



COVID-19
ОБЗОРЫ - АНАЛИТИКА
<https://nncooi.kz/>



6 ноября 2020 г.

Статьи публикуются в авторской редакции

COVID-19 ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В МИРЕ

Количество случаев заболевания в мире

Регион	№	Дата первого случая	Страна	Случаев	За послед-ние сутки	Летальных исходов	Летальных исходов за последние сутки
Западно-Тихоокеанский регион	1.	01.12.19	Китай	92121	44	4748	1
	2.	14.01.20	Япония	103838	938	1794	8
			Круизный лайнер «Diamond Princess»	712	0	13	0
	3.	19.01.20	Республика Корея	27195	145	476	1
	4.	23.01.20	Вьетнам	1207	4	35	0
	5.	24.01.20	Сингапур	58043	7	28	0
	6.	25.01.20	Австралия	27643	19	907	0
	7.	25.01.20	Малайзия	36434	1009	277	6
	8.	27.01.20	Камбоджа	292	0	0	0
	9.	30.01.20	Филиппины	389725	1588	7409	42
	10.	28.02.20	Новая Зеландия	1974	1	25	0
	11.	09.03.20	Монголия	353	0	0	0
	12.	10.03.20	Бруней	148	0	3	0
	13.	19.03.20	Фиджи	34	0	2	0
	14.	21.03.20	Папуа-Новая Гвинея	597	0	7	0
	15.	24.03.20	Лаос	24	0	0	0
16.	03.10.20	Соломоновы Острова	13	0	0	0	
Юго-Восточная Азия	17.	12.01.20	Таиланд	3810	6	59	0
	18.	24.01.20	Непал	185974	3051	1052	18
	19.	27.01.20	Шри-Ланка	12570	383	29	5
	20.	30.01.20	Индия	8364086	50210	124315	704
	21.	02.03.20	Индонезия	425796	4065	14348	89
	22.	06.03.20	Бутан	358	0	0	0
	23.	07.03.20	Мальдивы	11893	71	38	0
	24.	08.03.20	Бангладеш	416006	1842	6021	17
	25.	21.03.20	Восточный Тимор	30	0	0	0
	26.	23.03.20	Мьянма	57935	995	1352	22
Европейский регион	27.	25.01.20	Франция	1648989	57837	39088	360
	28.	28.01.20	Германия	619116	21757	11190	162
	29.	29.01.20	Финляндия	17119	189	361	0
	30.	30.01.20	Италия	824879	34502	40192	428
	31.	31.01.20	Великобритания	1126649	24344	48210	378
	32.	31.01.20	Испания	1306316	21908	38486	368
	33.	31.01.20	Россия	1712858	19404	29509	292
	34.	31.01.20	Швеция	141764	4034	6002	5
	35.	04.02.20	Бельгия	468213	14903	12331	205
	36.	21.02.20	Израиль	317863	531	2639	42
	37.	25.02.20	Австрия	132515	7416	1268	41
	38.	25.02.20	Хорватия	59415	2848	683	29
	39.	25.02.20	Швейцария	202504	10128	2628	73

Регион	№	Дата первого случая	Страна	Случаев	За послед-ние сутки	Летальных исходов	Летальных исходов за последние сутки
	40.	26.02.20	Северная Македония	36372	1275	1084	13
	41.	26.02.20	Грузия	49218	2401	401	20
	42.	26.02.20	Норвегия	23229	651	284	2
	43.	26.02.20	Греция	49807	2915	702	29
	44.	26.02.20	Румыния	276802	9714	7540	121
	45.	27.02.20	Дания	52265	1223	733	4
	46.	27.02.20	Эстония	5464	131	73	0
	47.	27.02.20	Нидерланды	397112	6992	7836	88
	48.	27.02.20	Сан-Марино	1043	49	42	0
	49.	28.02.20	Литва	19091	999	186	4
	50.	28.02.20	Беларусь	103295	982	998	3
	51.	28.02.20	Азербайджан	60873	1364	794	14
	52.	28.02.20	Монако	430	18	2	0
	53.	28.02.20	Исландия	5017	28	18	1
	54.	29.02.20	Люксембург	21147	803	177	6
	55.	29.02.20	Ирландия	64046	563	1933	3
	56.	01.03.20	Армения	99563	2413	1476	28
	57.	01.03.20	Чехия	391945	13229	4330	197
	58.	02.03.20	Андорра	5135	90	75	0
	59.	02.03.20	Португалия	161350	4410	2740	46
	60.	02.03.20	Латвия	7119	367	88	3
	61.	03.03.20	Украина	430467	9850	7924	193
	62.	03.03.20	Лихтенштейн	692	33	3	0
	63.	04.03.20	Венгрия	94916	3928	2147	84
	64.	04.03.20	Польша	466679	27143	6842	367
	65.	04.03.20	Словения	41094	1686	471	30
	66.	05.03.20	Босния и Герцеговина	57506	1908	1402	44
	67.	06.03.20	Ватикан	27	0	0	0
	68.	06.03.20	Сербия	55676	2181	861	11
	69.	06.03.20	Словакия	68734	1962	286	25
	70.	07.03.20	Мальта	6764	174	70	5
	71.	07.03.20	Болгария	64591	0	1466	0
	72.	07.03.20	Молдавия	79566	1059	1866	15
	73.	08.03.20	Албания	22721	421	543	7
	74.	10.03.20	Турция	386820	2311	10639	81
	75.	10.03.20	Кипр	5333	233	27	0
	76.	13.03.20	Казахстан	114826	591	1857	0
	77.	15.03.20	Узбекистан	68009	230	579	2
	78.	17.03.20	Черногория	21533	682	328	2
	79.	18.03.20	Киргизия	61309	535	1167	4
	80.	07.04.20	Абхазия	4581	76	47	0
	81.	30.04.20	Таджикистан	11219	39	83	0
	82.	06.05.20	Южная Осетия	1209	68	14	0
Американский регион	83.	21.01.20	США	9606369	126174	234911	1248
	84.	26.01.20	Канада	251338	3635	10381	50
	85.	26.02.20	Бразилия	5612319	22294	161736	630
	86.	28.02.20	Мексика	949197	5567	93772	544
	87.	29.02.20	Эквадор	171783	350	12730	26
	88.	01.03.20	Доминиканская Республика	128824	546	2260	3
	89.	03.03.20	Аргентина	1217028	11100	32766	246
	90.	03.03.20	Чили	516582	1540	14404	64
	91.	06.03.20	Колумбия	1117983	9899	32209	196
	92.	06.03.20	Перу	914722	2935	34730	59
	93.	06.03.20	Коста-Рика	114367	1106	1444	13
	94.	07.03.20	Парагвай	65778	520	1462	8
	95.	09.03.20	Панама	136567	543	2756	12
	96.	10.03.20	Боливия	142201	139	8768	10
	97.	10.03.20	Ямайка	9373	47	217	2
	98.	11.03.20	Гондурас	99124	436	2730	24

Регион	№	Дата первого случая	Страна	Случаев	За послед-ние сутки	Летальных исходов	Летальных исходов за последние сутки
	99.	11.03.20	Сент-Винсент и Гренадины	76	1	0	0
	100.	12.03.20	Гайана	4393	69	130	0
	101.	12.03.20	Куба	7184	40	129	0
	102.	13.03.20	Венесуэла	93921	441	819	5
	103.	13.03.20	Тринидад и Тобаго	5774	10	111	1
	104.	13.03.20	Сент-Люсия	106	1	0	0
	105.	13.03.20	Антигуа и Барбуда	130	0	3	0
	106.	14.03.20	Суринам	5225	5	112	0
	107.	14.03.20	Гватемала	109849	702	3766	14
	108.	14.03.20	Уругвай	3309	64	61	0
	109.	16.03.20	Багамские Острова	6882	39	150	0
	110.	17.03.20	Барбадос	239	0	7	0
	111.	18.03.20	Никарагуа	5591	77	157	1
	112.	19.03.20	Гаити	9109	9	232	0
	113.	18.03.20	Сальвадор	34782	767	997	5
	114.	23.03.20	Гренада	30	0	0	0
	115.	23.03.20	Доминика	57	7	0	0
116.	23.03.20	Белиз	3905	0	64	0	
117.	25.03.20	Сен-Китс и Невис	19	0	0	0	
Восточно-Средиземноморский регион	118.	30.01.20	ОАЭ	138599	1289	508	3
	119.	14.02.20	Египет	108530	201	6329	11
	120.	19.02.20	Иран	654936	8772	36985	406
	121.	21.02.20	Ливан	89186	2089	683	7
	122.	23.02.20	Кувейт	129638	795	799	5
	123.	24.02.20	Бахрейн	82786	162	328	1
	124.	24.02.20	Оман	117167	320	1286	11
	125.	24.02.20	Афганистан	41935	121	1554	6
	126.	24.02.20	Ирак	489571	3701	11175	47
	127.	26.02.20	Пакистан	340251	1376	6923	30
	128.	29.02.20	Катар	133619	249	232	0
	129.	02.03.20	Иордания	95864	4630	1069	40
	130.	02.03.20	Тунис	66334	1971	1577	65
	131.	02.03.20	Саудовская Аравия	349386	450	5489	18
	132.	02.03.20	Марокко	240951	5641	4059	77
	133.	05.03.20	Палестина	56672	582	508	4
	134.	13.03.20	Судан	13943	0	837	0
135.	16.03.20	Сомали	4229	0	107	0	
136.	18.03.20	Джибути	5599	19	61	0	
137.	22.03.20	Сирия	6040	76	305	4	
138.	24.03.20	Ливия	65440	853	907	7	
139.	10.04.20	Йемен	2063	0	601	0	
Африканский регион	140.	25.02.20	Нигерия	63508	180	1155	0
	141.	27.02.20	Сенегал	15668	18	326	0
	142.	02.03.20	Камерун	22103	0	429	0
	143.	05.03.20	Буркина-Фасо	2550	11	67	0
	144.	06.03.20	ЮАР	732414	1866	19677	92
	145.	06.03.20	Кот-д'Ивуар	20789	11	126	0
	146.	10.03.20	ДР Конго	11450	0	315	0
	147.	10.03.20	Того	2442	36	57	0
	148.	11.03.20	Кения	59595	1008	1072	21
	149.	13.03.20	Алжир	60169	642	2011	12
	150.	13.03.20	Гана	48788	145	320	0
	151.	13.03.20	Габон	9005	0	55	0
	152.	13.03.20	Эфиопия	98391	510	1508	5
	153.	13.03.20	Гвинейская Республика	12363	32	73	0
	154.	14.03.20	Мавритания	7777	33	165	1
	155.	14.03.20	Эсватини	5967	12	117	0
	156.	14.03.20	Руанда	5192	18	36	1

Регион	№	Дата первого случая	Страна	Случаев	За послед-ние сутки	Летальных исходов	Летальных исходов за последние сутки
	157.	14.03.20	Намибия	13090	44	133	0
	158.	14.03.20	Сейшельские Острова	157	0	0	0
	159.	14.03.20	Экваториальная Гвинея	5092	3	85	2
	160.	14.03.20	Республика Конго	5348	0	92	0
	161.	16.03.20	Бенин	2745	0	43	0
	162.	16.03.20	Либерия	1440	2	82	0
	163.	16.03.20	Танзания	509	0	21	0
	164.	14.03.20	ЦАР	4866	0	62	0
	165.	18.03.20	Маврикий	453	1	10	0
	166.	18.03.20	Замбия	16770	72	349	0
	167.	17.03.20	Гамбия	3681	1	120	0
	168.	19.03.20	Нигер	1226	1	69	0
	169.	19.03.20	Чад	1529	12	99	0
	170.	20.03.20	Кабо-Верде	9149	96	97	2
	171.	21.03.20	Зимбабве	8444	17	248	0
	172.	21.03.20	Мадагаскар	17111	0	244	0
	173.	21.03.20	Ангола	12102	289	299	3
	174.	22.03.20	Уганда	13568	217	117	0
	175.	22.03.20	Мозамбик	13391	108	97	2
	176.	22.03.20	Эритрея	484	4	0	0
	177.	25.03.20	Мали	3633	24	137	0
	178.	25.03.20	Гвинея-Бисау	2414	0	42	0
	179.	30.03.20	Ботсвана	7835	1193	27	3
	180.	31.03.20	Сьерра-Леоне	2371	2	74	0
	181.	01.04.20	Бурунди	606	0	1	0
	182.	02.04.20	Малави	5940	6	184	0
	183.	05.04.20	Южный Судан	2943	0	59	0
	184.	06.04.20	Западная Сахара	10	0	1	0
	185.	06.04.20	Сан-Томе и Принсипи	958	0	16	0
	186.	01.05.20	Коморы	557	3	7	0
	187.	13.05.20	Лесото	1963	0	44	0
ВСЕГО				48607037	618883	1232363	8795

<https://www.rospotrebнадзор.ru/>

COVID-19 ОГРАНИЧЕНИЯ В МИРЕ

Ограничительные меры в странах с наибольшим приростом за последние сутки: последние нововведения

Индия.

Въезд в страну. Продлена приостановка регулярных международных авиаперелетов до 30.11, ограничение не распространяется на полеты, разрешенные управлением гражданской авиации. Все иностранцы за 72 часа до прибытия должны заполнить форму на сайте аэропорта Нью-Дели и согласиться на прохождение 7-дневного платного карантина и последующей 7-дневной самоизоляции. От карантина могут быть освобождены приехавшие на похороны, имеющие серьезное заболевание, беременные и родители, сопровождающие детей младше 10 лет, а также лица, представившие по прибытии отрицательный тест ПЦР, проведенный не позднее 96 часов прилёта. *Комендантский час, массовые мероприятия и работа общественного транспорта.* В наименее поражённых регионах разрешено передвижение людей в ночное время. Возобновлена работа метро в Дели. *Торговля, сфера услуг, инфраструктура развлечений, парки, спортзалы.* Возобновилась работа школ йоги и спортзалов. С 15.10 открыты кинозалы, театры и выставки (не более 50% посадочных мест), бассейны для тренировок спортсменов. Открыт для посещения Тадж-Махал, разрешены собрания до 100 человек. *Учебные заведения.* Колледжи, школы и другие учебные заведения закрыты (за исключением части школ, куда на добровольной основе могут ходить ученики в возрасте 14-17 лет). С 15.10 по решению местных властей возможно открытие образовательных учреждений.

США.

Ограничительные меры отличаются **не только в каждом штате, но и в разных частях одного и того же штата.** **Последние нововведения** описаны ниже:

Въезд в страну или регион страны. Запрещён въезд для иностранцев, находившихся в предшествующие 14 дней в Иране, Китае и Бразилии (для всех лиц), в странах Шенгенского соглашения, Великобритании и Ирландии (для всех, кроме отдельных категорий граждан – студентов, инвесторов и т.д.). Прекращён скрининг прибывших из стран

повышенного риска (термометрия, осмотр, анкетирование) из-за неэффективности указанных процедур; снято ограничение на количество аэропортов для приезжих из стран с высоким риском. На отдельных территориях (в частности, округ Колумбия) прибывшие в страну должны пройти 14-дневную самоизоляцию. Продлено закрытие границ с Мексикой и Канадой до 21.11.20 г. Люди, прибывающие на территорию Нью-Йорка обязаны самоизолироваться на 3 дня (кроме приезжих из соседних штатов). *Торговля, сфера услуг, инфраструктура развлечений, парки, спортзалы.* Рестораны, церкви открыты по всей стране, спортзалы остаются закрытыми лишь в некоторых районах штата Нью-Йорк. Кинотеатры не работают в Нью-Мексико и Нью-Йорке.

Великобритания.

Введена новая трёхступенчатая система ограничений. *Въезд в страну.* Въезжающие в страну обязаны пройти 14-дневную самоизоляцию (за исключением прибытия из ряда отдельных стран). *Комендантский час, массовые мероприятия и работа общественного транспорта.* Отсутствует комендантский час. В общественных местах обязательно ношение масок. *Торговля, сфера услуг, инфраструктура развлечений, парки, спортзалы.* На большей части территории страны действует «средний» уровень ограничений: бары и рестораны должны быть закрыты к 22.00 по всей стране, запрещены собрания более 6 человек в домах, парках и ресторанах, при спортивных занятиях, более 15 человек на свадьбах и 30 - на похоронах. В Лондоне, Манчестере, Ливерпуле и Престоне действует «высокий» уровень ограничений: закрыты бары, спортзалы, запрещён контакт лиц, не проживающих совместно. С 5.11 по 02.12 действует новый этап ограничений: все пабы, бары, организации сферы гостеприимства и развлечений, а также рестораны закрыты (разрешена работа навынос). Все непродовольственные магазины и те, что торгуют не жизненно важными товарами, закрыты. Запрещаются любые заграничные поездки, за исключением командировок. Передвигаться внутри страны также не рекомендуется, исключение составляют поездки по работе.

Франция.

Въезд в страну. Разрешён въезд из европейских стран, Австралии, Канады, Грузии, Японии, Новой Зеландии, Руанды, Сербии, Южной Кореи, Таиланда, Туниса, Уругвая без последующей самоизоляции. Приезжие из других стран обязаны предоставить медсертификаты и/или пройти самоизоляцию (зависит от категории страны). *Комендантский час, массовые мероприятия и работа общественного транспорта.* С 30.10 действует режим самоизоляции по всей стране (как минимум до 01.12): запрещено выходить из дома без специального разрешения, кроме посещения работы, продуктовых магазинов и прогулок вблизи дома. Также запрещён выезд из региона проживания. Максимально возможное число работников предприятий должно быть переведено на удалённую работу. Действует комендантский час с 21.00 до 6.00 в Париже и ещё в нескольких департаментах. В стране обязательно ношение масок в общественных местах для лиц старше 6 лет. *Торговля, сфера услуг, инфраструктура развлечений, парки, спортзалы.* Ночные клубы, ярмарки и выставки закрыты до последующего уведомления. Закрыты развлекательные заведения, бары и рестораны (работа навынос разрешена), отменены массовые мероприятия, школы и детские сады продолжают свою работу.

Италия.

В стране действует чрезвычайное положение (ориентировочно до 31.01.21). *Въезд в страну.* Запрещён въезд из стран с неблагоприятной эпидобстановкой. При въезде необходимо соблюдать 14-дневный карантин (за исключением отдельных стран, при въезде из которых необходимо предъявить результаты теста). *Комендантский час, массовые мероприятия и работа общественного транспорта.* С 05.11 действует комендантский час с 22.00. В общественных местах, транспорте обязательно ношение масок. Общественный транспорт работает в обычном режиме. Запрещено отдаляться от дома более чем на 500 м, кроме отдельных случаев. Частные вечеринки запрещены, похороны и свадьбы могут посещать до 30 гостей. *Торговля, сфера услуг, инфраструктура развлечений, парки, спортзалы.* Рестораны и отели могут возобновить работу в «зелёных» зонах при строгом соблюдении мер безопасности (заведения со столиками должны быть закрыты к 18.00). Приостановлены все виды танцевальных мероприятий. Запрещены занятия групповыми видами спорта (не для профессиональных спортсменов). С 26.10 до 24.11 закрываются все спортзалы, бассейны, театры, спа и игровые залы. Количество людей за одним столиком в ресторане сократилось до 4. Студенты и школьники переведены на дистанционное обучение. Торговые центры работают только по будням.

Польша.

Введённые меры могут отличаться в разных регионах. *Въезд в страну.* Въезд разрешён исключительно для отдельных категорий граждан. *Комендантский час, массовые мероприятия и работа общественного транспорта.* Комендантский час отсутствует. В общественных местах, транспорте обязательно ношение масок. В общественном транспорте должно быть занято не более 50% сидячих мест. *Торговля, сфера услуг, инфраструктура развлечений, парки, спортзалы.* С 24.10 вся территория находится в «красной» зоне: дети до 16-ти лет с 8:00 до 16:00 смогут выходить на улицу только под присмотром взрослых. Заведения общественного питания работают только на вынос, также правительство полностью закрыло санатории и ввело запрет на любую деятельность в группах более пяти человек. С 7.11 (ориентировочно до 29.11) будут закрыты все непродовольственные магазины и учреждения культуры, гостиницы смогут принимать только командированных, все школьники переходят на дистанционное обучение.

Германия.

Ограничения отличаются в разных регионах страны. *Въезд в страну.* При въезде из стран с неблагоприятной эпидситуацией и отсутствии результатов ПЦР-исследования необходима 14-дневная изоляция. *Комендантский час, массовые мероприятия и работа общественного транспорта.* Комендантский час отсутствует. В общественных местах, транспорте обязательно ношение масок. Общественный транспорт работает в обычном режиме. В такси

пассажирам запрещено размещаться на переднем сидении. *Торговля, сфера услуг, инфраструктура развлечений, парки, спортзалы.* С 02.11 на месяц введены новые ограничения: закроются рестораны (разрешена работа навынос), театры, фитнес-клубы. В общественных местах будет разрешено встречаться представителям максимум двух домохозяйств. Отелям будет запрещено принимать туристов, работа магазинов станет возможна при условии соблюдения ряда мер.

Испания.

Ограничительные меры принимаются в регионах страны в зависимости от эпидемиологической ситуации.

Въезд в страну. Разрешён въезд иностранцам с последующей 14-дневной изоляцией (кроме граждан отдельных стран). *Комендантский час, массовые мероприятия и работа общественного транспорта.* По всей стране с 25.10 действует комендантский час (с 23.00 до 6.00, предварительно – на 15 дней). Часть территорий (Сегрия и Галиция, Каталония, Наварра и др.) ограничили въезд и выезд. В общественном транспорте обязательно ношение масок по всей стране, в Мадриде – во всех общественных местах. Каталония ввела запрет на собрания более 15 человек. С 02.10 вступили в силу новые ограничения: на территориях автономного сообщества Мадрид запрещено собираться группами более 6 человек, снижена до 50% пропускная способность магазинов, кафе и бары должны быть закрыты до 23.00, вводятся ограничения на работу автошкол, спортзалов и религиозных заведений. *Торговля, сфера услуг, инфраструктура развлечений, парки, спортзалы.* В Барселоне прекращена работа пляжей, театров. По всей стране закрыты ночные заведения.

Бразилия.

Ограничительные меры принимаются в каждом штате в зависимости от эпидемиологической ситуации. **Последние нововведения** описаны ниже:

Въезд в страну. Страна открыта для авиасообщения и туризма. Въезд через сухопутные или морские границы иностранцам закрыт. *Комендантский час, массовые мероприятия и работа общественного транспорта.* Обязательно ношение масок в Сан-Паоло, Рио-де-Жанейро, Белу-Оризонти и Бразилиа. *Торговля, сфера услуг, инфраструктура развлечений, парки, спортзалы.* В Рио-де-Жанейро большая часть штата находится в жёлтой зоне (увеличение проходимости туристических мест до 50%, ограниченная работа торговых центров, заполнение ресторанов до 50% вместимости, запрет на командные виды спорта). Правительство штата разрешило проведение корпоративных мероприятий, конгрессов, ярмарок и съездов в Рио-де-Жанейро при соблюдении ограничения в 1/3 от общей вместимости зала. В штате Сан-Паулу с отсутствием территории «красной» фазы, большая часть штата находится в жёлтой зоне – могут работать рестораны, магазины и сфера услуг на 40% возможностей; очная учёба в школах возобновилась.

<https://www.rospotrebnadzor.ru/>

Как мотивируют медперсонал в Казахстане в борьбе с коронавирусом

В последние дни поступает много вопросов на тему компенсаций и выплат медработникам. Что делается Министерством здравоохранения в сфере защиты и мотивации медицинского персонала в борьбе с пандемией коронавируса, пояснила вице-министр здравоохранения РК Асем Нусипова. Об этом передает МИА «Казинформ».

«Как всем известно, по поручению руководства страны Правительством проделана большая работа по максимальному обеспечению безопасности условий труда и материальному вознаграждению всех медицинских работников, задействованных в проведении противоэпидемических мероприятий в рамках борьбы с COVID-19», - написала Асем Нусипова Facebook. По ее информации, министерство продолжает работу по ежемесячным выплатам к основной заработной плате медработников по трем группам риска заражения: «Очень высокого риска» - врачи, средние и младшие медработники инфекционных стационаров, включая отделения реанимации. К основной заработной плате они получают 850 тысяч тенге (20 МЗРП); «Высокого риска» - врачи, средние и младшие медработники провизорных стационаров и скорой помощи. К основной заработной плате они получают 425 тысяч тенге (10 МЗРП); «Среднего риска» - врачи, средние и младшие медработники карантинных стационаров, санитарные врачи (госслужащие), водители скорой помощи и др. К основной заработной плате они получают 212,5 тысячи тенге, (5 МЗРП). «К примеру, среднемесячный доход врача-инфекциониста составляет в настоящее время 1 002 289 тенге, из них заработная плата – 152 289 тенге, стимулирующие надбавки к заработной плате – 850 000 тенге. При этом отмечу, что категории работников были расширены персоналом мобильных бригад и медицинских работников силовых структур (МО, МВД, КНБ и СГО), а также судебной медицины и Управления делами Президента РК. Мы также прорабатываем вопросы по расширению контингента медицинского персонала, который сможет претендовать на получение этих надбавок», - отметила она. Вице-министр также напомнила, что всего на эти цели с марта по сентябрь этого года были произведены выплаты на общую сумму 84,4 млрд тенге. Помимо этого, по поручению Главы государства поддержана бюджетная заявка Министерства здравоохранения на финансирование надбавок до конца текущего года в рамках уточнения республиканского бюджета на 2020 год. Это дополнительно 137 млрд тенге. «Для продолжения данной политики стимулирования в 2021 году мы ходатайствовали перед Министерством финансов о выделении 120 млрд тенге на первое полугодие следующего года.

Надеемся на положительное решение этой заявки. Безусловно, много вопросов вызвало решение Межведомственной комиссии вокруг отмены выплат компенсаций медработников по случаю заражения КВИ и летальным исходам. В первую очередь необходимо отметить, что Министерство здравоохранения вместе со всем обществом глубоко скорбит по безвременно ушедшим коллегам и выражает искренние соболезнования их семьям, родным и друзьям. В то же время, в министерстве проводится большая работа по исправлению допущенных ошибок. Всего по стране с момента объявления пандемии число заразившихся работников здравоохранения составило 12 983 чел. Из них региональными комиссиями, которые возглавляются заместителями акимов регионов по социальным

вопросам было подтверждено 72% заявок, или 9 300 случаев заболеваемости ковидом и пневмонией при осуществлении профессиональной деятельности. По состоянию на 24 октября 2020 года по подтвержденным случаям заболевания COVID-19 при профессиональной деятельности компенсацию получили все 9 300 медицинских работников, что составило 100% из числа подтвержденных заявок. При этом 3 683 заявки были отклонены региональными комиссиями по вердикту: «В связи с отсутствием фактического подтверждения их вовлеченности в проведение противоэпидемических мероприятий по борьбе с коронавирусной инфекцией COVID-19». При этом, региональные комиссии одобрили 186 заявок от семей погибших медиков, по которым летальность связана с осуществлением профессиональной деятельности, что составило 100% от общего числа. Следует помнить, что за всеми этими цифрами стоит самоотверженный и героический труд тысяч наших медработников в борьбе с пандемией коронавируса. Несомненно, что этот труд должен быть вознагражден», - продолжила Асем Нусипова. Она также рассказала, какие проблемные вопросы были выявлены при организации выплат компенсаций медработникам. «Первое. В период пикового подъема заболеваемости в июне – июле текущего года, все ресурсы системы здравоохранения и местных исполнительных органов были приоритетно направлены на выявление, локализацию и оказание медицинской помощи населению.

К сожалению, на этот двухмесячный период приходится 75% всех случаев заболеваний работников системы здравоохранения. Существовавший лимит человеческих ресурсов не позволил своевременно проводить мероприятия по расследованию случаев заражения, с чем связано позднее внесение необходимых документов на рассмотрение региональных комиссий. Тут важно отметить, что, помимо медработников, количество заболевших сотрудников службы СЭС и облздравов, а также самих членов комиссий доходило до 80%. Второе. Ввиду частой доработки клинических протоколов (а это порядка 13 пересмотров) и критериев диагностики COVID-19 - отсутствовали единые подходы к кодированию заболеваемости вероятных случаев, т.е. вирусной пневмонии по клиническим и эпидемиологическим признакам, не исключающим коронавирусную инфекцию. Неправильное кодирование случаев является одной из наиболее частых причин отклонения заявок на уровне региональных комиссий. Как известно, Главой государства 17 июля 2020 года, была поставлена задача определиться со статистикой по пандемии коронавирусной инфекции. Президент поручил обратить внимание на случаи пневмонии, помимо общепринятого статистического учета случаев коронавируса. В этой связи, с целью обеспечения максимальной прозрачности данных по случаям COVID – 19 и пневмонии, Министерством здравоохранения были определены новые подходы к учету и формированию статистических данных. С учетом проведенных технических консультаций с Европейским региональным бюро ВОЗ Министерством здравоохранения РК было принято решение о переходе к кодированию и учету случаев COVID – 19 по новым кодам международной классификации болезней с 1 августа 2020 года. Таким образом, наряду с лабораторно подтвержденными случаями COVID – 19 начали учитывать случаи пневмонии с отрицательным результатом ПЦР-теста, но имеющие клинические и эпидемиологические признаки COVID – 19. До этого времени в Казахстане, как и в большинстве стран осуществлялся учет только лабораторно подтвержденных случаев COVID – 19. Поэтому 22 июля 2020 года были внесены изменения в приказ в части расширения его применения к вероятным случаям (вирусным пневмониям), которые распространяются на случаи возникшие до 1 августа 2020 года. Таким образом, возможность получить выплаты появилась дополнительно у 2 тысяч медработников. Третье. Сложности определения источника заражения при проведении эпидрасследований.

Это было обусловлено дефицитом специалистов санэпидслужбы, и неготовностью к работе с нарастающим объемом случаев заражения не только среди медработников, но и среди всего населения в целом. В частности, чрезвычайно высокая контагиозность COVID-19 и наличие множества нелокализованных очагов (места проживания, транспорт, общественные места), весьма затруднили достоверное определение места заражения», - подчеркнула вице-министр. Министерством здравоохранения РК и местными исполнительными органами принимаются необходимые меры, для того чтобы обеспечить безопасные условия труда всех медицинских работников. В необходимом количестве медработники обеспечиваются средствами индивидуальной защиты и дезсредствами (запас на три месяца): количество одноразовых защитных костюмов - на 82 дня (3 месяца); количество многоразовых защитных костюмов - на 12 дней; количество одноразовых масок – на 101 день (3,5 месяца); количество респираторов (всех видов) - 34 дня; количество одноразовых перчаток – 37 дней; количество антисептиков (в литрах) – на 76 дней. Принимаются меры по безусловному соблюдению санитарно-эпидемиологических норм в медицинских организациях (разделение на «чистую» и «грязную» зоны, разделение потоков людей и др). Помимо этого, Министерством здравоохранения совместно с местными исполнительными органами реализуется комплекс мер по подготовке ко второй волне коронавирусной инфекции. Ведутся работы по закупу медицинского оборудования, санитарного автотранспорта, строительству и модернизации инфекционных больниц. В том числе - в настоящее время возводятся 13 модульных инфекционных больниц оснащенных современным оборудованием в 11 областных центрах (Акмолинской, Алматинской, Карагандинской, Кызылординской, Северо-Казахстанской, Атырауской (2), Туркестанской, Западно-Казахстанской, Костанайской, Мангистауской, Павлодарской областях) и в городе Алматы (в дополнение к ранее построенной модульной больнице). Также открываются 3 инфекционные стационара в Восточно-Казахстанской и Жамбылской областях путем репрофилирования пустующих зданий с полным оснащением в рамках средств местных бюджетов. При этом, с учетом предыдущего опыта, в новых больницах будут предусмотрены дополнительные площади для улучшения условий труда медицинского персонала и все палаты будут обеспечены кислородным оборудованием. В целях минимизирования контакта при осмотре пациентов и обеспечения дистанционного мониторинга состояния их здоровья, больницы дополнительно оснащаются информационным оборудованием. После стабилизации эпидемиологической ситуации КВИ, все эти больницы будут использоваться для работы в составе многопрофильных стационаров.

Она также объяснила, что предпринято в плане технического оснащения больниц и доступа сельского населения к диагностике и лечению. «На сегодня закуплены 53 рентген-аппарата отечественного производства, которые позволят на 100% обеспечить сельские больницы и поликлиники. В целях организации профилактических медицинских осмотров жителям сельских населенных пунктов закуплены 100 единиц передвижных медицинских комплексов отечественного производства оснащенные необходимым медицинским оборудованием (рентген-аппаратами, УЗИ, ЭКГ и гинекологическим смотровым оборудованием). Приняты меры по дооснащению кислородными концентраторами и подведению медицинских газов к объектам здравоохранения в рамках средств местных бюджетов, а также за счет

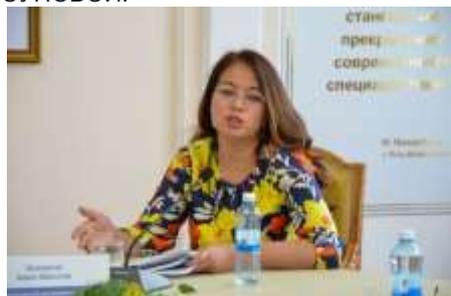
средств общественных и благотворительных фондов. Кроме того, в 15 регионах страны (Акмолинская, Актюбинская, Алматинская, Атырауская, Восточно-Казахстанская, Жамбылская, Западно-Казахстанская, Кызылординская, Костанайская, Карагандинская, Мангистауская, Павлодарская, Северо-Казахстанская, Туркестанская области и г. Шымкент) в рамках средств местных бюджетов в действующих инфекционных больницах закуплены и вводятся в эксплуатацию 64 централизованных кислородных станции. Дополнительно закуплены 2 619 стационарных аппаратов ИВЛ, в том числе 1 500 аппаратов отечественного производства (в настоящее время в инфекционных и провизорных стационарах в наличии имеются 4 635 аппаратов ИВЛ). В рамках исполнения поручения Главы государства по сокращению времени доезда скорой помощи до пациентов в 2020 году служба скорой медицинской помощи оснащается 1 167 единицами санитарного автотранспорта отечественного производства через механизм финансового лизинга АО «БРК-Лизинг».

Для оказания своевременной медицинской помощи в городах Нур-Султан, Алматы и Шымкент в апреле были построены модульные инфекционные больницы, которые были максимально загружены в период всплеска инфекции. Эти меры позволяют повысить доступность и качество оказания медицинской помощи в условиях пандемии, обеспечить безопасность персонала и пациентов. В заключение хочу отметить следующее. На III заседании Национального совета общественного доверия от 27 мая текущего года Глава государства отметил необходимость постепенного повышения заработной платы врачам с доведением к 2023 году до 2,5 раза к средней заработной плате в экономике. В этой связи, в проекте Закона О республиканском бюджете на 2021-2023 годы Министерством здравоохранения предусмотрены расходы на повышение зарплаты врачам и среднему медицинскому персоналу: в 2021 г. - 156,8 млрд.тенге; в 2022 г. - 255,1 млрд.тенге, в 2023 г. - 393,1 млрд.тенге. Также за счет средств ОСМС будут направлены расходы на повышение заработной платы врачам и среднему медицинскому персоналу: в 2021 г. - 65,5 млрд. тенге; в 2022 г. - 106,6 млрд.тенге; в 2023 г. - 164,4 млрд.тенге. Общая сумма расходов на повышение заработной платы 247 тыс. медицинским работникам составит в 2021 году – 222,3 млрд.тенге; в 2022 году – 361,7 млрд.тенге; в 2023 году – 557,5 млрд.тенге. Предусмотренные средства в рамках ГОБМП и ОСМС будут доведены до медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь путем увеличения тарифов на медицинские услуги, включая и частные организации. Таким образом, соотношение средней заработной платы врача к средней заработной плате в экономике к 2023 году составит 2,5 раза. При этом, размер средней заработной платы с учетом всех стимулирующих выплат врача составит в 2021 году - 320 тыс. тенге, в 2022 году - 416 тыс. тенге, в 2023 году -561 тыс.тенге. Среднего медицинского персонала: в 2021 году - 166 тыс.тенге, в 2022 году -183 тыс. тенге, в 2023 году -201 тыс.тенге. К примеру, средняя базовая зарплата работника на ставку без учета стимулирующих выплат увеличится в 2021 году в сравнении с 2020 годом: в стационаре: с 185,5 до 244 тысяч тенге (32%); в амбулаторно-поликлинической помощи: с 180 до 240 тысяч тенге (33%) Средняя зарплата среднего медицинского работника на одну ставку без учета стимулирующих выплат увеличится в 2021 году в сравнении с 2020 годом: в стационаре: с 133 до 155 тысяч тенге (16%); в амбулаторно-поликлинической помощи: с 129 до 154 тысяч тенге (20%).

https://www.inform.kz/ru/kak-motiviruyut-medpersonal-v-kazahstane-v-bor-be-s-koronavirusom_a3715596

Прямым текстом: кому надбавки, а кому - ...

Почему все-таки отменили компенсации медикам, заразившимся коронавирусом на работе, и семьям скончавшихся от этой заразы эскулапов? С чьей подачи было принято такое решение? Кто еще может войти в список получающих надбавки за работу в ковидной зоне риска? Об этом — в эксклюзивном интервью вице-министра здравоохранения Асем НУСУПОВОЙ.



Две недели назад первый вице-министр здравоохранения Марат ШОРАНОВ заявил, что с 20 октября будет отменен прием заявок на социальную выплату медикам - речь идет о 2 млн тенге, которые получали врачи и медсестры, переболевшие ковидом (если доказано, что они заразились на рабочем месте), и 10 млн тенге, которые полагались родственникам умерших от вируса медработников.

Я не встретила — во всяком случае пока - ни одного человека, который бы положительно отреагировал на новость об отмене этих выплат, появившуюся в момент, когда вся страна ждет очередной волны коронавируса. Парламентарии потребовали вернуть эту выплату, эксперты в очередной раз заговорили об оттоке кадров и демонстрации

отношения государства к медикам, пациенты посочувствовали. Попытки Минздрава объяснить причины этого решения оборачивались скандалами. Мы решили еще раз поговорить на эту тему (тем более, что она не сходит с повестки) с вице-министром здравоохранения Асем Нусуповой.

- Асем Бековна, я обсуждала эту тему с врачами. Некоторые из них не верят, что родное министерство могло так с ними поступить. Поэтому предлагаю начать с главного, на мой взгляд, вопроса: кто предложил отменить эти выплаты? Минздрав?

- Мы совершенно искренне говорим: Министерство здравоохранения всячески стоит на стороне медиков. Наша главная задача – поддержать их в такое сложное время. Это наш самый ценный и главный ресурс в борьбе с вирусом. Приказ, согласно которому был предусмотрен порядок осуществления единовременной социальной выплаты работникам в случае их заражения коронавирусной инфекцией, был совместным (с Министерством труда и социальной защиты населения). И на утрату он был поставлен межведомственной комиссией. Не было какой-то инициативы или ходатайства.

Почему было принято это решение? У нас есть другая система поддержки медиков – стимулирующие надбавки к заработной плате. Они остаются и, как вы знаете, выплачиваются по трем группам риска. Первая группа очень высокого риска (персонал инфекционных стационаров, в том числе реанимационных отделений) – они получают 850 тысяч тенге к основной зарплате. Вторая – высокого риска (средние и младшие медработники провизорных стационаров, врачи и фельдшеры скорой помощи) – 425 тысяч тенге. Третья – среднего риска (врачи, средние и младшие медработники карантинных стационаров, санитарные врачи, водители скорой помощи) – 212,5 тысячи тенге. В частности, с марта по

сентябрь были произведены выплаты надбавок медикам на общую сумму 84,4 млрд тенге. Межведомственная комиссия принимала во внимание, что эта политика будет продолжаться.

- Стимулирующие надбавки медики получали, начиная с марта. И это не мешало делать выплаты заразившимся и умершим врачам. Значит, именно сейчас произошло что-то, что стало причиной их отмены. Что же это было?

- Что произошло? Мы имели огромные проблемы с этим вопросом (с выплатой компенсаций заразившимся и родственникам умерших медиков. – О.А.) и провели большую работу над ошибками. С момента объявления пандемии 12 983 медика заразились коронавирусом или пневмонией. В 9300 случаях это произошло в момент осуществления профессиональной деятельности. Это было подтверждено региональными комиссиями – все эти случаи оплачены. От семей погибших медиков (здесь я выражу глубокие соболезнования всем, кого это коснулось) поступило 186 заявок. И здесь тоже сто процентов случаев мы оплатили.

- Вы уверены, что выплаты коснулись ста процентов медиков, переболевших ковидом? Есть люди в белых халатах, которые считают, что они безусловно не получили эту компенсацию.

- Мне об этом известно. 3683 заявки были отклонены региональными комиссиями. Я понимаю, что это неприятно слышать. Но есть такая фраза: в связи с отсутствием фактического подтверждения их вовлеченности в проведение противоэпидемиологических мероприятий по борьбе с коронавирусной инфекцией. Это вердикт региональных комиссий.

- Вы не будете пересматривать эти решения?

- Не будем.

- И все же ответьте на вопрос: от какого из министерств, входящих в межведомственную комиссию, исходила инициатива отменить этот приказ? Не могла же эта мысль прийти в голову всем одновременно.

- Я понимаю, что для вас это может быть принципиально, но какое в настоящее время это имеет значение? Решение коллегиальное, и оно, повторюсь, основано на том, что мы продолжаем политику по стимулирующим надбавкам.

- Объясню, почему для меня это так важно. Первое, о чем я подумала, когда увидела эту новость: свои своих под танки бросают...

- Хочу вас уверить в том, что это не так! Не нужно это так трактовать. В настоящее время случаи заражения ковидом на работе и (не дай бог) гибель медика должны рассматриваться как ЧП. Государство обеспечило медицинские организации средствами индивидуальной защиты, в больницах сделано все, чтобы соблюдались санитарно-эпидемиологические нормы, произошло разделение на чистые и грязные зоны и прочее. Это не тот случай, что кто-то принципиально не захотел выплачивать компенсации. Если возможности государственного бюджета были бы более широкими, то, наверное, мы могли бы совмещать и практику выплат, и практику стимулирующих надбавок.

- Кажется, вы только что ответили на мой вопрос, касающийся реальной причины принятия этого решения: «Если возможности государственного бюджета были бы более широкими...». На выплаты медикам потратили большие средства, бюджет не резиновый, времена тяжелые - я правильно понимаю?

- Я уверена, что никто никогда не ставил бы финансы выше интересов и жизни медицинского работника. Хочу, чтобы мы осознали, что государство должно создать условия для безопасной работы медицинских сотрудников и действенные механизмы их поддержки.

- И эти условия повсеместно созданы? Я сейчас не только о крупных городах говорю, но и об обычных районных больницах...

- Я не могу утверждать, что все это на сто процентов выполняется, но система господдержки медиков направлена именно на это. Никто, конечно, не застрахован, что где-то могут быть случаи (заражения. – О.А.), но это, повторяю, будет классифицироваться как ЧП.

Система стимулирующих выплат признана более эффективной в плане поддержки медиков. Лучше направить ресурсы в эту сферу. В настоящее время мы будем рассматривать возможность расширения контингента групп риска для того, чтобы большее количество медицинских работников могли получать надбавки к зарплате. В частности, это может коснуться службы первичной медико-санитарной помощи. Постараемся максимально обсудить этот вопрос с врачами - нам очень важно их профессиональное мнение. Думаю, в ближайшее время мы внесем на обсуждение предложение о расширении перечня этих категорий.

- Почему, по какой логике отмена выплат должна привести к снижению случаев заражения и смерти медиков от ковида?

- Отмена выплат должна повысить ответственность главного врача медучреждения и санитарно-эпидемиологической службы. Очень многое зависит от мер безопасности – все должны это понимать. 75 процентов заражения врачей пришлось на июнь и июль, когда был пиковый подъем заболеваемости. Лимит человеческих ресурсов не позволил своевременно проводить мероприятия по расследованию случаев заражения, не везде были надлежащие средства защиты, в какой-то степени была растерянность и неготовность.

Почему нас так много критиковали и вы, журналисты, и мажилис? В какой-то момент система администрирования дала сбой. Были случаи, когда в региональные комиссии не вносили ни одного случая заражения, потому что никто не мог определить, где это произошло – дома или на работе. Средства ГФСС (государственный фонд социального страхования. – О.А.), за счет которого были выплачены компенсации, это тоже средства налогоплательщиков. А это порядка 20 млрд тенге! И эти расходы нужно обосновать. Все это и породило проблемы, связанные с выплатой компенсаций. Большим усилием воли мы собрались и в течение очень короткого времени обработали 12 тысяч заявок.

- И как вам это удалось? Несколько месяцев Минздрав не мог это сделать - вы сами только что перечислили кучу причин. Министерство покритиковали (президент сказал про выплаты, спикер мажилиса) - и вы каким-то чудесным образом обработали все эти заявки.

- Нет, не чудесным образом. Поверьте, это был колоссальный труд, мы и регионы мобилизовали все ресурсы! Работали и днем, и ночью. Не потому что кто-то боялся дисциплинарных взысканий.

- Вы сами сказали, что в июне и июле не всегда был понятен источник заражения. Как же члены региональных комиссий определяли его через несколько месяцев?

- Лично я этим не занималась, но, насколько знаю, служба санитарно-эпидемиологического контроля и в целом система администрирования улучшили подходы к своей работе. Да, возможно были какие-то погрешности, но думаю, что региональные комиссии подошли к этому вопросу максимально ответственно. Я хочу, чтобы вы поняли: мы

рассмотрели не потому, что нас кто-то покритиковал. Мы сели и скрупулезно отработали, понимая, что вопрос поддержки врачей очень важен для нас и для общества в целом.

- **Давайте начистоту: вы же рассмотрели этот вопрос так быстро именно потому, что Минздрав покритиковали.**

- Несомненно, критика была уместной и справедливой. Да, будем честны, она тоже подтолкнула нас к этой работе. Но нельзя сказать, что мы работали только из-за этого. Главное - что мы это сделали. Не нужно забывать, что ресурсы Министерства здравоохранения тоже ограничены. Мы ведь занимаемся комплексом самых разных вопросов, связанных не только с ковидом.

- **Ваш коллега, вице-министр здравоохранения Марат Шоранов, говорил, что теперь в случае заражения медиков средства на компенсацию могут выделять медорганизации, в которых они работают, профсоюзы или местные исполнительные органы. Разве у больниц, профсоюзов или даже акиматов есть на это деньги?**

- Я не могу говорить о местных исполнительных органах, скажу о больницах. Конечно, для них это будет тяжело. Давайте изучим правовую базу. Больницы финансируются за счет фонда социального медицинского страхования. В законе сказано, что средства фонда могут быть использованы главным образом на оплату услуг, связанных с оказанием медицинской помощи. То есть средства фонда (а именно за счет них на 90 процентов финансируются медорганизации) не могут пойти на выплату компенсаций. Скажем об этом прямым текстом.

Есть еще один нюанс. В статье 122 Трудового кодекса говорится о компенсации работнику, если его жизни или здоровью был причинен вред в связи с исполнением им трудовых обязанностей. Но ее размер не может превышать 250 МРП – это 694,5 тысячи тенге. То есть мы видим, что в текущем законодательстве нет механизмов, которые бы позволяли производить эти выплаты. Выплата компенсаций - это волевое решение главы государства. Сейчас же мы не имеем права выплачивать компенсации такого рода за счет больниц.

- **В таком случае почему об этом на всю страну заявляет господин Шоранов?**

- Я не знаю точно, каким был контекст его интервью. Может быть, речь шла о средствах, которые больницы получают за счет платных медуслуг? Но мы проанализировали ваш вопрос и поняли, что, к сожалению, возможности широкого использования (механизма выплаты компенсаций. – О.А.) за счет средств работодателя у нас нет.

- **Тогда давайте скажем прямо: выплат заразившимся и родственникам умерших медиков больше не будет.**

- Возможно, какие-то единичные случаи и будут рассмотрены, но уже не столь повсеместно и не так широко. Опять-таки я не могу это гарантировать. Мы возвращаемся к первому вопросу: принято решение идти по пути выплаты надбавок к зарплатам. При уточнении бюджета на эти цели будет выделено порядка 136,8 млрд тенге. Давайте признаем, что это довольно ощутимо.

В 2021 году мы также планируем сохранить эту систему поддержки, и уже ходатайствовали перед Министерством финансов о том, чтобы на ближайшие полгода при первом уточнении бюджета на эти цели было выделено около 120 млрд тенге.

- **Я тоже повторюсь: это был бы железный аргумент, если бы этих надбавок раньше не было.**

- Жизнь не стоит на месте: средства защиты есть, мобильные группы работают, повышена мощность ПЦР-лабораторий. Да, нас критикуют. Но нельзя говорить, что при прочих равных условиях мы взяли и отменили выплаты. В целом в текущем году на борьбу с ковидом только Министерству здравоохранения было выделено более 300 млрд тенге.

Государство вложило большие деньги в инфекционную безопасность. Теперь будем работать над тем, чтобы предвосхищать случаи заражения. Вполне вероятно, к этому вопросу (выплат компенсации. – О.А.) могут вернуться, время покажет. Но для нас крайне важно, чтобы жизнь и здоровье врачей были в полной безопасности.

https://time.kz/articles/ugol/2020/11/03/primamym-tekstom-komu-nadbavki-a-komu?fbclid=IwAR1xJHSM4qCHVU_uF4MJZ9vacZqEyEcb6pQgrJn_8UISSBq-uWMELNDa8

Толбай Рахыпбеков: «Пара недель — и начнется всплеск заболеваемости»

Сообщения о второй волне, мутирующем вирусе, локдаунах, карантинах и даже комендантском часе заполнили мировое информационное пространство. Статданные от казахстанского Минздрава тоже неутешительны – количество зараженных коронавирусной инфекцией растет. Хочется верить, что Казахстан проскочит вторую волну, но пока это выглядит маловероятным.



Узнать реальную ситуацию мы решили у кандидата медицинских наук, профессора, президента Ассоциации «Primary Health Care» Толбая Рахыпбекова.

Будет ли вторая волна?

— Толбай Косиябекович, как думаете, вторая волна в Казахстане неизбежна?

— Вторая волна в Казахстане неизбежна... Рядом горит Россия. На востоке Казахстана уже фиксируются завозные случаи заражения. И вторая волна будет более сложная, чем то, что было летом.

— Почему?

— Потому что надвигается сезон простуд, гриппа, ОРВИ, пневмоний. Трудно будет диагностировать, следовательно, будет сложнее выработать тактику по лечению больных.

Вы видите, что происходит в Европе уже сейчас? Но Европа далеко, а вот Россия рядом. Мне звонили друзья из Новосибирска. Предупреждают, чтобы готовились ко второй волне.

— **И когда нам ее ждать?**

— Как говорит нам Министерство здравоохранения, вторая волна придется на декабрь-январь, но мне кажется — раньше. По моим наблюдениям, она вот-вот начнется. Пара недель, и начнется всплеск заболеваемости.

— В мае нас уверяли, что система здравоохранения готова к встрече с коронавирусом, но в июне-июле случился коллапс: число зараженных и умерших росло, был дефицит всего – лекарств, СИЗов, мест в больницах, не хватало медработников. Как Вы оцениваете подготовку системы здравоохранения ко второй волне? Не наступим на те же грабли?

— Первую волну борьбы с коронавирусом проиграл не только Казахстан. Проиграл весь мир. Даже представители Всемирной организации здравоохранения говорят, что они не были готовы дать своевременные и быстрые ответы на те вызовы, с которыми столкнулись медики во всем мире. В связи с этим, что можно сказать о готовности казахстанской системы здравоохранения и в целом правительства... Все неоднозначно.

— **Но печальный опыт-то учтен?**

— Конечно, сделано очень много: достраиваются 13 инфекционных комплексов, переоборудовываются больницы, проводится централизованный кислород, закуплены ИВЛ, передвижные диагностические центры. По мнению Минздрава все готово. Есть двухмесячный запас СИЗов, лекарств. Есть опыт борьбы с коронавирусом на уровне ПМСП (первичная медико-санитарная помощь — ред.) и стационаров. Но не все еще сделано.

— **Что именно Вас беспокоит?**

— Меня беспокоит, что не все сделано для безопасности медработников в первичной системе здравоохранения. Проще говоря, в отношении работников поликлиник. Летом они массово выбывали из строя. В некоторых коллективах оставалось всего 30% сотрудников. Многих медсестер на работу мужа не отпускали. Были и такие, кто ради собственной безопасности брали больничные.

— **Как это?**

— Было такое, врач не болен, но уходит на больничный. Но это, правда, были единичные случаи.

Так что, возвращаясь к вопросу готовности, первое, что следует навестывать, это обеспечить безопасность медработников. И защита их — не только в наличии средств индивидуальной защиты. Я не знаю, по каким методикам проводили расчеты в Минздраве, что пришли к выводу: все необходимое есть в нужном объеме.

— **А о каких расчетах речь?**

— Все требует расчета, так как на все требуются деньги. Например, должны быть алгоритмы по тому же использованию СИЗ: через какое время нужно менять маски, перчатки, противочумные костюмы, в каком объеме должны быть дезинфицирующие средства и прочее.

Но еще надо понимать, что средства защиты, как сказал один представитель ВОЗ, и я с ним согласен, это лишь верхушка айсберга. Нужна профилактика инфекционных заболеваний, это первое. И второе – инфекционный контроль. В этом направлении предлагается восемь эффективных шагов или восемь программ. Например, такие: один сотрудник, обученный противоинфекционному контролю, должен обучить других, или должны быть разработаны СОПы – стандартные операционные процедуры.

— **Поясните, пожалуйста, что это значит.**

— Это касается действий как медработников, так и пациентов. Например, зашел пациент в поликлинику или больницу, он должен знать, что с ним должно там происходить, все должно быть расписано в алгоритмах. К сожалению, не везде все разработано.

Следующий этап: весь медицинский персонал должен пройти обучение противоинфекционному контролю. Это сейчас проводится.

ПМСП (первичная медико-санитарная помощь) представляет собой общенациональный подход к здоровью и благополучию, основанный на нуждах и предпочтениях отдельных людей, семей и сообществ. Она охватывает более широкие детерминанты здоровья и основное внимание уделяет целостным и взаимосвязанным аспектам физического, психического и социального здоровья и благополучия.

Первичная медико-санитарная помощь предусматривает комплексную заботу о здоровье человека на протяжении всей его жизни, а не лечение набора отдельных заболеваний. Она обеспечивает получение людьми всестороннего обслуживания — от мер по укреплению здоровья и профилактики болезней до лечения, реабилитации и паллиативного ухода — как можно ближе к своей повседневной среде.

Первичная медико-санитарная помощь предоставляется в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в плановой и неотложной формах.

Но еще нужен эпиднадзор на уровне ПМСП в раннем выявлении вспышек инфекционных заболеваний. И это касается не только ковида. Очень важно, чтобы были информационные системы слежения за заболевшими и контактными. Необходимо точно знать, где кто находится в данный момент в режиме онлайн. Где находится больной, которому сделали анализ. Т.е. надо видеть индикаторы эффективности работы ПМСП.

— **Нечто подобное было введено в Южной Корее еще в марте. Но что это конкретно дает?**

— Это позволяет регулировать распределение потоков в тех же поликлиниках, чтобы не было скученности пациентов. Можно даже выстраивать маршруты их передвижения. На мой взгляд, это все пока не готово или слабо готово.

— **То есть это уже речь о защите пациентов?**

— Да. В контексте защиты медработников необходимо параллельно вести защиту пациентов, чтобы больной в больнице или поликлинике был защищен. Это имеет большое значение. Именно из-за этого в первую волну наша Ассоциация настояла на отказе от дневных стационаров, потому что это могло привести к перекрестному заражению.

Или вот везде утверждали, что на лекарства нужны рецепты, но я считаю, на период ЧП следовало отменить продажу лекарств по рецептам. Пусть люди покупают то, что считают нужным в данный период. Это более безопасно, чем ходить в поликлинику за рецептом. По этому моменту до сих пор идут споры. Но, думаю, если дойдет дело до ЧП, у людей будет возможность покупать лекарства без рецептов. Потому что мы доказали, что не во всех аптеках есть системы по приему электронных рецептов.

И все же хочу повторить: при подготовке ко второй волне эпидемии защита медработников и пациентов еще до конца не готова, не отработана.

COVID-19 – вызовы и уроки

— **Есть ли диалог между Минздравом и, например, вашей Ассоциацией?**

— Есть, и это положительный момент. Например, наша ассоциация совместно с Медицинским университетом Караганды провели 27-28 октября конференцию «COVID-19 – вызовы и уроки для ПМСП». Она была посвящена сразу нескольким событиям — 42-летию Алма-Атинской декларации по ПМСП, 90-летию академика Торегельды Шарманова и 70-летию Медицинского университета Караганды.

В конференции приняли участие 192 участника из 52 стран, в среднем активно участвовали от 500 до 600. На конференции делились опытом борьбы с COVID в постсоветских странах и странах Восточной Европы. Все это происходило при участии Минздрава Казахстана и Фонда социального медицинского страхования.

В конференции участвовал и министр здравоохранения Алексей Цой. Доклады делали на конференции министры и их заместители из разных стран.

В рамках конференции мы провели круглый стол, где наши эксперты, представители нашей ассоциации прямо с рабочих мест, фактически с поля боя, докладывали, что у них есть, чего не хватает, с какими барьерами они сталкиваются.

— И какие сводки были с «поля боя»?

— Например, о том, что до сих пор не реализовано наше предложение об организации сортировочных палаток. Летом в приемных покоях скапливалось по 10-15 машин «Скорой помощи», их не принимали, так как не хватало мест в больницах. Вот тогда мы и предложили: надо организовать сортировочные палатки или внутри помещения сделать аналог этому. Чтобы «Скорая помощь» могла там оставить пациента, после чего там в течение часа ему сделали бы ПЦР, КТ, рентген – определили, к какой группе заболевших он относится, и направили бы уже после этого кого в реанимацию, кого в другую больницу, а кого-то и домой. Если бы еще была единая информационная система, то уже бы было известно, в какой больнице есть свободное место.

Но этого так и не сделали. Мы настаиваем на необходимости организовать сортировочные блоки.

— Зима на носу, наверное, с палатками уже не актуально?

— Да, сейчас палатками не обойтись, но можно теплые модули предусмотреть, это необходимо.

Второе, что хотел бы отметить, это стационары на дому. Мы это тоже обсудили в ходе конференции. Обсудили протокол лечения при таком подходе. Летом этого не было, а сейчас мы уже готовы к этому. Также обсудили протокол амбулаторного лечения.

И да! Есть еще одно слабое место. Постковидная реабилитация. Мы хотели бы, чтобы при стационарах были организованы отделения сестринского ухода на дому. Не в поликлиниках, а именно при стационарах. Например, больной поступает в реанимацию, вывели его из критического состояния, поместили в палату интенсивной терапии, затем в общее отделение, потом его выписывают. Но вот на последнем этапе, выписке, мы предлагаем больницам его переводить в отделение сестринского ухода на дому.

— Фактически пациент продолжает лечение уже на дому, но числится в этом отделении?

— Да. И лекарства для этого пациента остаются бесплатными. А в случае ухудшения состояния его вновь положат в стационар. Пока этого не сделано, но мы настаиваем, что это необходимо.

— Почему вы настаиваете?

— Было много случаев, когда из-за большой нагрузки из стационара выписывают подлеченного пациента, что увеличивало нагрузку на систему ПМСП, в которой итак был уже дефицит кадров.

— Есть положительные примеры, которые уже внедрены?

— Мы организовали мобильные бригады, которые обслуживали стационары на дому, и они стали сильной стороной нашей системы. Мы предложили организовать эти бригады еще в марте, но приказ по ним вышел только 16 июля. Сейчас мобильные бригады есть, работают, и мы можем в случае необходимости сформировать до тридцати таких бригад. К этому мы более-менее подготовились снизу. Сверху необходимо до конца решить вопрос по оплате работы этих бригад со стороны Фонда медицинского страхования или в рамках гарантированного лечения на ковид.

— Да, реально хорошее решение.

— Еще сильной стороной нашей системы, и, к слову, больше нигде в мире этого не применяли, стала переадресация звонков в «Скорую помощь» на онлайн-консультантов. Как было раньше? Звонит больной или родственник в «Скорую», а ему говорят: «Вы 52 на очереди, к вам смогут приехать через 5 часов». Мы предложили, чтобы диспетчер скорой помощи, объяснив пациенту, что ждать придется долго, предложил перевести его на онлайн-консультанта. И таким образом в одной районной больнице Алматинской области до 100% снимались выезды бригад, что разгружало «Скорую помощь». Она оставалась для реально тяжелых больных. Но до сих пор на эту практику приказа нет. Только согласовывается, только готовится.

— Моя личная благодарность за это нововведение. У меня была ситуация в сентябре, когда я не знала, как быть с заболевшей мамой. И в «Скорой» меня переключили на терапевта-пульманолога, которая объяснила мне, что делать дальше.

— Да, это реально работает. Хотелось бы, чтобы решения принимались быстрее. Но, видимо, пока ответственные люди изучают: правильно это или неправильно. Но считаю, что это наша фишка, наша изюминка, и ее можно применять и в мирное время, а не только во время эпидемии.

Еще сильная сторона казахстанской ПМСП — интегрированные медицинские и социальные слуги. Скажем, социальный работник в момент вспышки эпидемии развозит лекарства. Мы добились, чтобы 5 лекарственных препаратов министерство утвердило, и наши мобильные бригады развозили их. Но там есть недоработанный момент. Мобильные бригады за один раз всем не могут развести, а их услуги оплачиваются только один раз. Плюс пациенты в повторном осмотре нуждаются. Надо заложить оплату хотя бы четырех визитов. Но вопрос тоже не решен, и мы его тоже обсуждали на конференции в Караганде.

Кстати, мы сами пришли к пониманию необходимости таких мобильных бригад, но оказывается подобное уже есть в Узбекистане, Германии, Италии.

— Из кого формируются мобильные бригады?

— Их состав определяется поликлиникой. Там могут быть врач, медсестра. При необходимости психолог.

К слову! Очень большую помощь оказывали психологи. У многих людей был страх смерти, страх ожидания этой болезни. Это все ухудшало состояние людей, особенно у хронических больных. Было много тех, кто не мог справиться с потерей близкого человека. В общем, было много людей, которых необходимо было выводить из депрессивных

состояний. Сейчас же мы знаем, что большая часть болезней имеет психосоматическое происхождение. Психологи тоже, кстати, давали онлайн-консультации.

Вопрос денег — болезненный

— В соцсетях активно обсуждается вопрос, что врачам больше не будут выплачивать надбавки. А как стимулировать врачей?

— Это очень болезненный вопрос. На медработниках нельзя экономить. Президент дал 150 миллиардов и сказал — на повышение зарплат медицинских работников. Но наше министерство забыло туда вписать психологов и социальных работников, а они находятся в команде семейного врача. Было бы хорошо, если бы президент сказал — на повышение зарплат работников системы здравоохранения. А сейчас вот такая формулировка привела к тому, что кого-то игнорируют. Типа президент сказал медработникам, и на этом точка. Где разумный подход? Почему Министерство здравоохранения до сих пор не решило этот вопрос?

— А в чем проблема?

— У психологов разное же образование. Есть те, кто с медицинским образованием, а есть и не с медицинским. И все они не обязательно медработники, но они работники системы здравоохранения, поэтому они тоже должны быть включены в систему повышения заработной платы медработников согласно поручению президента. Социальные работники тоже могут быть с другим образованием. Этот вопрос везде ставим, его надо срочно решать.

В общем, вторая волна неизбежна, все сложности впереди. Нам всем к ней надо готовиться. Мы на конференции все обсудили, министр Цой присутствовал, так что он в курсе всего. Думаю, будут приниматься адекватные меры. Сейчас закупают для одной сельской амбулатории санитарный транспорт, это хорошо. Но если у нас будет 30 мобильных бригад, надо уже сегодня акиматам иметь план, у каких госведомств забрать машины и отдать под мобильные бригады.

То есть должен быть уже готовый план на экстренный случай. Пока же его ни по одному региону не смогли добиться. Хотя был положительный опыт в летнюю волну. Первым передал автомобиль аким Кызылорды, Мангистауская область быстро отреагировала, Тюлькибаский район, город Усть-Каменогорск. Среагировал бизнес. «Бипэк Авто» из Усть-Каменогорска передали 100 автомобилей с полным содержанием водителей. Были акимы, которые передали машины, но без содержания, хотя могли бы взять на себя обеспечение зарплатой водителей и бензином. Надо, чтобы люди понимали: нужна всенародная помощь.

Адекватная зарплата снимет кадровый вопрос

— В начале нашего разговора Вы уже говорили, что необходимо сохранить и заинтересовать медицинский персонал. Мое личное мое наблюдение, что поликлиники комплектуются по остаточному принципу. Вроде бы врачей разгрузили, им не надо заполнять кучу бумаг, поставили компьютеры, но система виснет, в итоге опять уходит много времени.

— По моим наблюдениям, в поликлиниках перестроились хорошо. Что касается комплектации ПМСП кадрами, скажем так, все покажет время. Сегодня вроде бы не хватает врачей, медсестер. Они уходят, потому что нет адекватной заработной платы даже в мирное время. Вот стали платить хорошо в инфекционных госпиталях, и врачи не хотят уходить оттуда! Говорят, готовы там работать даже в качестве санитарок. Поэтому дайте хорошую зарплату врачу, медицинской сестре, и в поликлиниках все заработает.

Еще надо по государственному смотреть на роль врача, надо освобождать его от лишней работы. А сейчас информационная система наоборот его нагружает. Это неправильно, когда на прием отводится 6 минут, но при этом еще 15 минут врач занимается заполнением карты больного. По этому вопросу мы тоже провели совещание с Департаментом информатизации Минздрава, составили дорожную карту. Так что работаем и по этому вопросу, где-то понимаем друг друга, где-то нет.

К вопросу компьютеризации в медучреждениях, где виснут системы, и врач вынужден терять свое время на ожидание. Большая проблема, что никто у врача не спрашивает: «А что ему нужно для нормальной работы?»

Например, главный санитарный врач издает постановление: сделать ПЦР беременным, через 10 дней — диспансерным, потом тем, кто сидит в СИЗО, потом еще кому-то. И это не согласовано ни с Минздравом, ни с ФОМС — и это все не оплачивается! И таким маленьким организациям с 10-13 тысячами населения должны на сегодняшний день по 6-7 миллионов тенге! До сих пор это не оплачено. Поэтому внутри системы здравоохранения тоже нет сотрудничества.

У меня есть вопрос: учитывали ли в Министерстве здравоохранения, что следует обеспечивать и частные организации, которые участвуют в госзаказе, то есть в системе Фонда социального медицинского страхования?

— Да, сейчас часть населения прикреплена к частным организациям.

— Приведу пример. В Жезказгане 85% ПМСП — частные, но они все работают в системе госзаказа. 100 тысяч населения там бесплатно лечатся. И вот только сейчас решается вопрос перераспределения.

Я до сих пор не получил информации, те же СИЗ будут им тоже распределены или нет? Им должны быть предоставлены и бесплатные лекарственные препараты, чтобы они могли развозить по больным. Это очень большой вопрос. Должно быть одинаковое отношение ко всем медучреждениям, которые находятся в системе медстрахования, они должны получать государственную поддержку в период ЧП, во время пандемии именно от государства. Собственных средств на закуп ни у кого нет, потому что их нет в тарифах. Или дайте тарифы. Это, скажем, 1000 тенге на каждого жителя в стране, тогда они сами будут себя обеспечивать. Тогда не нужны будут централизованные закупы.

— Все сложно, а ведь люди не только ковидом болеют...

— И это так! На конференции выступала Меллита Якаб, руководитель географически удаленного офиса (ГУО) ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи, и она говорила, что следует помнить: да, во время вспышки ковида все силы брошены на борьбу с ним, но люди не перестают рожать, поэтому надо вести беременных, принимать роды. Люди продолжают попадать в аварии, случаются инфаркты, инсульты вне зависимости от того, есть ковид или нет.

И тут важно понимать, как нести вторую часть вместе с ковидом. Но здесь больше вопросов, чем ответов. Это сейчас активно обсуждается

Поэтому сказать, что ко второй волне все готово, я не могу. Но самое главное, что начали разрабатываться Республиканским центром развития здравоохранения СОПы — стандартные операционные процедуры. Сегодня они

сделаны по обслуживанию беременных и новорожденных, потому что после родов нельзя обойтись онлайн-консультацией.

— **То есть с новорожденными в поликлиники будут приходить?**

— Есть хороший опыт с патронажными сестрами. Правда, на конференции говорили, что патронажным сестрам запрещали ходить в поликлиники, они посещали новорожденных, минуя поликлиники, не пересекались в поликлиниках с больными. И по итогу ни сами медсестры, ни дети не заболели. Получается, предоставив патронажным сестрам средства индивидуальной защиты и машины, решается вопрос с наблюдением за новорожденными.

— **Много еще проблем...**

— Да, как часы поликлиники пока не работают. Мы предлагали еще летом, чтобы за счет местных бюджетов были реконструированы фильтры, палаты и изоляторы внутри поликлиник. Чтобы в «красной зоне» был флюорограф хотя бы, если нет КТ. Мы предлагаем организовать межрайонный консультативно-диагностический центр на селе, чтобы не возили людей в областной центр за 500 километров. Увы, этого не сделано, и опять будет ажиотаж.

— **Сейчас заметно улучшилась ситуация со «Скорой помощью». На звонки реагируют, бригада приезжает быстро. Во всяком случае, многие отмечают этот факт. Это «остров стабильности» или там тоже есть свои подводные камни?**

— «Скорая помощь» приказом Минздрава разделена на четыре категории. Четвертую категорию, которая неотложная, должна обслуживать поликлиника. Но все перепуталось во время ковида. Сегодня стало ясно, что этот приказ надо менять. Если диспетчера скорой будут переключать людей на онлайн-консультации, то это разгрузит «Скорую помощь».

Еще за лето надо было построить подстанции «Скорой помощи». Но это не сделано или сделано не в должном объеме. И если в городе вопрос со «Скорой», в целом, решен, то на селе еще далеко до идеала. «Скорая помощь» на селе принадлежит областным станциям, они оторваны от центральных районных больниц, мы предлагали отдать их обратно, но до сих пор не сделано это. А это срочно надо делать. За всю систему здравоохранения в районе должна отвечать районная больница.

Да, в «Скорой помощи» научились более менее оперативно реагировать, но нерешенных вопросов еще много.

Пандемия — испытание для всех

— **Летом помимо ковида Казахстан накрыла «непонятная пневмония». Хотелось бы знать ваше мнение по поводу пневмонии с признаками коронавирусной инфекции. Это все-таки ковид или нет?**

— По нашим диагностическим показателям считается, что ковид определяется ПЦР. По данным экспертов ВОЗ, даже ковид дает 50 на 50 положительный результат по тесту. Поэтому по результату ПЦР тоже нельзя дать стопроцентный ответ, что это ковид. Все усложняется и тем, что сейчас мы будем наблюдать его мутированную форму. Из Европы уже приходят сообщения о новом штамме.

Есть температура, кашель, потеря обоняния, я не говорю сейчас о других симптомах, — относим к ковиду. Всем КТ невозможно сделать. Во всех алгоритмах диагностики, в протоколах клинических исследований сделаны разные уровни, к какой степени тяжести относится заболевание, есть специальные индикаторы.

Мы, когда обсуждали этот вопрос, приняли решение о том, что не только врачи и медицинские сестры, но и все население сейчас должно знать как можно больше о ковиде, о его особенностях. Чтобы население не ориентировалось на фейковые сообщения из социальных сетей.

— **И как это сделать? Нас так долго приучали к тому, чтобы не занимались самолечением...**

— Мы поставлены в такие условия, что люди должны понимать, как реагировать на болезнь. И, возможно, Минздраву, наряду с подачей информации о том, сколько человек заболело, сколько умерло, надо начать обучать население ориентироваться в амбулаторных протоколах, тогда оно будет знать, как надо начинать лечение, тогда не будет ажиотажа в аптеках. Не будет большого желания попасть в стационар.

— **Кто должен взять на себя обучение?**

— Сейчас мы переориентируем нашу систему ПМСП, чтобы она обучала население кризисным протоколам, которые актуальны на сегодняшний день. Протоколы меняются, и к этому надо тоже быть готовыми. Нужны стандарты, алгоритмы. Мониторинг вести. СМИ подключать, чтобы у людей было как можно больше информации. Это очень важно.

Вот смотрите, мы летели «Эйр Астаной», и что я вижу? Проверяют всех в одних и тех же перчатках. Мужчина начинает меня щупать, но я ему не даю этого делать, я его заставляю меня перчатки или обрабатывать! Но это же не я должен делать? За этим должна следить какая-то структура.

— **Получается работники служб должны быть этому обучены?**

— Да. В том же самолете разделений на два метра нет. Всех заставляют надевать маски, но когда кормят — все маски снимают. Можно же вообще отменить кормление. Никто не умрет от голода на самолетах, которые летают на внутренних рейсах по Казахстану. А в поездах что творится... Мы боремся только с тоями, сиделками в кафе, а что творится в поездах! Там нет никакого соблюдения эпиднорм. Хотя все уже должны понимать, что распространение вируса активно происходит именно в местах скопления людей.

С приходом второй волны все еще будет сложнее. Придет грипп, начнут болеть дети, и мы будем думать, что это ковид. Есть опасность ажиотажа среди родителей. Тут еще обычное сезонное ОРВИ — как их дифференцировать?! Это все очень сложно... Например, ВОЗ говорит, что переболевшие ковидом имеют антитела в течение 2-3 месяцев. А что с ними будет дальше? По вакцинации тоже непонятно... Когда она будет готова, будет ли безопасной и эффективной, будет ли достаточно доказательной базы?

Я бы рекомендовал сейчас привить против гриппа детей, людей старше 65 лет, особенно тех, кто имеет хронические заболевания легких. Последних рекомендовал бы еще привить и от пневмококковой инфекции.

И остается надеяться, что каким-то образом общими силами мы выйдем из второй волны эпидемии с наименьшими потерями.

— **Будем надеяться! Спасибо за интервью!**

https://kz.media/archives/34126?amp=1&fbclid=IwAR1JJJaJp_WI3t4voLW9LcF3bjlYiODkyUFaEws8gQcMwXfWx-20JP1ia8jM

Штрафное время

Из собственного кармана платят директора и педагоги за выявленные в учебных заведениях нарушения саннорм. Кому это выгодно?

За нарушения санитарно-эпидемиологических норм в дежурных классах и группах с начала этого учебного года оштрафовали почти на 37 млн тенге школы и на 2,3 млн - детские сады. За игнорирование масок, отсутствие санитайзеров и антисанитарию директоров школы или заведующая садиком может поплатиться внушительным штрафом - почти 640 тысяч тенге! Для учителей, воспитателей и других сотрудников образовательных учреждений наказание мягче, но им от этого не легче.

Проверки делятся на два вида - плановые (их еще называют "по особому порядку", проводятся они один раз в год) и осуществляемые специальными мо-

нитинговыми группами на предмет соблюдения норм карантина. В ходе плановых рейдов проверяют материально-техническое оснащение, общее состояние здания, наличие личных медицинских книжек у персонала, а заодно и соблюдение санитарно-эпидемиологических норм.

Но сейчас, когда в стране наметился явный рост заболеваемости COVID-19 и ковидной пневмонией, популярны внезапные проверки - комиссия может нагрянуть в любой момент.

Во время карантина все организации образования должны работать в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями, утвержденными приказом министра здравоохранения 28 августа 2020 года. Их несоблюдение влечет наказание по части 1 статьи 425 Кодекса об административных правонарушениях. Так, нарушение санэпиднорм, гигиенических нормативов и технических регламентов для физических лиц, к примеру учителей, воспитателей, нянечек, охранников, наказывается штрафом в размере 30 месячных расчетных показателей (МРП), что составляет в этом году 83 340 тенге. Для должностных лиц - директоров, заведующих, а также для субъектов малого предпринимательства, то есть для частных школ и частных детских садов, адмнаказание составит 230 МРП, или 638 940 тенге.

В комитете контроля качества и безопасности товаров и услуг (ККБТУ) Минздрава корреспонденту "Времени" сообщили, что с 1 сентября по 15 октября провели 2057 проверок школ на предмет соблюдения требований карантина, нарушения выявили в 237 школах практически во всех регионах. Кое-где отделались предупреждением, а где-то - серьезным финансовым наказанием. Общая сумма штрафов составила 36 млн 961 тысячу тенге.

В Туркестанской области школам выписали 66 протоколов на общую сумму более 32 млн тенге. Руководство СШ Акмолинской области наказали на 1 млн 527 тысяч тенге, Карагандинской - на 1 млн 375 тысяч тенге. В Костанайской области в ходе плановых проверок выявили не карантинные, а иные нарушения в 18 альма-матер, руководство которых наказали на общую сумму 2 млн 222 тысячи тенге. В Восточно-Казахстанской области плановая проверка показала нарушения карантина, за которые выписали штрафы на 444 480 тенге.

Детские сады штрафуют не так рьяно, в целом общая сумма составила 2 млн 305 тысяч тенге. Больше всего штрафов выписали в Нур-Султане: за несоблюдение ограничительных мер наказали шесть детских садов на общую сумму 1 722 360 тенге. В Карагандинской области детские сады наказали на 416 700 тенге, в Мангистауской области - на 83 340 тенге, в Павлодарской - на 41 670 тенге.

По информации ККБТУ, мониторинговые группы проверяют, соблюдают ли в образовательном учреждении масочный режим, социальную дистанцию между сотрудниками и учениками, сокращена ли продолжительность уроков и перемен в дежурных классах и в тех школах (их немного, но они есть), где проводятся обычные уроки. Смотрят также, вовремя ли проветриваются помещения, проводятся ли влажные уборки и дезинфекция помещений и т.д. И в ККБТУ с сожалением констатируют: в школах и детских садах нарушаются практически все перечисленные санитарно-эпидемиологические требования.

По какому же принципу контролеры определяют, кого именно штрафовать? Если на глаза мониторинговой группы попадет учитель или воспитатель, спустивший маску на подбородок, то оштрафуют его. Если во время занятия кто-либо из детей будет сидеть без маски, то наказание опять-таки понесет учитель. Если ребенок потеряет маску, на родителей налагать штраф не будут, но школа обязана предоставить ему маску.

Если в школе отсутствуют разметки дистанцирования, нарушен график дезинфекции - оштрафуют директора. Но если контролировать выполнение тех или иных требований приказом администрации школы персонально закреплен какой-то определенный сотрудник, например медработник, завхоз или завуч, то административную ответственность понесет он.

Однако возникает вопрос: как можно оштрафовать государственные школу или детский сад? Выходит, государство штрафует само себя? Как пояснили в ККБТУ, штрафы администрация образовательного учреждения выплачивает... из собственного кармана! И если кто еще не знает, то замечу: по закону сегодня можно оплатить половину штрафа, но только в течение первых семи дней с момента получения извещения. Опоздал - плати по полной!

К слову, соблюдение санитарных норм не единственное, что сейчас проверяют в школах. В чатах учителя строго предупреждают родителей, чтобы их дети назубок выучили теорию: что такое коронавирус, как он передается, как можно себя защитить. Соответствующие вопросы могут задать школьникам члены мониторинговых групп. И если кто-либо из учащихся не ответит, дежурный класс могут закрыть, и такие случаи есть. С другой стороны, уже были прецеденты, когда администрация учебного заведения, видимо, перестраховываясь, не допускала к офлайн-занятиям (то есть в школе) детей, переболевших ОРВИ, и переводила их вопреки воле родителей на дистанционное обучение.

В ККБТУ заверили: все это незаконно! Ни одна мониторинговая группа не имеет права закрывать дежурный класс, а также допытываться у детей, что такое коронавирус. В комитете Минздрава также подчеркнули, что провинившимся школам, прежде чем их штрафовать, выносят предупреждения. Однако факт остается фактом: школы оштрафовали уже на 37 млн тенге, и это, согласитесь, немаленькая сумма, учитывая мизерные зарплаты учителей и воспитателей.

И тогда возникает еще один вопрос: в чем смысл таких драконовских мер? Любой ценой пополнить бюджет, в целях профилактики застраховать школы и детсады перед второй волной коронавируса? Не приведет ли это к тому, что педагоги вообще закроют школы на замок, отказавшись от всех дежурных классов? Или начнут, чего доброго, поголовно увольняться. Учитывая, что в стране и без того ощущается дефицит педагогов, согласитесь, есть о чем задуматься...

<https://time.kz/articles/zloba/2020/11/06/shtrafnoe-bremya>

Врач или оператор ЭВМ? Как оторвать медиков от компьютера

До 2500 пациентов не успевает принять врач ежегодно из-за избыточного заполнения информационных систем – так оценивает ситуацию с цифровизацией специалист по IT-решениям в здравоохранении Нуртуган Мухамедалиев

С 2010 года в отечественное здравоохранение активно внедряют цифровые решения. Сформировавшаяся к 2013 общегосударственная повестка была утверждена в виде Концепции развития электронного здравоохранения на 2013-2020 годы. С тех пор концепция успела неоднократно устареть.

Однако это не помешало широко (но не всегда успешно) развернуть как центральные информационные системы (несущие преимущественно платёжные функции), так и медицинские информационные системы (МИС) на уровне отдельных медицинских организаций. По официальным данным (коллегия МЗ РК от 3 декабря 2019), только среди частных поставщиков медицинских услуг ГОБМП доля внедривших МИС составила **80%**. В целом уровень МИС-изации, как говорят на отраслевом сленге, сейчас подобрался вплотную к отметке **100%**.

Фундаментальной целью внедрения IT-решений являлось повышение производительности труда медицинских работников путем автоматизации процессов. К сожалению, административная нагрузка на медперсонал, непосредственно выполняющий лечебно-диагностические задачи, лишь возросла.

Побочное действие медицинской цифровизации

По неофициальной статистике, **до 70% обращений** в отделы технической и сервисной поддержки различных IT-продуктов в социальных сетях указывают на конкретные баги, следовательно несут негативный характер и свидетельствуют о несоответствии функционала потребностям медицинских работников. Оставшиеся **30% обращений** могут быть классифицированы как запросы общего характера или относящиеся к FAQ.

Нуртуган Мухамедалиев

Какова же цена неудобного функционала, багов и дублирования ввода в различные ИС?



Опрос медицинских работников выявил, что, помимо стандартного времени на осмотр пациента, на контакт врача с компьютером тратится в среднем ещё 8 минут. **Более 70% респондентов** ответили, что при нагрузке **4 пациента в час** им

приходится использовать не менее пяти разных IT-платформ в процессе приёма одного пациента для введения медико-социальных данных. При этом **40% врачей общей практики (ВОП)** дополнительно ведут запись ещё и на бумаге.

Отталкиваясь от норматива времени оказания клиничко-диагностической услуги ВОП, можно оценить влияния описанного положения дел на КПД врача. В среднем рабочая неделя ВОП составляет 5 дней, совокупно 36 часов в неделю. Согласно производственному календарю, это эквивалентно 246 рабочим дням, или 1770 часов в год. При норме 4 приема в час необходимо проводить **28,8 приема за 1 рабочий день**. На практике, с учетом отвлечения в среднем 8 минут на контакт с IT-интерфейсами, производительность труда составит **2,6 приема в час**, что эквивалентно **18,7 приема в день**. Таким образом, КПД труда медицинского работника составляет **65%**, а пациенты недополучают **2 479 приемов в год**.

Конечно, помимо приема пациентов ВОП осуществляет другие действия, однако даже оценочные данные демонстрируют сильное влияние непродуктивных затрат времени медицинских работников на эффективность основной их деятельности. Отметим, что необходимо обратить особое внимание на хронометраж деятельности медицинских работников, в том числе для ревизии трудовых стандартов и пересмотра входных параметров для формирования тарифов на медицинские услуги.

Далее, снижение коэффициента полезного действия на рабочем месте плавно перетекает в снижение производительности и экономической эффективности системы здравоохранения в целом. С учётом стоимости услуги по утверждённому государственному тарификатору (**1326 тенге**), затраты рабочего времени только одного врача на введение электронных данных эквивалентны потере **более 3 млн тенге в год**.

Возможное решение – создание цифрового реестра

Решение описанных проблем требует системного и поэтапного подхода. Предлагаются следующие меры.

МЗ РК следует усилить координацию работ по разработке стандартов, технологических спецификаций и характеристик различных информационных систем на основе международных норм, предъявляемых к клиническим ИС. Для этого необходимо проводить периодическую ревизию и составление карт укомплектованности регионов страны ИС.

Это позволит создать цифровой реестр, где будут отображаться конкретные ошибки, предложения, замечания к IT-продуктам от непосредственных пользователей – медицинских работников. Применение принципов прозрачности и открытости требует демонстрации содержимого такого реестра на официальных сайтах управлений здравоохранения (УЗ) и МЗ РК. Это позволит перенести всю активность по данному направлению с уровня общения в WhatsApp и прочих групп технической поддержки IT-компаний в одно общедоступное и измеряемое цифровое окно.

При соответствующем отношении к проблеме в перспективе само появление данного окна в виде реестра ошибок и жалоб на продукты, функционирующие в здравоохранении, будет выполнять функции аналитического и апробационного центра с дальнейшим сбором, селекцией, постановкой задач пользователя к бизнесу. Таким образом, интересы поставщиков IT-решений также будут учтены.

Сбор, фильтрацию, аналитику и контроль исполнения работ по исправлению ошибок предлагается возложить на отделы цифровизации, созданные при УЗ каждого региона.

Нуртуган Мухамедалиев, специалист по IT-решениям в здравоохранении

https://forbes.kz/process/medicine/vrach_ili_operator_evm_kak_otorvat_medikov_ot_kompyutera/

Коронавирус в мире: локдауны в Европе, рекордное число больных в США

Англия, Греция и Италия погружаются в локдаун, комендантский час на Кипре, до сих пор благополучная Норвегия бьет тревогу, рекордная заболеваемость в США, передает МИА «Казинформ» со ссылкой на Русскую службу ВВС.

По данным Университета Джона Хопкинса, в мире коронавирусом переболело или продолжает болеть 48,2 млн человек, умерло более 1,2 млн. Локдауны в Европе в Англии с четверга начался второй локдаун, который продлится как минимум до 2 декабря. Закрылись магазины товаров не первой необходимости, бары, рестораны, спортзалы и все развлекательные заведения. Транспорт пока работает в штатном режиме. Население просят не выходить из дома без крайней необходимости. Но в отличие от первого локдауна в этот раз британское правительство решило не закрывать школы и вузы. В четверг министерство финансов объявило, что продлевает до марта программу ежемесячных выплат работникам, вынужденно находящимся в бессрочном отпуске. Банк Англии выделяет дополнительно около 150 млрд фунтов стерлингов на поддержание британской экономики.

Премьер-министр Греции Кириос Митсотакис объявил в четверг, что в стране с воскресенья начнется новый общенациональный локдаун, но школы продолжат работать. Ношение масок обязательно в общественных местах. На Кипр возвращается комендантский час. Бары, рестораны и торговые центры должны закрываться в 22:30. В ресторанах теперь посетителям надо оставаться в масках, пока официанты не принесут еду. Премьер-министр Норвегии Эрна Сульберг призвала норвежцев воздержаться от поездок внутри страны на фоне нового всплеска заболеваемости. В последние несколько дней в некоторых районах страны ситуация значительно ухудшилась, и общее число заболевших за последнюю неделю стало рекордным с начала эпидемии. До сих пор эпидемиологическая ситуация в Норвегии считалась одной из самых благоприятных в Европе. В Италии вступление локдауна в силу отложено на один день - до пятницы. В заявлении офиса премьер-министра говорится, что эта небольшая отсрочка должна помочь итальянцам завершить приготовления к неделям строгих ограничений, например, переместиться в тот район, где человеку предпочтительнее находится в ближайшее время.

С пятницы Италия будет поделена на 20 регионов, каждому из которых будет присвоен цвет, соответствующий уровню эпидемиологической угрозы - красный (высокий уровень), оранжевый (средний) и зеленый (низкий). Одним из факторов также является загруженность местных больниц. По всей стране вводится комендантский час, закрываются музеи и выставки, торговые центры будут работать только в будние дни. Сокращается количество общественного транспорта на улицах, ученики старших классов возвращаются к обучению онлайн. Ситуация в мире В США за последние сутки зафиксировано более 100 тыс. новых случаев заболевания Covid-19. Более 1100 человек умерло за один день: сюда входят смерти непосредственно от коронавируса, а также от хронических заболеваний, обострившихся из-за инфекции. Также значительно возросло число госпитализированных больных.

В настоящий момент в больницах по всей стране с диагнозом Covid-19 находится более 50 тыс. человек. Власти Китая снова вводят ограничения на въезд в страну для граждан ряда стран, в частности, Британии и Бельгии. Для приезжающих из США, Франции, Германии, Австралии, Сингапура и Японии действуют жесткие правила прохождения тестов на Covid-19. В некоторых случаях тестирование необходимо проходить дважды: у себя в стране за определенное количество часов до вылета и по прилете в Китай. Кроме того, должно быть два типа тестов - ПЦР и тест на антитела. В марте, на пике распространения эпидемии, Китай запретил иностранцам въезд в страну, но в сентябре запрет был полностью снят. Исполнительный директор программы ВОЗ по чрезвычайным ситуациям Майкл Райан призвал провести всестороннее расследование в связи со вспышкой Covid-19 на фермах по разведению норок в Дании. Среди животных обнаружен мутировавший коронавирус.

ВОЗ призывает разобраться, каким образом Covid-19 передался животным, так как возникшая ситуация показывает, что под угрозой могут оказаться любые зоофермы Европы. Накануне власти Дании приняли решение об выбраковке 15 млн норок в целях сдерживания инфекции. Испания и Нидерланды, где также разводятся норок в промышленных масштабах, приступили к проверкам своих хозяйств. До конца года Британия получит лишь 4 млн доз разработанной в Оксфорде антикоронавирусной вакцины, хотя рассчитывала на гораздо большее количество, заявил в четверг глава британской программы по закупке вакцины. Это связано со сбоем в графике работы фармацевтической компании-производителя Astra Zeneca. В мае Британия подписала соглашение о закупке 100 млн доз вакцины, 30 млн из которых должны были быть получены к сентябрю. В компании объясняют, что обычно переход от разработки препарата к его массовому производству занимает до нескольких лет. Но в данном случае, с учетом эпидемиологической ситуации, процесс происходит в беспрецедентные сроки, и 100 млн доз будут в полном объеме отправлены заказчику в будущем году. Австралия согласовала закупку еще 50 млн доз вакцины другого типа. Это уже вторая партия, приобретаемая страной. Австралийский премьер-министр Скотт Моррисон заявил, что власти стремятся завершить массовую вакцинацию в ближайшие месяцы.

https://www.inform.kz/ru/koronavirus-v-mire-lokdauny-v-evrope-rekordnoe-chislo-bol-nyh-v-ssha_a3715299

19 Регионы Италии закрыли, Париж ужесточил правила, в Японии вновь вспышка COVID-19

Европа продолжает страдать от заражений COVID-19.

В ряде стран уже введены локдауны, продолжают ужесточения карантинных мер. Теперь Япония вновь присоединилась ко всему миру с новой вспышкой КВИ. Как пишет CNN, в Италии введены новые правила изоляции после регистрации самого высокого ежедневного прироста числа заразившихся КВИ и смертей от вируса. Введен комендантский час с 22:00 до 5:00, бары и рестораны работают только до 18:00, в некоторых районах действуют более строгие ограничения. Жители регионов "красной зоны" - Ломбардии, Пьемонта, Валле-д'Аоста и Калабрии - могут покидать дома только по причине острой необходимости, на работу или по состоянию здоровья. Тем, кто находится в "оранжевых зонах", запрещено покидать свои города, за исключением работы или по состоянию здоровья, а бары и рестораны закрыты, кроме доставки и еды на вынос. По данным министерства здравоохранения Италии, в четверг было зарегистрировано 35 505 новых случаев COVID-19 и 445 смертей от него, в результате чего общее число случаев заболевания достигло 824 879, а смертельных исходов - 40 192. ЧИТАЙТЕ ТАКЖЕ Месячный локдаун ввели в

Великобритании По данным французского агентства здравоохранения, в соседней Франции Париж также объявил о более строгих мерах, поскольку в четверг страна сообщила о рекордных 58 046 новых случаях. В стране самый высокий уровень заболеваемости в Европе - 1,6 млн случаев заражений. С пятницы в Париже с 22:00 до 6:00 вводится запрет на доставку еды и продажу алкоголя. Премьер-министр Греции Кириакос Мицотакис объявил в четверг, что страна введет трехнедельную национальную изоляцию с субботы после сообщения о почти 10 000 новых случаев заболевания за пять дней. Дания также объявила о новых ограничениях в семи муниципалитетах после того, как ученые выявили мутировавший штамм коронавируса, связанный с популяцией норки. По данным правительства, мутированная форма вируса была передана людям от мелких млекопитающих.

Все норки в стране будут убиты из-за опасений мутации вируса. Датские кафе и пабы закроются с субботы, как и крытые спортивные площадки, культурные центры. Ранее на этой неделе Швеция объявила об ужесточении ограничений в трех регионах. Там действует запрет на собрания в барах и ресторанах до восьми человек. Австрия и Польша также сообщили о рекордном росте числа случаев заболевания в четверг. Австрия ввела в действие второй национальный локдаун, который включает в себя комендантский час с 20:00 до 6:00 и закрытие мест отдыха. По данным Норвежского института общественного здравоохранения, в Норвегии, где уровень инфицирования один из самых низких в Европе, наблюдается "резкий рост" заболеваемости.

Норвежцев призвали "оставаться дома как можно дольше". С субботы там вводятся ограничения, включая закрытие баров и ресторанов в полночь и введение онлайн обучения. Как пишет KyodoNews, в Японии был зарегистрирован рекордный ежедневный прирост зараженных COVID-19 с 21 августа – более тысячи новых случаев. Помимо Токио и Осаки, 119 новых случаев заболевания были зарегистрированы на туристическом Хоккайдо. Это впервые, когда на главном северном острове страны ежедневная цифра превышает 100 человек с момента вспышки вируса. Токио подтвердил 269 новых случаев заражения, в результате чего их общее количество достигло 31 893, что на сегодняшний день является самым высоким показателем среди 47 префектур Японии. По заявлению столичного правительства, из 269 человек 154 заразились неизвестным путем.

Префектура Осака, занимающая второе место по общему количеству случаев, подтвердила еще 125 случаев. Ежедневный прирост в префектуре Западная Япония часто превышал 100 с конца октября по сравнению с предыдущим месяцем, когда этот показатель оставался на уровне 50. Всего, по данным Университета Джонса Хопкинса, в мире зарегистрировано 48 600 930 случаев. Лидирующая десятка по заражениям COVID-19 выглядит так: США - 9 606 502, Индия - 8 364 086, Бразилия - 5 590 025, Россия - 1 699 695, Франция - 1 648 989, Испания - 1 306 316, Аргентина - 1 217 028, Великобритания - 1 126 469, Колумбия - 1 117 977, ЧИТАЙТЕ ТАКЖЕ Число заражений COVID-19 перевалило за 10 млн в Европе Мексика - 949 197.

https://www.nur.kz/world/1883360-regiony-italii-zakryli-pariz-uzestocil-pravila-v-aponii-vnov-vspyska-covid-19/?utm_source=clipboard&utm_medium=article-fragment

Коронавирус мутирует: насколько это опасно для человечества

Чем отличается обычная пневмония от пневмонии, вызванной коронавирусной инфекцией? Насколько опасен тот факт, что коронавирус мутирует?

Об этом в ходе беседы корреспонденту МИА «Казинформ» рассказала врач-инфекционист, аллерголог-иммунолог, кандидат медицинских наук, ассоциированный профессор медицинского университета Караганды Анна Кнауц.

Доктор в ходе беседы пояснила, чем же отличается течение обычной пневмонии от пневмонии, вызванной коронавирусной инфекцией. «При обычной пневмонии у человека появляются жалобы на повышение температуры тела, кашель и нарушение дыхания (одышка), с которыми он обращается за медицинской помощью. Пневмония, вызванная коронавирусом, в большинстве случаев протекает без вышеуказанных клинических симптомов, являющихся основными для постановки диагноза. При этом могут присутствовать симптомы, не являющиеся показательными для развивающейся пневмонии, или быть полное отсутствие признаков нарушения здоровья. Данный факт утяжеляет своевременную диагностику заболевания. И только при проведении компьютерной томографии (КТ) легких у пациентов без выраженных клинических симптомов выявляются признаки поражения легких, характерные для пневмонии различной степени тяжести», - прокомментировала она. По ее словам, особенность COVID-19 заключается в его способности вызывать мультисистемное поражение. Двусторонний процесс поражения легких, быстрое прогрессирование пневмонии с развитием тяжелого состояния с острой дыхательной недостаточностью обуславливают тяжесть течения пневмонии при коронавирусной инфекции. Учитывая отсутствие клинической симптоматики развивающейся пневмонии, лечение ее на ранних стадиях не представляется возможным, что также утяжеляет течение заболевания. Недавно стало известно, что коронавирус мутирует. 80% новых случаев заболевания в Европе вызваны мутировавшим коронавирусом, который отличается от того, что охватил весь мир этой весной. Новой разновидности было присвоено имя 20A.EU1.

Врач-инфекционист прокомментировала, насколько это может быть опасным для человечества. «Вирус - это частица неклеточная, она не может выжить в природе без клетки хозяина. Для того чтобы проникнуть в клетку хозяина и в ней выжить, вирус вынужден постоянно изменяться и таким образом приспосабливаться к различным барьерам на его пути к клетке хозяина и к возможности размножения внутри клетки хозяина. В процессе своего приспособления вирус изменяет свой геном – это и есть мутация. Изменения могут происходить не только в геноме вируса, но и на его поверхности, что также обеспечивает его проникновение в организм человека и развитие патологического процесса. Вирусов огромное количество. Они размножаются и изменяются очень быстро (одна вирусная частица может производить миллионы вирусов-потомков всего за один цикл репликации (деления), в результате чего появляется огромное количество разновидностей одного и того же вируса). Это закономерный процесс. Он касается и коронавируса», - ответила Анна Кнауц. Как отметила ассоциированный профессор, как правило, мутации вирусов позволяют им становиться невидимыми для клеток иммунной системы человека и (или) нечувствительными к противовирусным препаратам. Группа испанских и швейцарских ученых, изучающая новый вид SARS-CoV-2 - вирус 20A.EU1, отмечает мутацию, которая обеспечивает вирусу беспрепятственное проникновение его в клетку хозяина. Данный факт означает, что этот вирус способен более быстро передаваться от больного человека к здоровому. «Исследования научных сотрудников международного центра вакцинологии при Казахском национальном

исследовательском университете показали, что мутация вируса привела к изменениям, которые обеспечивают ему поражение верхних дыхательных путей (полость носа, носовую часть глотки, ротовую часть глотки), что предполагает изменение клинической картины проявления заболевания: появление отсутствия носового дыхания, заложенности носа, обильного отделяемого из носа, возможна и боль в горле, в отличие от первого варианта вируса, который поражал непосредственно легкие, и сразу развивалась пневмония», - рассказала она. Учитывая последние научные данные, связанные с мутацией SARS-CoV-2, по словам врача-инфекциониста, необходимо быть настороже на вышеуказанные симптомы и при их появлении пройти обследование на коронавирусную инфекцию.

«На данный момент результаты научных исследований и наблюдений в разных странах не указывают на тот факт, что новый штамм является более опасным для человека. Явление мутации вируса не всегда обеспечивает ему способность вызывать более тяжелое заболевание, но сочетание двух и более разновидностей вируса в организме человека могут вызвать тяжелое течение заболевания с неблагоприятным прогнозом», - отметила Анна Кнауц. В связи с чем в первую очередь необходимо заботиться о своем организме, поддерживать его здоровым, тогда даже при попадании вирусов в организм сработают защитные механизмы и заболевание не разовьется. Как отметила доктор, эффективным методом борьбы с вирусными инфекциями является вакцинация. С помощью вакцинации можно достичь полного контроля над заболеваемостью вирусными инфекциями. «Контролировать попадание в организм вирусов можно с помощью профилактических мероприятий по разрыву путей передачи вируса человеку. Использование медицинской маски и соблюдение социальной дистанции способствуют прерыванию воздушно-капельного пути передачи вируса. А использование перчаток, мытье рук, влажная уборка и обработка дезинфицирующими средствами помещений прерывают контактно-бытовой путь передачи вирусов. Также механическая чистка и термическая обработка пищевых продуктов прерывают пищевой путь передачи», - пояснила Анна Кнауц. Доктор напомнила, что при попадании вируса в организм человека и развитии заболевания борьба с вирусами проводится противовирусными препаратами, не антибиотиками. В завершение беседы врач-инфекционист рассказала о том, как поддержать иммунитет, и что необходимо делать, чтобы не заболеть коронавирусом. «Осень – это время года, когда в организме человека происходят адаптивные изменения со стороны иммунной системы. Человек становится более уязвимым для ОРВИ, к которым относятся и грипп, и коронавирусная инфекция. В первую очередь необходимо уберечь себя от гриппа с помощью вакцинации. Таким образом, мы предупредим сочетание двух вирусных инфекций, поражающих дыхательные пути. Осенью обостряются хронические заболевания, что создает благоприятный фон для развития вирусной инфекции. Это означает, что необходимо лечить хронические заболевания до полного исчезновения клинических признаков», - сказала ассоциированный профессор. В то же время режим рабочего дня, сна, рациональная физическая нагрузка и полноценное белковой и растительной пищей питание, эмоциональная стабильность способствуют адекватной нервной и гормональной регуляции иммунной системы. «Все мероприятия в комплексе обеспечат полноценную работу иммунной системы, которая позаботится о нашей защите», - заключила врач-инфекционист, аллерголог-иммунолог, кандидат медицинских наук, ассоциированный профессор медицинского университета Караганды Анна Кнауц.

https://www.inform.kz/ru/koronavirus-mutiruet-naskol-ko-eto-opasno-dlya-chelovechestva_a3715540

Найдена связь между воспалением кишечника и COVID-19

Американские медики выяснили, что некоторые виды воспалительных заболеваний кишечника связаны с тем же ферментом, который использует новый коронавирус для проникновения в клетки, а лекарственная терапия ВЗК в ряде случаев помогает выздоровлению от COVID-19. Результаты исследования опубликованы в журнале *Gastroenterology*, передает [РИА Новости](#).

Ангиотензинпревращающий фермент 2 (ACE2) экспрессируется в большинстве тканей. Он играет важную роль в сердечной функции, активирует гормон, регулирующий кровяное давление, а также участвует в транспорте аминокислот в кишечнике. Но при коронавирусной инфекции этот фермент становится опасным, так как вирус SARS-CoV-2 связывается с ACE2 и использует его для заражения клеток. Ученые из Медицинского центра Седарс-Синай в Лос-Анджелесе и ряда других медицинских центров США провели многоцентровое исследование поведения ACE2 при двух типах ВЗК — болезни Крона и язвенном колите, чтобы выяснить, как лекарственная терапия ВЗК, направленная на ACE2, действует на новый коронавирус. Оба эти заболевания сопровождаются симптомами, часто характерными для COVID-19: воспалением в пищеварительном тракте, диареей, спазмами и потерей аппетита.

"Мы выбрали эти заболевания, потому что COVID-19, известный своей атакой на легкие, часто вызывает и желудочно-кишечные симптомы, — приводятся в пресс-релизе Медицинского центра Седарс-Синай слова руководителя исследования профессора Дермота Макговерна (Dermot McGovern). — Для нас было важно понять, как COVID-19 может повлиять на пациентов с ВЗК, получающих противовоспалительные препараты. Кроме того, появляется все больше свидетельств того, что желудочно-кишечный тракт может служить альтернативным путем проникновения SARS-CoV-2 в организм человека".

Оказалось, что при разных ВЗК фермент ACE2 ведет себя по-разному. Изучив записи почти тысячи пациентов в центре Седарс-Синай, Вашингтонском университете в Сент-Луисе и многих других центрах по всей Северной Америке, ученые обнаружили, что при болезни Крона уровни ACE2 в тонкой кишке понижаются, а при язвенном колите в толстой кишке — повышаются. Но в обоих случаях при лечении противовоспалительными препаратами, такими как инфликсимаб, эти уровни удается нормализовать. "Мы увидели, что эффект ACE2 зависит как от его конкретного местоположения в желудочно-кишечном тракте, так и от конкретного заболевания, — говорит Макговерн. — Этот фермент — как палка о двух концах". Авторы отмечают парадоксальное и противоречивое действие фермента ACE2 при ВЗК и COVID-19: с одной стороны, люди с более высокой экспрессией ACE2 подвергаются повышенному риску заражения SARS-CoV-2, с другой — тот же фермент, вырабатываемый в больших количествах в кишечнике, помогает им успешнее справиться с последствиями инфекции.

"Этот фермент, вероятно, обладает противовоспалительными и антифиброзными функциями, которые помогут некоторым пациентам с COVID-19", — отмечает ученый.

Авторы считают, что в любом случае имеет смысл назначать пациентам с кишечными симптомами COVID-19 противовоспалительные препараты, обычно используемые при ВЗК.

https://forbes.kz/news/2020/11/06/newsid_237161

Российская вакцина прорвала европейскую блокаду

Венгрия готова уже в декабре начать закупать российскую вакцину от COVID-19. Об этом глава МИД страны заявил прямо из карантина – министр сам стал жертвой вируса. При этом Еврокомиссия, которая еще недавно грозила Будапешту санкциями за применение вакцины «Спутник V», изменила свое мнение. Не исключено, что вслед за Венгрией и другие страны ЕС обратятся за российской вакциной.

В декабре Венгрия начнет импорт небольшого объема российской вакцины от коронавируса. Об этом накануне сообщил глава МИД страны Петер Сийярто. По его словам, Россия начнет поставлять небольшие партии для завершения клинических исследований, изучения вакцины и ее лицензирования в Венгрии. В Будапеште ожидают начала крупных поставок препарата со второй или третьей недели января. Кроме того, одна из венгерских компаний хочет заняться производством этой вакцины, сообщил Сийярто.

Лечение коронавируса – в прямом смысле слова большая и актуальная проблема для главы венгерского МИДа. В среду у Сийярто во время визита в Таиланд обнаружили COVID-19, министра поместили в карантин, сообщил ТАСС.

Интересна реакция руководства Евросоюза на объявленное намерение одной из стран ЕС обратиться за помощью к России. Нормы Европейского союза допускают ограниченную возможность закупок Венгрией российской вакцины от COVID-19 без европейской сертификации, под собственную юридическую ответственность, сообщил в пятницу официальный представитель Еврокомиссии (ЕК) Стефан де Кеерсмакер. Но совсем недавно из Брюсселя звучали совсем другие, куда более жесткие заявления.

Всего неделю назад другой представитель Еврокомиссии, Эрик Мамер предупредил Венгрию – ей разрешат закупать российскую вакцину лишь в случае сертификации препарата на рынке ЕС. В противном случае «Еврокомиссия будет вынуждена принять меры», пригрозил чиновник ЕК. Мамер напомнил, что Брюссель подписывает соглашения о поставках только с теми странами, которые будут производить препарат на территории Евросоюза, и не ведет переговоры с Россией или Китаем, отмечал РБК. Отметим, что намерение Будапешта обратиться за помощью именно к России и Китаю отнюдь не было секретом для евробюрократов. Еще в октябре венгерский премьер-министр Виктор Орбан сообщил о том, что страна ведет переговоры с Москвой и Пекином на сей счет.

Внезапное изменение позиции еврочиновников вполне объяснимо, уверен первый зампреда комитета по международным делам Совета Федерации Андрей Климов. «Я с ними встречался, и могу сказать – их можно назвать карьеристами, часть из них настроено резко антироссийски, но они точно не идиоты. Они чувствуют, что настроения в Европейском союзе – не в пользу противостояния России любой ценой», – отметил сенатор в комментарии газете ВЗГЛЯД. По мнению собеседника, похоже, что в Брюсселе рассчитали – опасность переболеть COVID-19 значит для рядового европейца больше, чем призрак российской угрозы.

«Примерно четверть депутатов Европарламента находятся отнюдь не на антироссийских позициях, – добавил сенатор Климов. – Все эти люди создают определенное отношение к такому явлению. Евробюрократы вынуждены реагировать, чтобы не оказаться без своих кресел».

Что же касается Венгрии, то не секрет – в Евросоюзе эта страна давно действует наособицу, отметил собеседник. «Венгры отстаивают свои суверенные права в области законотворчества, правопорядка, судопроизводства. Поэтому нет ничего удивительного в том, что в вопросах охраны жизни и здоровья своих граждан Будапешт исходит не из политических приоритетов и так называемых «европейских ценностей», а из того, что жизнь человека – наивысшая ценность», – указал Климов. По мнению сенатора, решение Будапешта заключить соглашение с Россией – это хорошо забытое старое.

«Фармацевтическая промышленность Венгрии ранее имела колоссальный опыт взаимодействия с нашей страной во времена социалистического блока и Совета экономической взаимопомощи», – напомнил сенатор.

Схожего мнения придерживается эксперт клуба «Валдай», профессор СПбГУ Станислав Ткаченко. «В Венгрии совпали сразу два процесса: во-первых, вторая волна коронавируса накрыла всю Европу, поэтому вакцина действительно нужна, – сказал эксперт газете ВЗГЛЯД. – Во-вторых, сегодня такое противоречие курсу Евросоюза является частью ежедневной политики Венгрии». По мнению политолога, кроме Венгрии в Центральной Европе есть и другие государства, которые «фрондируют по отношению к Евросоюзу – прежде всего, Польша и балтийские страны, где сейчас популярны националистические идеи и партии».

Однако эксперт отметил, что по причине русофобии «Польша бы не стала покупать российскую вакцину». «А вот другие страны Восточной Европы – Чехия, Словакия, Словения, Хорватия – могли бы, ведь у них тоже сейчас национализм на подъеме и есть обостренное чувство независимости по отношению к Евросоюзу», – считает Ткаченко.

Можно предположить, что российским препаратом заинтересовалась еще одна страна ЕС – Австрия. Во всяком случае, судя по сообщению Кремля, накануне Путин и канцлер Себастьян Курц обсуждали по телефону ситуацию с коронавирусом и использование вакцин. Ткаченко подчеркнул:

«Было бы очень хорошо, чтобы российская вакцина стала инструментом внешнеполитического влияния».

«Конечно, сначала надо в нашей стране доказать, что ее можно использовать. Но потом можно будет делиться технологиями с другими государствами, и тогда это станет очень мощным рычагом внешнеполитического влияния России в мире», – заключил эксперт.

Можно констатировать, что у России есть хорошие шансы использовать средство от пандемии COVID-19 в качестве инструмента мягкой силы. Венгрия – далеко не единственная страна, готовая приобрести созданное в России средство от COVID. Еще в августе, по данным МИД, желание закупить российскую вакцину от коронавируса изъявили 27 стран. «Это разные формы, в том числе: в ходе совместных разработок вакцины, клинических исследований, закупок, локализации производства на территории иностранных государств и гуманитарной помощи», – перечислила тогда на встрече с Путиным вице-премьер Татьяна Голикова.

О желании наладить совместное с Россией производство вакцины в начале ноября заявил глава МИД Египта.

В пятницу президент Аргентины Альберто Фернандес сообщил о намерении переговорить с российским коллегой Владимиром Путиным о планах закупки «Спутника V», передал [ТАСС](#). Напомним, что еще в августе Фернандес поздравил от своего имени и от имени своих соотечественников российских ученых с регистрацией вакцины от коронавируса. А в нынешний понедельник аргентинский лидер сообщил, что у его страны есть возможность приобрести 25 млн вакцин в период с декабря по январь.

«Когда некоторые говорят о России, мне кажется, они даже не понимают, о чем речь. Это мировая держава, у которой 28 нобелевских премий, – цитировал Фернандеса Первый канал. – Страна, имеющая огромный научный потенциал и передовые технологии.

Некоторые, похоже, не знают, что биполярного мира больше нет.

Мы никогда не были так близки к тому, чтобы положить конец этой пандемии».

Как сообщил глава Российского фонда прямых инвестиций (РФПИ) Кирилл Дмитриев, партии «Спутника V» для Аргентины будут произведены партнерами РФПИ в Индии, Китае и Южной Корее.

Напомним, что Владимир Путин объявил о регистрации в стране первой вакцины от нового вируса – «Спутник V» в августе. В октябре президент сообщил, что новосибирский научный центр «Вектор» зарегистрировал второй российский препарат, оберегающий от заражения коронавирусом. А в пятницу Путин констатировал, что в скором времени будет зарегистрирована третья вакцина – разработка Центра им. Чумакова РАН. На прошлой неделе Российский фонд прямых инвестиций (РФПИ) направил во Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ) заявки на ускоренную процедуру регистрации и преквалификацию «Спутника V».

Россия, таким образом, выступает достойно в мировом состязании по разработке вакцины от нового вируса. По данным ВОЗ от 3 ноября, в мире около 150 вакцин-кандидатов, которые находятся на стадии доклинических испытаний, и 47 вакцин проходят клинические испытания.

Первыми на клинический этап вышли различные китайские НИИ (включая Уханьский институт) и фармкомпании. На втором месте – совместный проект Оксфордского университета и британо-шведского гиганта AstraZeneca, на третьем – московский Центр эпидемиологии и микробиологии им. Гамалеи, создатель «Спутника V». Число стран, вышедших на 2-й, клинический этап непрерывно пополняется – так, накануне Турция объявила о старте испытаний вакцины собственного производства. США на этом фоне отметились обвинениями в адрес России, а также Китая и Ирана в том, что они якобы пытаются помешать Америке получить вакцину от коронавируса.

Накануне AstraZeneca и Оксфорд обнародовали планы до конца года начать в Китае клинические испытания вакцины от коронавируса. Ранее американский регулятор принял решение о возобновлении испытаний в США. При этом надо признать, что апробация и внедрение препарата AstraZeneca не всегда проходит гладко. Так, в октябре сообщалось о смерти одного из участников тестирования вакцины. А накануне глава рабочей группы британского правительства по вакцинам обвинил фармгиганта в срыве расписанных на 2021 год поставок препарата в Соединенное королевство.

<https://vz.ru/society/2020/11/6/1069270.html>

Статья Билла Гейтса о депопуляции через принудительную вакцинацию — фейк

Основатель Microsoft говорил о контроле рождаемости.

Казахстанские пользователи соцсетей активно делятся постом с фотографией женщины, которая держит номер газеты The Sovereign Independent за июнь 2011 года, сообщает [zakon.kz](#).



По информации портала [stopfake.kz](#), на первой полосе кричащий заголовок "Депопуляция через массовую вакцинацию" рядом с фотографией Билла Гейтса. Некоторые пользователи предположили, что это доказывает причастность миллиардера к "мировому заговору" и "созданию" вируса SARS-CoV-2. Британская газета The Sovereign Independent выпускалась в 2010-х годах. Большая часть материалов размещалась на официальном сайте. Газете также принадлежал канал на YouTube под названием AwakeTV (пер. с англ. "ТВ проснувшихся"). Вероятно, сейчас издание закрылось — последнее обновление на сайте датировано 26 июля 2014 года, канал на YouTube также не существует.

Материалы, которые публиковались в газете и на сайте, были посвящены конспирологическим теориям, сплетням о политике и "разоблачениям" известных личностей.

Издание не раз обвиняли в распространении ложной информации и пропаганде антипрививочного движения. В частности, в газете заявляли, что вакцины вызывают аутизм, подавляют иммунную систему, содержат в себе вирусы, перестраивают и заражают ДНК.

Несмотря на то, что бумажную версию номера газеты о "планах" Билла Гейтса найти сейчас крайне сложно, ее без труда можно прочесть в Сети.

Помимо материала, посвященного основателю Microsoft, в номере газеты The Sovereign Independent за июнь 2011 года есть статьи "доказывающие", что Бен Ладен — выдумка, "свежий взгляд" на евгенику (псевдонаука о селекции человека) и даже текст о том, что Бернард Шоу и Герберт Уэллс поддерживали массовые убийства Гитлера.

В статье, посвященной Биллу Гейтсу, рассказывается о его поездке в Китай, а также совместной работе с Уорреном Баффеттом, который в 2006 году пожертвовал крупную сумму в Фонд Билла и Мелинды Гейтс.

Поездка в Китай, о которой говорится в газете, состоялась в 2010 году. Основатель Microsoft провел там ряд встреч для того, чтобы привлечь инвесторов и ученых к работе над программой вакцинации.

Стоит отметить, что в тексте нет ни одного упоминания о том, что слова о "депопуляции" действительно принадлежат Биллу Гейтсу. О принудительной вакцинации и о том, что филантроп когда-либо высказывал такую идею, также ничего не сказано.

Единственная цитата Гейтса, которую приводит автор, размещена на первой полосе и к поездке в Китай не имеет никакого отношения. Слова филантропа, напечатанные в газете, вырваны из контекста его выступления на конференции TED2010.

Давайте взглянем. Первый сомножитель — население. Сегодня в мире — 6,8 миллиарда людей, и эта цифра вырастет примерно до 9 миллиардов. При условии крупных успехов в создании новых вакцин, в здравоохранении, в сфере охраны репродуктивного здоровья, рост может снизиться на 10-15 процентов, но это все равно прирост примерно на 1,3 миллиарда, — так процитировало филантропа издание.

На самом же деле основатель Microsoft говорил не об умерщвлении уже живущих людей, а о контроле рождаемости. Он выразил мнение, что если человечеству удастся побороть детскую смертность, то у женщин во многих странах не будет потребности рожать много детей. Вместо этого в семьях будет столько детей, сколько родители смогут обеспечить.

Эту же идею Билл и Мелинда Гейтс вновь озвучили в 2017 году в своем письме к Уоррену Баффетту.

Очевидно, что слова "депопуляция через принудительную вакцинацию" не принадлежат Биллу Гейтсу и являются выдумкой автора статьи. Единственная цитата Гейтса о населении Земли была вырвана из контекста и не имеет никакого отношения к событиям, описываемым в материале.

Стоит отметить, что это не первый случай, когда основателя Microsoft обвиняют в желании избавиться от части населения планеты. Ранее фактчекеры из разных стран уже опровергали теории о том, что Гейтс разработал планы депопуляции планеты до 2018 года, уничтожения части жителей Африки, массовой чипизации и по контролю разума всех жителей Земли.

<https://www.zakon.kz/5046812-statya-billa-geytsa-o-depopulyatsii.html>

**!!! Редакция сайта не всегда согласна с мнением авторов.
Статьи публикуются в авторской редакции**



д.м.н. Ерубает Токтасын Кенжекенович
<https://www.facebook.com/pg/CRLALMATY/posts/>



к.м.н., Казаков Станислав Владимирович
E-mail office: DInform-1@nscedi.kz
E-mail home: kz2kazakov@mail.ru
моб. +77477093275