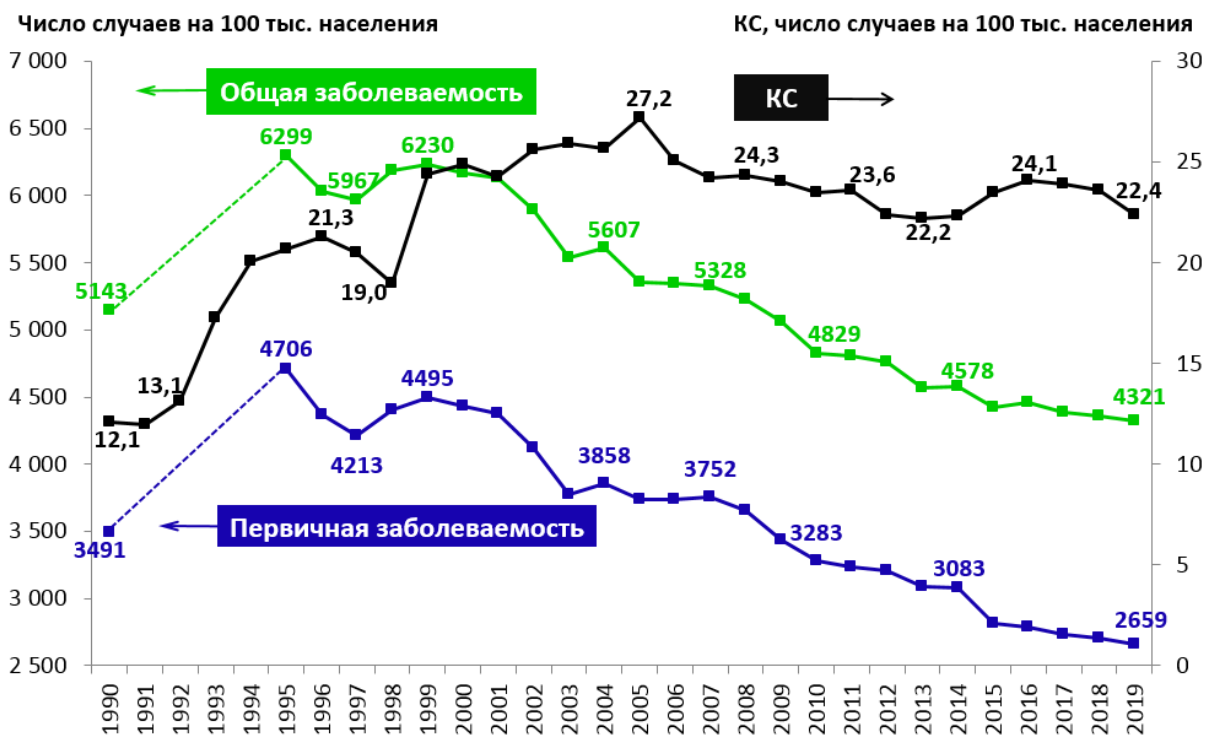


«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.  
Источники: Росстат (Демографический ежегодник России), ЦНИИОИЗ; база данных ВОЗ «Здоровье для всех», расчет ВШОУЗ-КМК.

Рис. 1. СКС от инфекционных заболеваний в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС, 1980-2018 г.

Более того, в РФ с 1990 по 2019 г. коэффициент смертности (КС) от инфекционных болезней вырос в **1,9** раза и продолжает расти, причем сегодня **82%** всех умерших от этой причины — граждане трудоспособного возраста (соответственно 27 из 33 тыс. человек). В структуре смертности от инфекционных заболеваний **91%** всех причин смертей вызвано: ВИЧ-инфекцией – **61%**, туберкулезом – **23%** и вирусными гепатитами – **7%**. Большинство этих смертей можно предотвратить методами профилактики, своевременного выявления и лечения.

На этом фоне с 1990 по 2019 г. первичная и общая заболеваемость инфекционными болезнями **снизились**, соответственно на **24** и **16%** (рис. 2). Это говорит о том, что в РФ большинство из них **своевременно не выявляются и недостаточно лечатся**, что, в свою очередь, напрямую связано с сокращением ресурсов, определяющих мощности инфекционной службы (см. раздел 2 Справки).



Источники: Росстат, ЦНИИОИЗ Минздрава России.

**Рис. 2.** Динамика КС от инфекционных болезней, первичной и общей заболеваемости инфекционными болезнями в РФ, 1990-2019 г.

В структуре общей заболеваемости **31%** составляют ВИЧ-инфекция, туберкулез и вирусные гепатиты. Основными причинами первичной заболеваемости являются – кишечные инфекции, ветряная оспа, энтеробиоз, педикулез, лямблиоз. При этом первичная заболеваемость туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами, которые вместе составляют **91% в структуре смертности** от инфекционных болезней, **во много раз выше**, чем в странах ЕС: от туберкулеза – **в 3 раза выше**, от ВИЧ-инфекции – **в 14 раз выше**, от вирусного гепатита – **в 6 раз выше**.

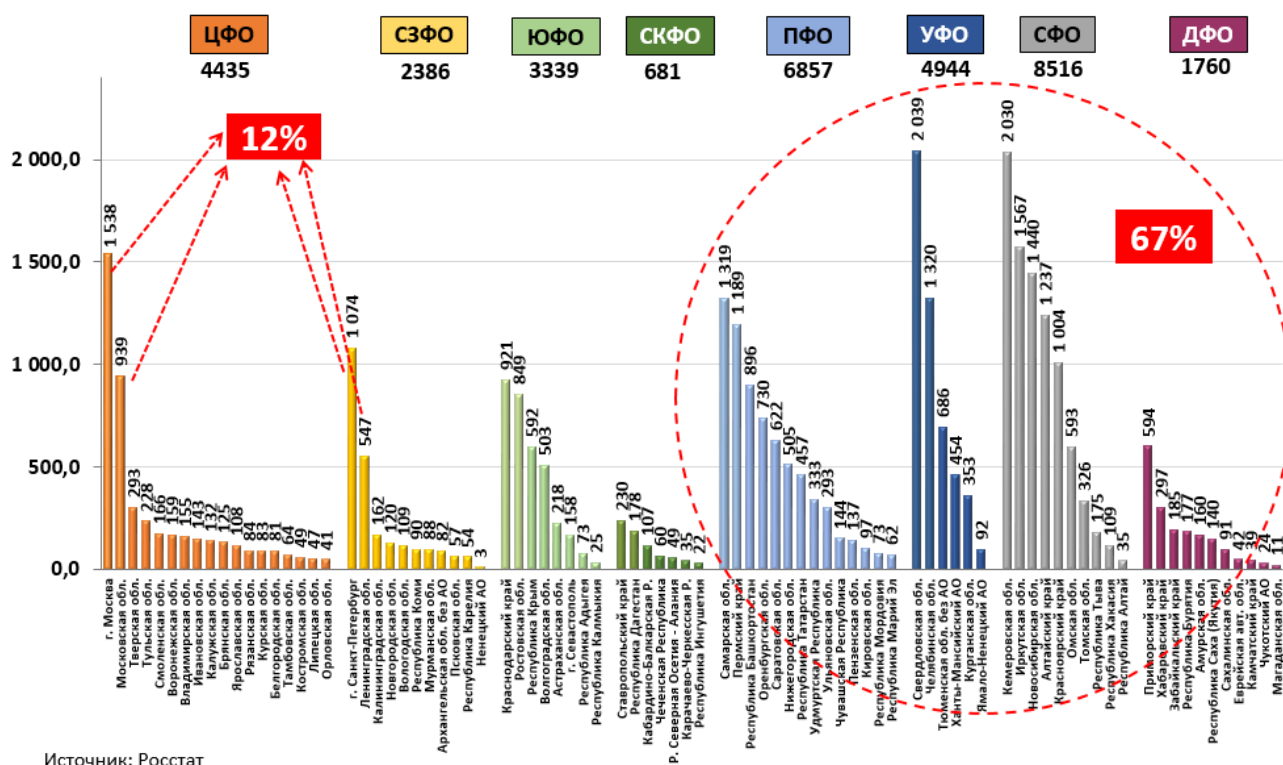
**Внутрибольничные инфекции.** В РФ число инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), **в 28 раз ниже**, чем в США (практически при одинаковом уровне госпитализаций), табл. 1. При этом в РФ причины смертей от ИСМП практически не дифференцируются. Это говорит о том, что ИСМП в РФ **недовыявляются** и этому вопросу уделяется **недостаточное внимание**.

**Таблица 1. Сравнение распространенности и смертности от инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в РФ и США**

Показатель	РФ (2019 г.) <sup>1</sup>	США (2018 г.) <sup>2</sup>	РФ/США
Число госпитализаций	29,5 млн.	34 млн	~ равны
Число выявленных случаев осложнений	25,5 тыс.	722 тыс.	↓ 28 раз
Из них: внутрибольничная пневмония	31%	22%	
Послеоперационные инфекции	23,6	32% (вокруг хирургич. поля)	
Септицемии	нет данных	10%	
Число смертельных исходов	1,4 тыс. (от септицемии А40, 41)	75 тыс.	↓ 54 раза

Наблюдается **существенная разница** в показателях смертности от инфекционных болезней по субъектам РФ (рис. 3). Видно, что **67%** всех умерших приходится на федеральные округа – Приволжский (ПФО), Уральский (УФО), Сибирский (СФО) и Дальневосточный (ДФО). И еще **12%** – на Москву, Московскую область, г. Санкт-Петербург и Ленинградскую область.

**Число умерших от инфекционных болезней, 2019 г.**



**Рис. 3. Число умерших от инфекционных болезней по субъектам РФ в 2019 г.**

<sup>1</sup> О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2019 году: Государственный доклад. — М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2020. — 299 с.

<sup>2</sup> CDC — Центры по контролю и профилактике заболеваний США (Centers for Disease Control and Prevention) — федеральное агентство министерства здравоохранения США, центр по контролю за инфекциями.

## 2. УПРАВЛЕНИЕ И РЕСУРСЫ ИНФЕКЦИОННОЙ СЛУЖБЫ В РФ

### Управление и отчетность

Сегодня в РФ полномочия по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в том числе борьба с инфекционными заболеваниями и эпидемиями, оказались **рассредоточенными по трем ведомствам** (Роспотребнадзор, Минздрав России, ФМБА). Соответственно **нет** единой вертикали управления во главе с профильным ведомством — Минздравом России, как это было в советское время и до 2012 г. в РФ. Роспотребнадзор одновременно занимается контролем качества потребительских товаров и услуг, что **ослабляет его нацеленность** на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Естественно, такая ситуация приводит к **дублированию функций, размыванию** ответственности за результаты, **неэффективному** расходованию средств и **невозможности координации** действий из единого профессионального центра при возникновении эпидемии.

В большинстве стран **службы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, включая надзор, подчиняются Министерству здравоохранения**, см. табл. 2 в Приложении.

На фоне неблагоприятного положения с заболеваемостью и смертностью от инфекционных болезней в РФ, Роспотребнадзор ежегодно в *«Государственном докладе о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения в РФ»* докладывает об **улучшении ситуации**. Например, в отчете за 2018 г. написано: *«В 2018 г. по сравнению с 2017 г. отмечено снижение заболеваемости по 34 формам инфекционных и 12 формам паразитарных болезней (в 2017 г. по сравнению с 2016 г. снижение произошло по 29 и 11 соответственно)»*. В этом же Докладе даются совершенно **необоснованные оценки состояния здоровья** населения трудоспособного возраста в РФ и прогнозов смертности среди этой категории: *«Достигнуто улучшение приоритетных показателей здоровья работающего населения: сохранилась тенденция снижения доли острой профессиональной патологии ..., а также тенденция к снижению инвалидизации вследствие приобретенного профессионального заболевания»*. На самом деле **показатели здоровья населения трудоспособного возраста в РФ катастрофические** — СКС среди них **в 3 раза выше**, чем в странах ЕС<sup>3</sup>. Вследствие такого представления информации, внимание к серьезным проблемам **не привлекается** и должные меры **не принимаются**.

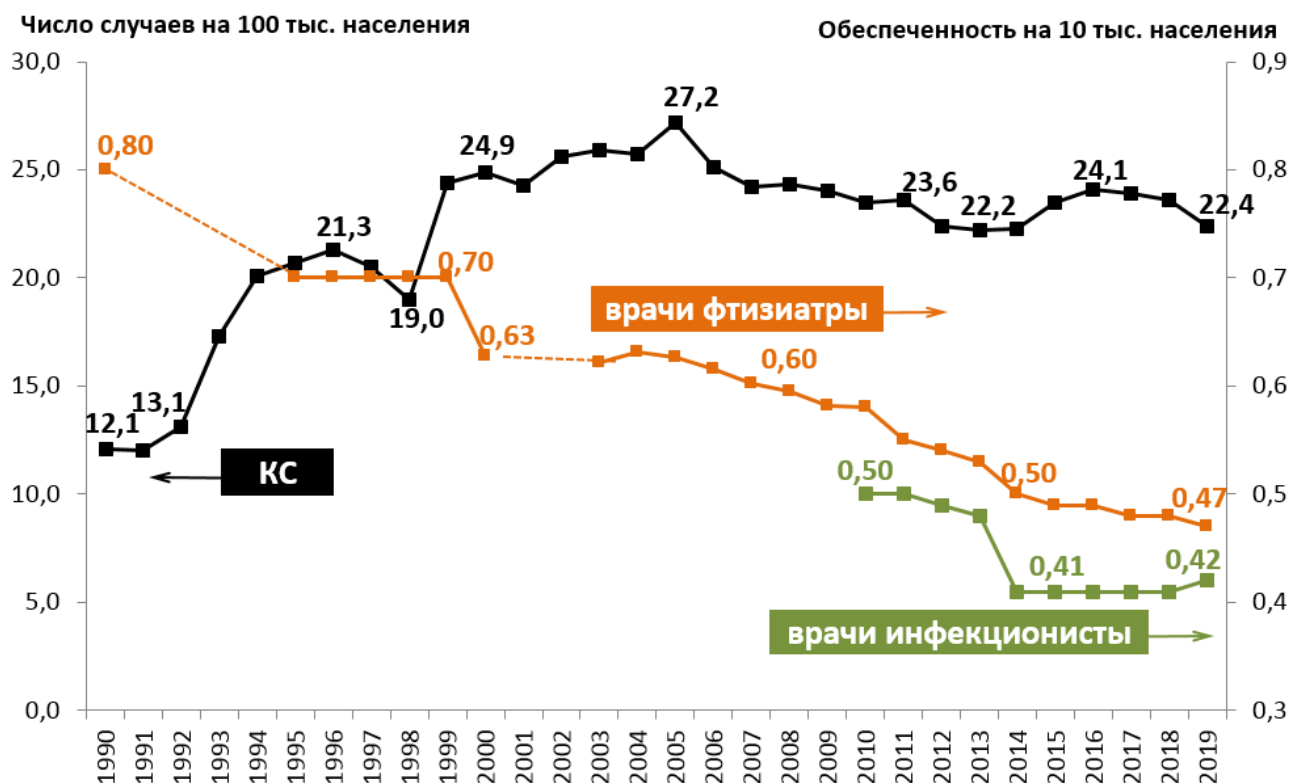
### Обеспеченность стационарными койками инфекционного профиля и врачами-инфекционистами

В РФ с 1990 по 2019 г. на фоне роста смертности от инфекционных болезней обеспеченность инфекционными койками **сократилась в 2,7 раза** (соответственно с 9,4 по 3,5 на 10 тыс. населения). Поэтому в 2020 г. во время эпидемии пришлось строить дополнительные инфекционные больницы, в результате чего, по данным Правительства, коечные мощности **увеличились в 5 раз**<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Расчеты ВШОУЗ на основании данных ВОЗ и ОЭСР.

<sup>4</sup> <http://government.ru/news/42158/>

За этот же период обеспеченность фтизиатрами **снизилась в 1,7 раза**, а обеспеченность врачами-инфекционистами с 2010 по 2019 г. **сократилась на 16%** (рис. 4)<sup>5</sup>.



Источники: сборник Росстата «Здравоохранение России», ЦНИИОИЗ Минздрава России.

**Рис. 4.** Динамика коэффициента смертности от инфекционных болезней и обеспеченности врачами-инфекционистами, врачами фтизиатрами в РФ, 1990-2019 г.

В результате в РФ в 2019 г. сложился существенный дефицит врачей-инфекционистов – **27 %** по сравнению с необходимой штатной численностью (соответственно **6,1 тыс.** и **8,4 тыс.**). В расчете на 1 млн населения – это **42** врача-инфекциониста. В развитых странах при том, что у них в разы ниже заболеваемость и смертность от инфекционных болезней, обеспеченность врачами инфекционистами на 1 млн. населения составляет: **20** - в Германии и Дании, **40** – в Турции и Финляндии, **60** - в Швеции, Швейцарии, Италии и Норвегии.

Дефицит врачей-инфекционистов в РФ во многом связан с низкой оплатой труда врачей в целом по РФ, так их базовый оклад в зависимости от региона составляет 20-35 тыс. руб., а также с высокими рисками здоровью в этой специальности.

### 3. ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ-ИНФЕКЦИОНИСТОВ В РФ

Роль врачей-инфекционистов в повышении качества медицинской помощи и ее эффективности **огромна. Это признают во всех странах. По данным исследований<sup>6</sup>,**

<sup>5</sup> Снижение смертности и заболеваемости от инфекционных болезней / Н.Д. Ющук, Г.Э. Улумбекова и др. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 74 с.: ил.

<sup>6</sup> Schmitt S., et al. Infectious diseases specialty intervention is associated with decreased mortality and lower healthcare costs //Clinical infectious diseases. – 2014. – Т. 58. – №. 1. – С. 22-28.



наличие высококвалифицированного инфекциониста в медицинской организации снижает:

- на **3,8%** - пребывание пациентов в стационаре и на **5,1%** в отделении интенсивной терапии,
- на **3,4%** - стоимость лечения,
- на **13%** - летальность,
- на **8%** - повторные госпитализации.

Однако, уже начиная с 2000 годов, руководители здравоохранения многих стран **бьют тревогу** – снижается число желающих обучаться по инфекционным болезням. Во многом это связано с высокой длительностью обучения и недостаточной оплатой труда врачей-инфекционистов.

В развитых странах средний срок обучения по программе ординатуры составляет **3-5 лет**, при этом практически везде введено обязательное требование для поступления – наличие **минимум 2 лет** ординатуры по внутренним болезням, см. табл. 3 в Приложении. При этом в РФ срок обучения по программе ординатуры составляет **только 2 года**, а требования необходимости предварительного обучения в ординатуре по внутренним болезням – **нет** (можно сразу после окончания вуза).

Программа обучения в ординатуре в развитых странах включает **широкий спектр дисциплин и смежных специальностей** – эпидемиология; общая и клиническая микробиология; лабораторная диагностика; инфекции, передаваемые половым путем; инфекции после пересадки органов и у иммуно-ослабленных пациентов; антибиотикорезистентность; общественное здоровье, использование СИЗ и дезинфекция; медицинская этика; биостатистика; качество и безопасность медицинской помощи. При этом ординатор должен курировать самостоятельно не менее **250 больных** за период обучения.

В РФ число мест по программам ординатуры «инфекционные болезни» ежегодно растет в среднем **на 13%** (за счет средств федерального бюджета). В 2020 г. было утверждено **248 мест**, на 2021-2022 г. - **350 мест**. Однако с учетом старения медицинских кадров, и соответственно их выбытия, может потребоваться большее число мест для подготовки кадров в ординатуре.

#### **4. ДЕЙСТВУЮЩИЕ НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ ПО БОРЬБЕ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

В нижеперечисленных нормативных документах определены стратегические цели борьбы с инфекционными болезнями:

1. Охват населения на выявление ВИЧ-инфекции к 2030 г. – **39%**;
2. Доля лиц с ВИЧ-инфекцией, получающих антиретровирусную терапию, в общем числе лиц с ВИЧ-инфекцией – **95%**;
3. Число новых случаев инфицирования ВИЧ, регистрируемых среди населения – **45,6 тыс.**
4. Заболеваемость острым гепатитом В на 100 тыс. населения – **менее 1 случая**.
5. Снижение заболеваемости туберкулезом к 2025 г. **до 35 случаев** на 100 тыс. населения.

Следует отметить, что в данных документах **не представлены целевые показатели** по снижению смертности и обоснование необходимых ресурсов для этого (просто указано выделенное финансирование).

- Указ Президента РФ от 07.05.2012 N 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»
- Указ Президента РФ от 31.12.2015 N 683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации»
- Указ Президента РФ от 06.06.2019 N 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года»
- Постановление Правительства РФ от 11.03.2011 N 156 «Об использовании бюджетных ассигнований федерального бюджета, предоставленных на закупку иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики в рамках национального календаря профилактических прививок для передачи федеральным учреждениям, оказывающим медицинскую помощь, подведомственным Министерству здравоохранения Российской Федерации, и Федеральному медико-биологическому агентству, а также в собственность субъектов Российской Федерации с последующей их передачей при необходимости в собственность муниципальных образований»
- Постановление Правительства РФ от 28.12.2016 N 1512 «Об утверждении Положения об организации обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, противовирусными лекарственными препаратами для медицинского применения и Положения об организации обеспечения лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, антибактериальными и противотуберкулезными лекарственными препаратами для медицинского применения»
- Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 N 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»
- Постановление Правительства РФ от 28.12.2020 N 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»
- Распоряжение Правительства РФ от 18.09.2020 N 2390-р «Об утверждении Стратегии развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 года»
- Распоряжение Правительства РФ от 21.12.2020 N 3468-р «Об утверждении Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года»
- Распоряжение Правительства РФ от 29.03.2021 N 774-р «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Стратегии развития иммунопрофилактики инфекционных болезней до 2035 года»
- Приказ Минздрава России от 21.03.2014 N 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»
- Приказ Минздрава России от 05.04.2019 N 199 «Об утверждении ведомственной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми инфекционными заболеваниями»



## 5. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

### Выводы

- В РФ сложилась неблагоприятная ситуация со смертностью от инфекционных болезней по сравнению с развитыми странами. СКС от инфекционных болезней **в 3,7 раза выше**, чем в «новых» странах ЕС, близких к нашей стране по уровню экономического развития, а в возрасте 30–44 года - **в 17 раз выше**, чем у них. С 1990 по 2019 г. коэффициент смертности (КС) от инфекционных болезней **вырос в 1,9 раза** и продолжает расти. На этом фоне за этот же период **снижается** первичная и общая заболеваемость инфекционными болезнями (соответственно на 24 и 16%), что говорит о **недостаточном выявлении** заболевших. При этом первичная заболеваемость туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами **в разы выше**, чем в этих странах.
- Во многом неблагоприятные показатели смертности и заболеваемости инфекционными болезнями связаны с сокращением мощностей инфекционной и фтизиатрической службы: с 1990 г. обеспеченность инфекционными койками сократилась **в 2,7 раза** (соответственно с 9,4 по 3,5 на 10 тыс. населения), а обеспеченность врачами-инфекционистами с 2010 по 2019 г. - **на 16%**. Дефицит врачей-инфекционистов в 2019 г. составил **27%**, а обеспеченность ими в расчете на 1 млн населения не выше, чем во многих странах ЕС, несмотря на большую потребность в них в РФ (соответственно 42 и 40–60 на 1 млн населения).
- В целях повышения качества подготовки врачей–инфекционистов в РФ, сроки их подготовки в ординатуре требуют или удлинения с **2-х до 4-х лет**, как в развитых странах, или предъявления дополнительного требования к обучающимся – наличие как минимум 2-х летнего обучения в ординатуре по внутренним болезням или педиатрии.
- Существенные **различия** в смертности и заболеваемости от инфекционных болезней среди регионов РФ и их ресурсной обеспеченности диктуют необходимость применения **дифференцированных подходов** к формированию программы действий.

### Рекомендации

- Для снижения смертности и заболеваемости инфекционными болезнями до уровня «новых» стран ЕС и выполнения целей, поставленных в стратегических документах по борьбе с инфекционными заболеваниями, требуется рассчитать необходимые ресурсы для их достижения, а именно:
  - прогнозируемые потоки пациентов до 2030 г. с учетом проводимых профилактических мероприятий и дополнительных инфекционных угроз;
  - нормативы обеспеченности стационарными койками и врачами-инфекционистами до 2030 г. с учетом необходимости создания резервов;
  - объемы финансовых средств, необходимые для приведения обеспеченности специалистами в области инфекционных болезней до установленных нормативов, в том числе средства на увеличение оплаты труда врачей-ординаторов и врачей-инфекционистов;
  - объемы финансовых средств, необходимые для полного охвата лекарственным обеспечением в амбулаторных условиях пациентов, страдающих

инфекционными заболеваниями, а также капитального и текущего содержания инфекционных больниц.

- Для повышения качества подготовки специалистов в ординатуре по инфекционным болезням потребуется:
  - увеличение числа бюджетных мест;
  - удлинение сроков обучения минимум на 1 год и требование предварительного обучения в ординатуре по базовым медицинским специальностям;
  - дополнительные средства на повышение квалификации профессорско-преподавательского состава кафедр инфекционных болезней (как и всех ППС медицинских вузов);
  - актуализация программ обучения в соответствии с лучшими мировыми стандартами.
- Для решения названных вопросов потребуется большая **конкретизация целей действующих программ** (требуется добавить показатели по снижению смертности от самых распространенных болезней – ВИЧ-инфекции, туберкулез и вирусные гепатиты), а также организация **системы управления во главе с Минздравом России**, в том числе возвращения санитарно-эпидемиологической службы в систему Минздрава. Предварительно необходимо создать рабочую группу с участием специалистов Минздрава, РАН и главных-внештатных специалистов по инфекционным болезням из регионов РФ.

## 6. ПРИЛОЖЕНИЯ

**Табл. 2. Службы, обеспечивающие санитарно-эпидемиологическое благополучие населения в разных странах**

№	Страна	Название службы	Подчинение	Перечень основных функций
1.	РФ	Роспотребнадзор	Правительство РФ	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Разработка норм и правил в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия;</li> <li>– надзор и контроль за их исполнением;</li> <li>– защита прав потребителей, надзор за качеством потребительских товаров и услуг;</li> <li>– научные исследования;</li> <li>– мониторинг санитарно-эпидемиологического благополучия населения.</li> </ul>
2.	Германия <sup>7</sup>	«Институт Роберта Коха» (Robert Koch Institute)	«Федеральное министерство здравоохранения» (Federal Ministry of Health)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– сбор и анализ данных о здоровье населения;</li> <li>– сбор и анализ данных об эпидемической ситуации;</li> <li>– проведение научных исследований и изучение вспышек инфекционных заболеваний;</li> <li>– изучение необычных биопатогенов;</li> <li>– обеспечение готовности к воздействию опасных угроз здоровью человека.</li> </ul> <p>Санитарная инспекция за качеством пищевых продуктов осуществляется отдельным ведомством - Федеральным офисом по защите потребителей и безопасности пищевых продуктов (Federal Office of Consumer Protection and Food Safety), которое подчиняется Министерству пищевой промышленности и сельского хозяйства.</p>
3.	Норвегия <sup>8</sup>	«Норвежский Директорат по Здравоохранению» (Norwegian Directorate of Health) и «Норвежский институт общественного Здоровья» (Norwegian Institute of Public Health)	«Министерство Здравоохранения» (Ministry of Health)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Предотвращение заболеваний и эпидемий;</li> <li>– организация непосредственной борьбы с эпидемиями и чрезвычайными ситуациями;</li> <li>– иммунизация населения;</li> <li>– предотвращение серьезных угроз здоровью человека;</li> <li>– мониторинг инфекционной заболеваемости;</li> <li>– дополнительные функции – разработка стратегии развития здравоохранения и клинических рекомендаций.</li> </ul> <p>Санитарный надзор за качеством пищевых продуктов и лекарств осуществляется отдельным ведомством - Управлением по безопасности пищевых продуктов (Norwegian Food Safety Authority), которое подчиняется Министерству пищевой промышленности и сельского хозяйства</p>
4.	Китай <sup>9</sup>	«Китайский Центр по контролю и предупреждению Заболеваний» (Chinese Center	Национальное Министерство здравоохранения	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Обеспечение безопасной среды и надзор (продукты питания, безопасность медицинских изделий, радиологическая безопасность, охрана окружающей среды, здоровье детей и матерей);</li> <li>– информирование и пропаганда ЗОЖ;</li> </ul>

<sup>7</sup> [https://www.rki.de/EN/Home/homepage\\_node.html](https://www.rki.de/EN/Home/homepage_node.html)

<sup>8</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/english/about-the-norwegian-directorate-of-health#publicmandate> и <https://www.fhi.no/en/about/this-is-the-norwegian-institute-of-public-health/fhis-organisasjon-og-visjon/>

<sup>9</sup> <http://www.chinacdc.cn/en/>

		for Diseases Control and Prevention)	(National Health Commission)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– предотвращение распространения инфекционных заболеваний;</li> <li>– сбор и анализ данных.</li> </ul>
5.	Тайвань <sup>10</sup>	«Тайваньский Центр по контролю над заболеваниями» (Taiwan Centers for Diseases Control)	«Министерство Здравоохранения» (Ministry of Health)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Стратегия снижения смертности от социально-значимых заболеваний (туберкулез, СПИД/ВИЧ);</li> <li>– вакцинация населения, предотвращение распространения сезонного гриппа;</li> <li>– мониторинг острых инфекционных заболеваний, их предотвращение и лечение;</li> <li>– наблюдение, обеспечение готовности и ответ при распространении эпидемий;</li> <li>– карантинные меры на границе;</li> <li>– развитие диагностической службы.</li> </ul> <p>Санитарный надзор за качеством пищевых продуктов и лекарств осуществляется отдельным ведомством - Управлением по надзору за качеством пищевых продуктов и лекарств (Taiwan Food and Drug Administration), которое подчиняется Министерству здравоохранения.</p>
6.	Южная Корея <sup>11</sup>	«Центр по контролю и предотвращению заболеваний» (Korean Center for Disease Control and Prevention)	«Министерство здравоохранения и социального благополучия» (Ministry of Health and Welfare)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Организация мер по предотвращению распространения инфекций;</li> <li>– профилактика заболеваний и оказание помощи пациентам с редкими заболеваниями;</li> <li>– мониторинг данных по инфекционным и неинфекционным заболеваниям;</li> <li>– проведение биомедицинских исследований;</li> <li>– изучение генома и распространения инфекционных заболеваний.</li> </ul> <p>Санитарный надзор за качеством пищевых продуктов и лекарств осуществляется отдельным ведомством - Министерством безопасности лекарств и пищевых продуктов (Ministry of Food and Drug Safety), которое подчиняется Министерству здравоохранения.</p>
7.	Великобритания <sup>12</sup>	«Служба общественного здоровья» (Public Health England)	«Департамент здравоохранения и социальной защиты» (Department of Health and Social Care)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Пропаганда ЗОЖ;</li> <li>– защита населения от рисков здоровью;</li> <li>– подготовка и осуществление борьбы с эпидемиями;</li> <li>– информирование населения и разработка стратегий защиты от возможных угроз;</li> <li>– иммунизация населения, скрининг, поддержка региональных отделений;</li> <li>– анализ данных и проведение научных исследований.</li> </ul> <p>Санитарный надзор за качеством пищевых продуктов осуществляет отдельное ведомство - Агентство по стандартам продуктов питания (Food Standards Agency), подчиняющееся Правительству.</p>
8.	США <sup>13</sup>	«Центр по контролю и профилактике заболеваний» (Center of Diseases Control)	Министерство здравоохранения и социальных служб (United States Department	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Выявление и ответные меры на возникающие угрозы здоровья человека;</li> <li>– разработка программ по снижению смертности и заболеваемости от распространенных болезней;</li> <li>– научные исследования в области предотвращения болезней;</li> </ul>

<sup>10</sup> <https://www.cdc.gov.tw/En/Category/MPage/BImRdhwVTXGxnmKbziHCew>

<sup>11</sup> <http://www.cdc.go.kr/contents.es?mid=a30101000000>

<sup>12</sup> <https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england/about>

<sup>13</sup> <https://www.cdc.gov/about/organization/cio.ht>

			of Health and Human Services)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– пропаганда ЗОЖ;</li> <li>– обучение и подготовка кадров в области общественного здоровья;</li> <li>– мониторинг состояния здоровья населения.</li> </ul> <p>Санитарный надзор за качеством пищевых продуктов и лекарств осуществляет Управление по надзору за качеством пищевых продуктов и лекарств (Food and Drug Administration), которое также подчиняется министерству здравоохранения.</p>
--	--	--	-------------------------------	---

**Таблица 3. Характеристика последиplomного образования по инфекционным болезням в 10 странах мира**

Страна	Длительность обучения	Требования к уровню образования	Кто осуществляет контроль за обучением	Наличие экзамена по окончанию обучения	Какая организация утверждает программу обучения
Австралия	3 года	3 года базового последиplomного обучения и прохождение 1 части экзамена Австралийского Колледжа Врачей	Супервайзер, прошедший обучение и имеющий квалификацию по инфекционным болезням	Нет	Австралийский комитет по аккредитации специалистов, под эгидой королевского колледжа врачей
Канада	2 года	Минимум 3 года обучения в ординатуре по педиатрии или внутренним болезням	Сотрудником медицинского факультета университета прошедшего обучение	Да	Королевский колледж врачей и хирургов Канады
Дания	5 лет	2-5 лет последиplomного обучения (из них 1-5 лет по внутренним болезням)	Старшим врачом	Нет	Национальный совет по здравоохранению
Финляндия	6 лет	Медицинское образование (но многие кандидаты имеют специальность по терапии или вели научную работу)	Старшим лектором	Да	Медицинским факультетом университета
Гонконг	3 года	Последиplomное обучение по внутренним болезням	Старшими специалистами и директорами по программе	Да	Колледж Врачей Гонконга
Польша	5 лет	Ординатура (по внутренним болезням) и вступительный экзамен	Назначенным старшим специалистом	Да	Специальным аккредитационным комитетом
Швеция	5 лет	Диплом врача и ординатура по базовым специальностям (внутренние болезни, педиатрия и хирургия)	Старшим специалистом в сертифицированном центре	Нет (но экзамен в разработке)	Государство
Швейцария	3 года	3 года обучения в ординатуре по внутренним болезням или педиатрии	Старшим специалистом	Да	Швейцарской Ассоциацией Врачей

Великобритания	4 года	Минимум 2 года обучения по общей терапии или педиатрии	Специалистами, утвержденными деканами постдипломного обучения	Оценка на предпоследнем году обучения с исправление недостатков за финальный год обучения	Объединенный комитет по высшему медицинскому образованию через Королевский Колледж врачей Великобритании
США	2 года	Ординатура по внутренним болезням	Ответственность директора программы	Экзамен по суб-специализации, проводимый Американским советом по внутренним болезням	Американский совет по внутренней медицине/Аккредитационный комитет по высшему медицинскому образованию



## 7. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

### Базы данных

1. Европейская база данных о смертности / WHO Mortality Database [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/>
2. ЕМИСС / база данных Росстата [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://fedstat.ru/>.
3. Здоровье для всех / база данных ВОЗ [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://gateway.euro.who.int/ru/hfa-explorer/>
4. Росстат [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.gks.ru/>.
5. Официальный сайт ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://mednet.ru/>.
6. OECD.Stat / база данных ОЭСР [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://stats.oecd.org/>

### Официальные документы

1. Обзор национальных систем постдипломного образования для подготовки инфекционистов European Union of Medical Specialists
2. Cooke F. J., Choubina P., Holmes A. H. Postgraduate training in infectious diseases: investigating the current status in the international community //The Lancet infectious diseases. – 2005. – Т. 5. – №. 7. – С. 440-449.
3. Lemon S. M. et al. (ed.). Ensuring an Infectious Disease Workforce: Education and Training Needs for the 21st Century: Workshop Summary. – 2006
4. Coker R. et al. Системы здравоохранения и проблемы инфекционных заболеваний: Опыт Европы и Латинской Америки. – 2009.
5. Statnews [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.statnews.com/2015/12/08/infectious-disease-match-day/>
6. Брошюра IDSA The Value of an Infectious Diseases Specialist
7. Goldstein E. J. C. et al. The value of an infectious diseases specialist //Clinical infectious diseases. – 2003. – Т. 36. – №. 8. – С. 1013-1017.
8. Schmitt S., et al. Infectious diseases specialty intervention is associated with decreased mortality and lower healthcare costs //Clinical infectious diseases. – 2014. – Т. 58. – №. 1. – С. 22-28.
9. Chandrasekar P., Havlichek D., Johnson L. B. Infectious diseases subspecialty: declining demand challenges and opportunities //Clinical infectious diseases. – 2014. – Т. 59. – №. 11. – С. 1593-1598.
10. Mushtaq A. Training in infectious diseases—any takers? //The Lancet Infectious Diseases. – 2016. – Т. 6. – №. 16. – С. 648-649.
11. Curriculum for Infectious Diseases Training. Joint Royal College of Physicians Training Board [Электронный ресурс].- Режим доступа: <https://www.jrcptb.org.uk/sites/default/files/DRAFT%202021%20Infectious%20Diseases%20curriculum%20240220.pdf>