ВШОУЗ
ВЫСШАЯ ШКОЛА
ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Что надо делать в здравоохранении России, чтобы выполнить национальные цели.

Ректор ВШОУЗ,
д.м.н., MBA Гарвардского университета (США)
Улумбекова Г.Э.

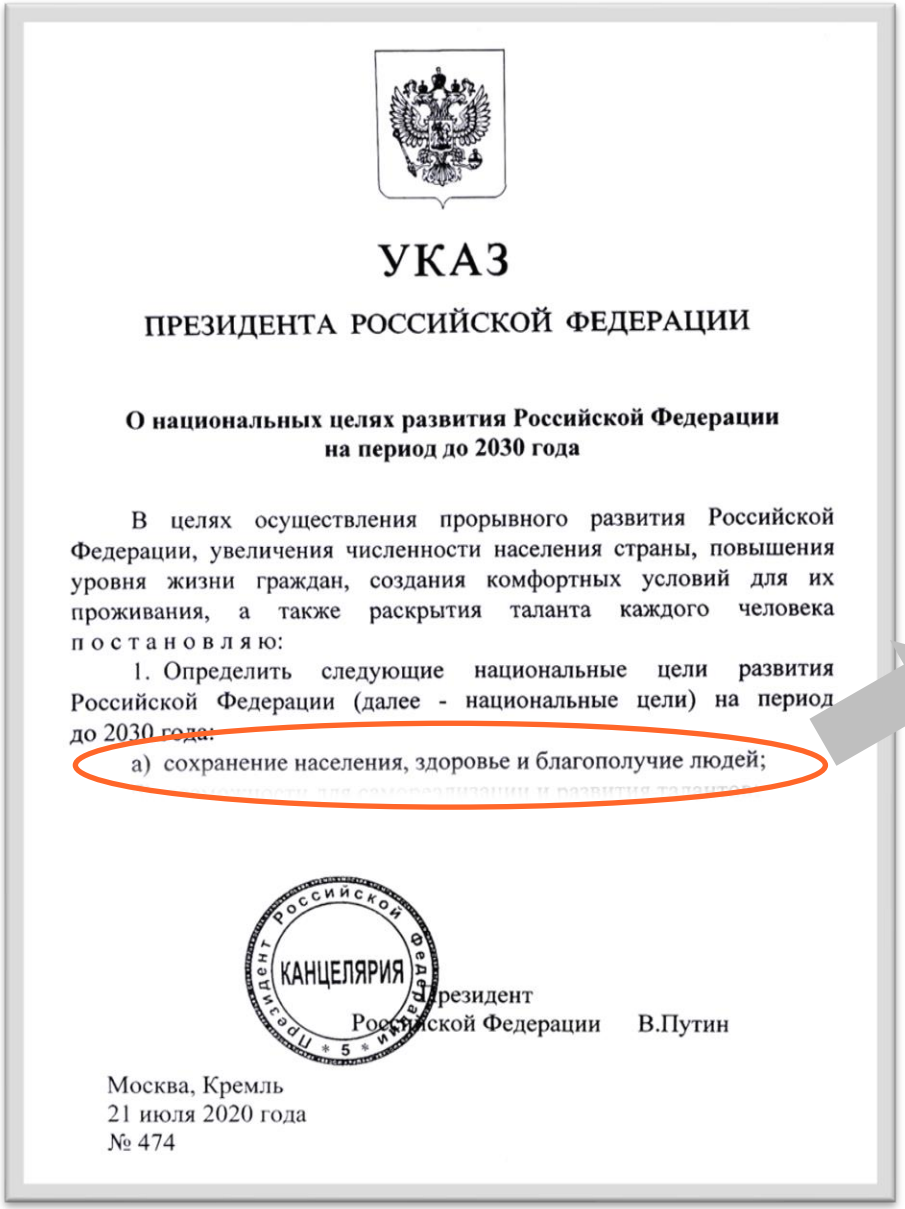
*«Мы …понимаем, что сегодня ситуация в сфере демографии **чрезвычайная**… Нужно это признать, констатировать, иметь это в виду и действовать, исходя из этой ситуации.*

Сбережение народа России – наш высший национальный приоритет»

Послание Президента РФ В.В. Путина

Федеральному Собранию, 21 апреля 2021 г.

http://www.kremlin.ru/events/president/transcripts/messages/65418



УКАЗ

ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года

В целях осуществления прорывного развития Российской Федерации, увеличения численности населения страны, повышения уровня жизни граждан, создания комфортных условий для их проживания, а также раскрытия таланта каждого человека п о с т а н о в л я ю:

1. Определить следующие национальные цели развития Российской Федерации (далее - национальные цели) на период до 2030 года:

а) сохранение населения, здоровье и благополучие людей;

Президент Российской Федерации КАНЦЕЛЯРИЯ * 5 *

Президент Российской Федерации В.Путин

Москва, Кремль
21 июля 2020 года
№ 474

- **обеспечение устойчивого роста численности населения**
- **повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 г.**
- **снижение уровня бедности в два раза по сравнению с показателем 2017 года**
- **увеличение доли граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом, до 70%**

Организация здравоохранения – наука, которая:

Имеет свои **закономерности**

Методологической основой является определение оптимальных балансов на макро-, мезо- и микроуровнях

Внедрение оптимальных балансов - необходимое условие достижения целей по улучшению здоровья и демографических показателей в стране

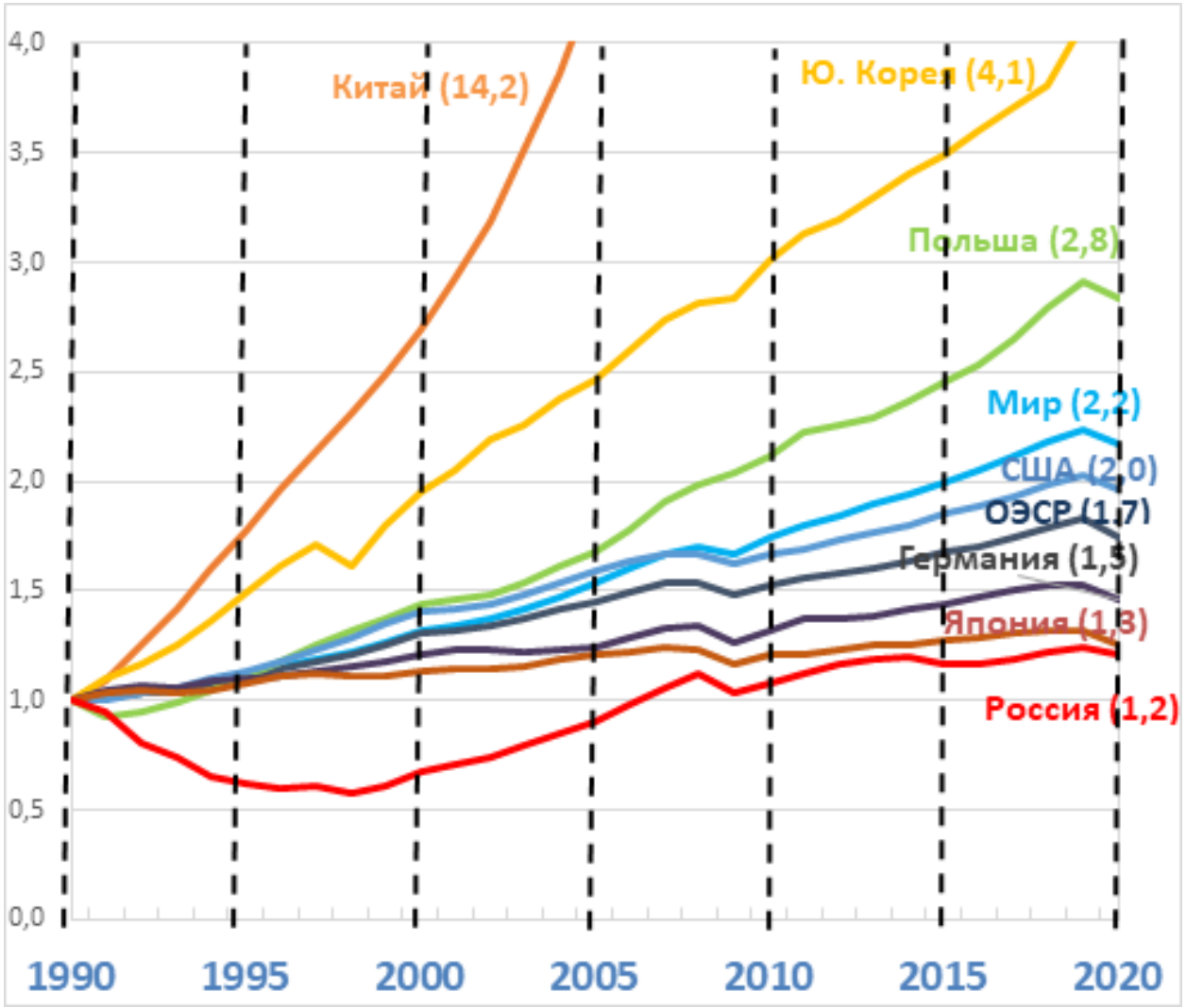
И ЭТО - ЗАДАЧА УПРАВЛЕНЦЕВ

1.

ВЫЗОВЫ ПО ИТОГАМ 2020 г.

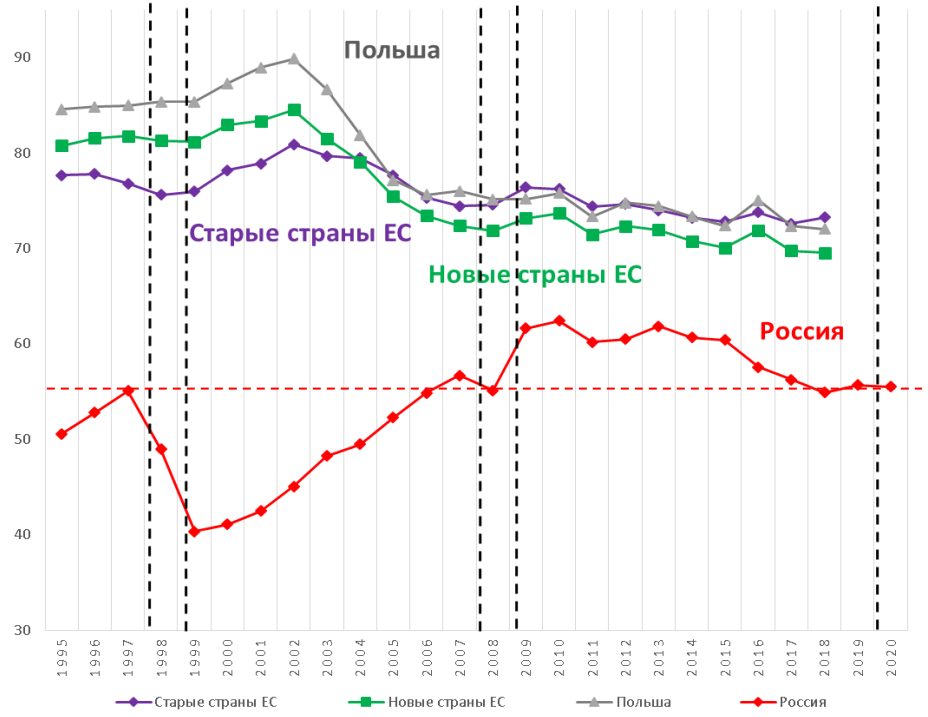
Экономический кризис

Динамика ВВП разных стран в период 1990-2020 гг. в постоянных ценах 1990 г. (отнесенный к 1990 г.) по данным Мирового Банка. Видно, что ВВП за 30 лет увеличился: в РФ – в 1,2 раза, в странах ОЭСР (в целом) – в 1,7 раза, в мире (в целом) – в 2,2 раза, в Польше – в 2,8 раза, в Южной Корее – в 4,1 раза, а в Китае – в 14,2 раза. Это значит, что экономика РФ по отношению к остальным развитым и развивающимся странам КАТАСТРОФИЧЕСКИ ОТСТАЛА!

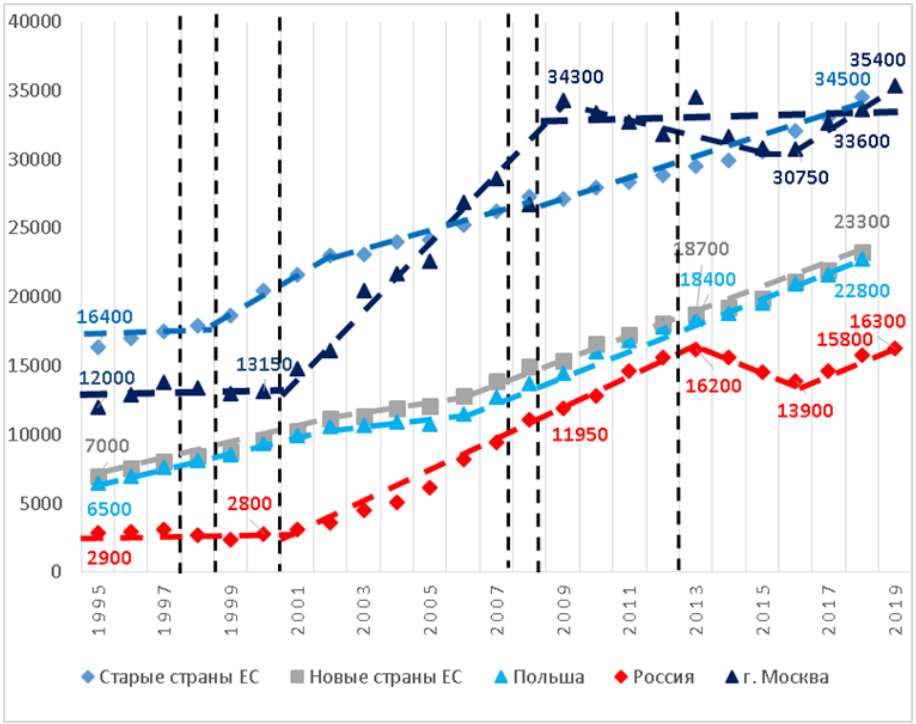


Реальные доходы населения в доле ВВП в РФ в 1,3 раза ниже, чем в ЕС - соответственно 55% и 70%. По доллару ППС - в 1,4 раза ниже.
С 2013 по 2020 гг. они снизились более, чем на 10%. При этом в Москве и регионах огромное расслоение

Реальные доходы населения
в доле ВВП

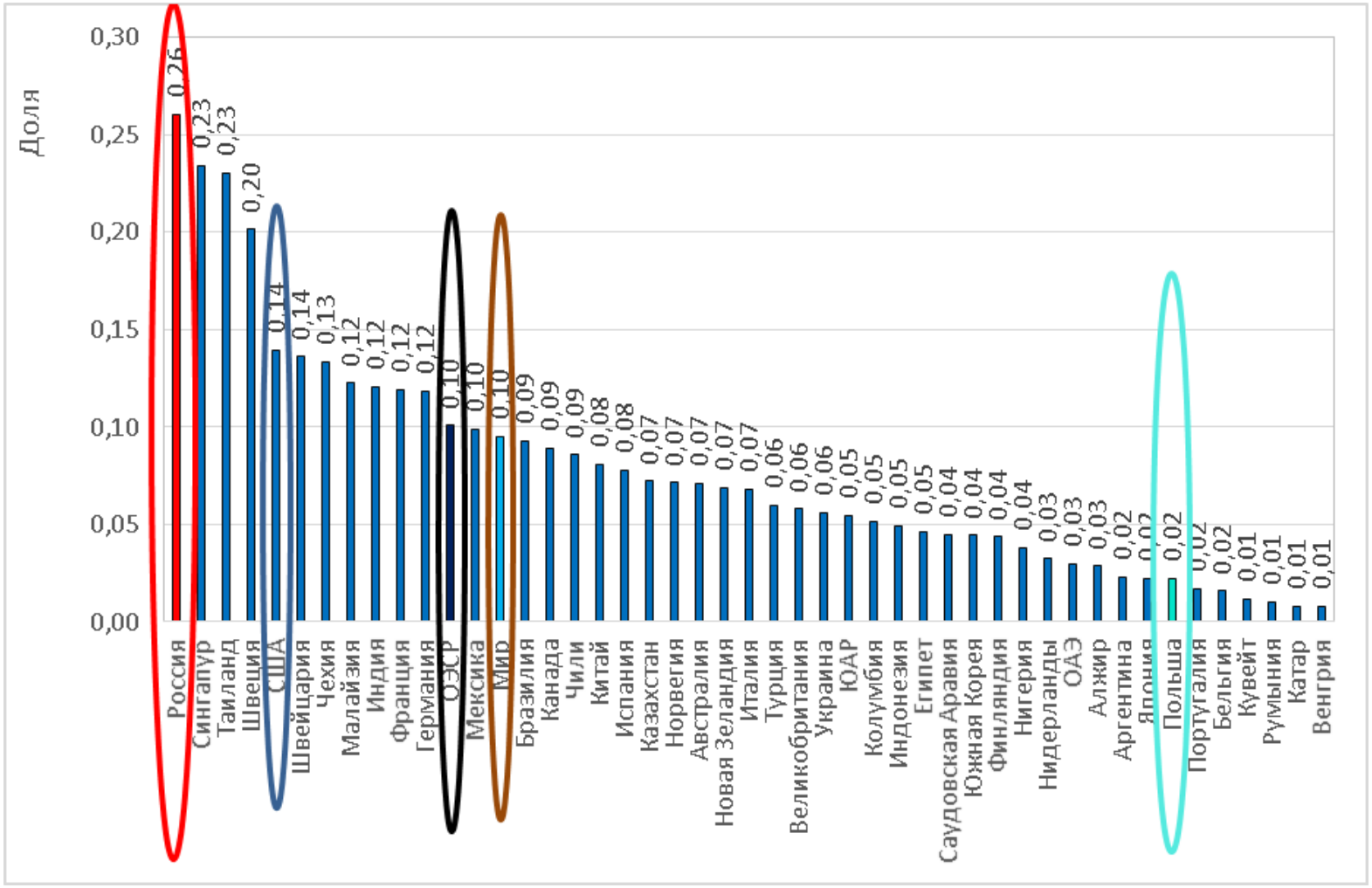


Реальные доходы населения
в $ ППС на душу



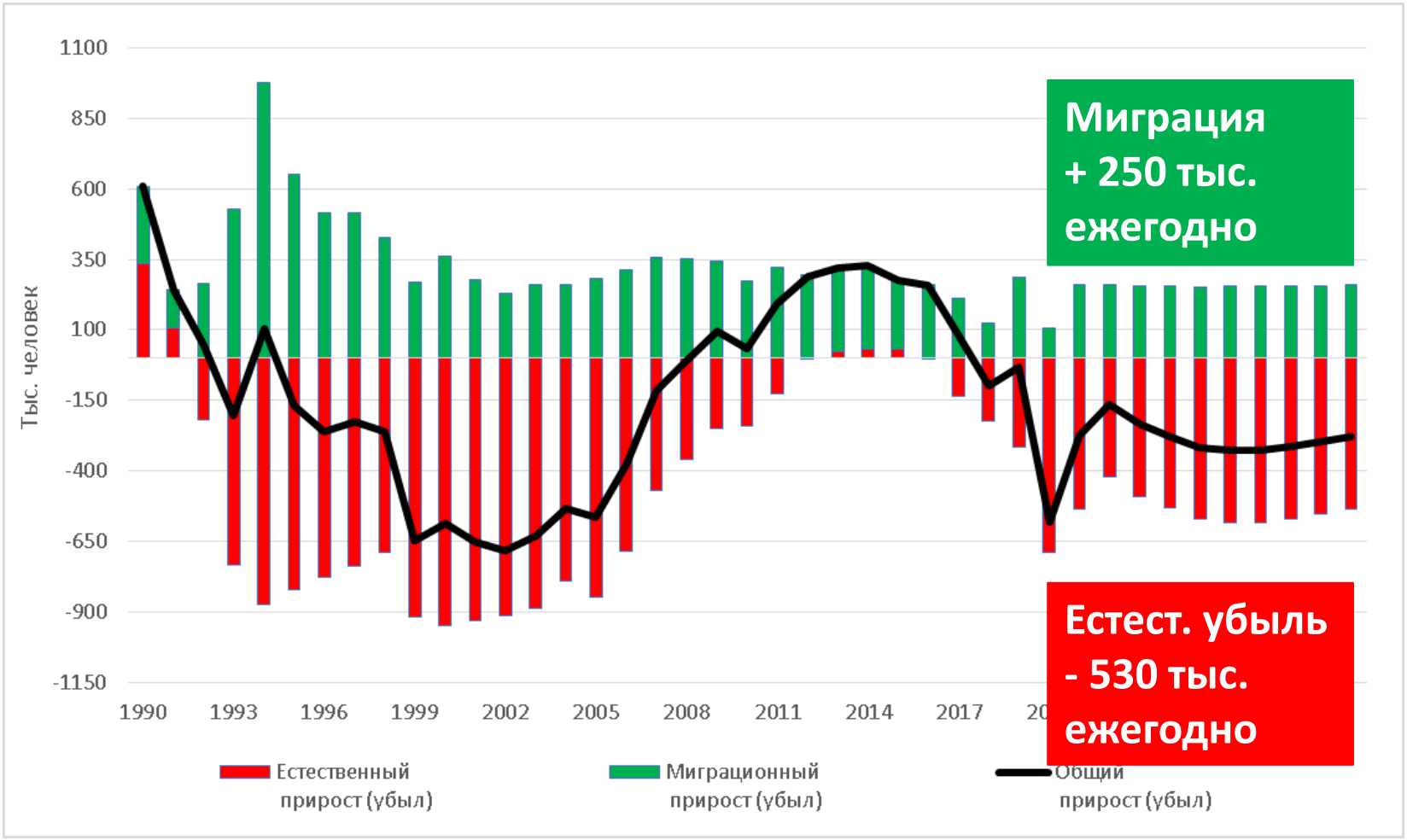
Суммарный капитал долларовых миллиардеров в долях ВВП в $ ЦБ: в разных странах в 2020 г.

В РФ эта доля в 1,9 раза выше, чем в США, в 2,6 раза выше, чем в ОЭСР, и в 3,2 раза выше, чем в Китае

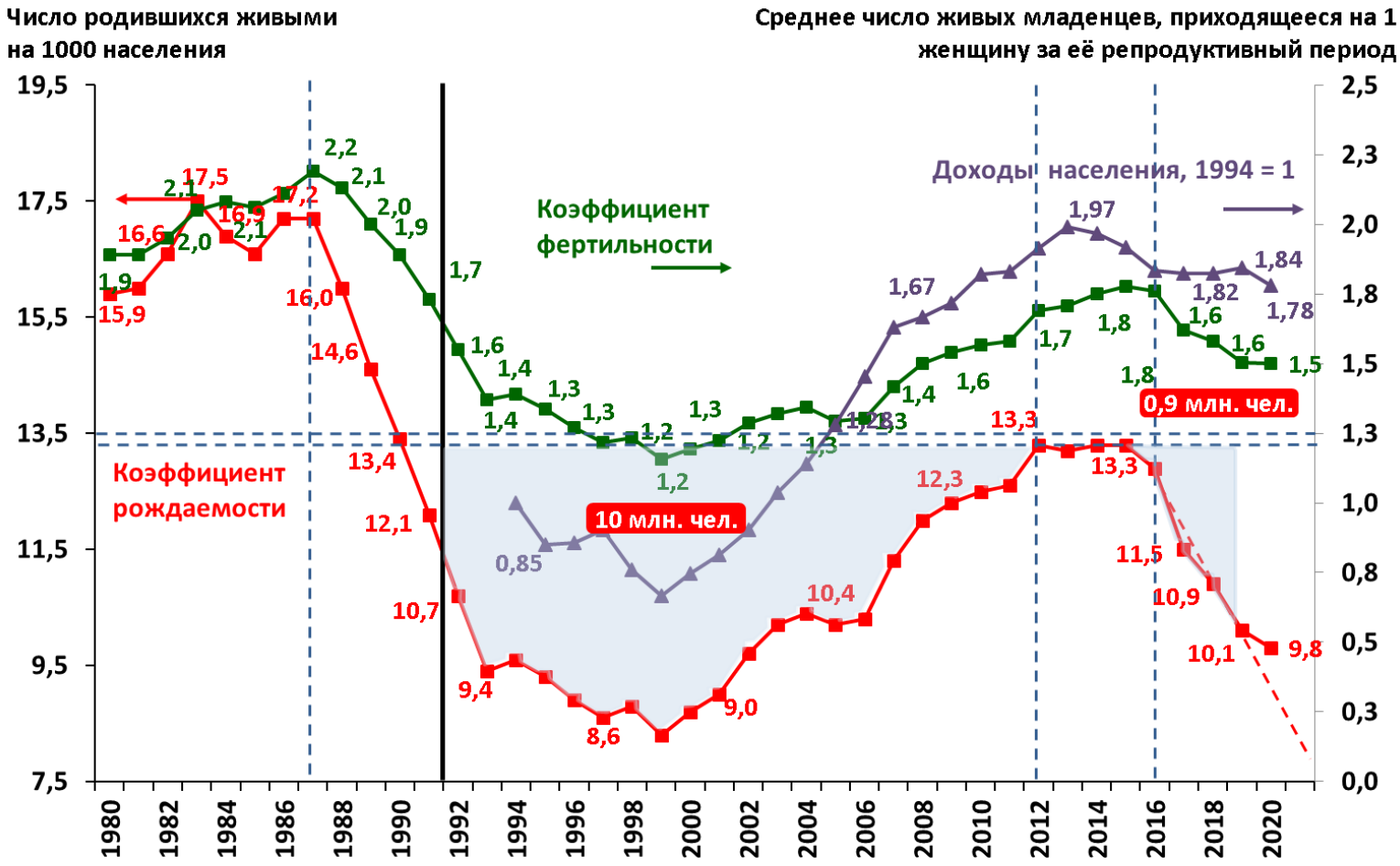


Демографический кризис и кризис здоровья населения РФ

В 2020 г. в РФ естественная убыль – почти 700 тыс. человек, в результате снижение численности населения - почти на 600 тыс. чел., далее до 2030 г. естественная убыль в среднем составит 500 тыс. чел. в год и по средним прогнозам Росстата страна потеряет еще около 2,8 млн. чел.

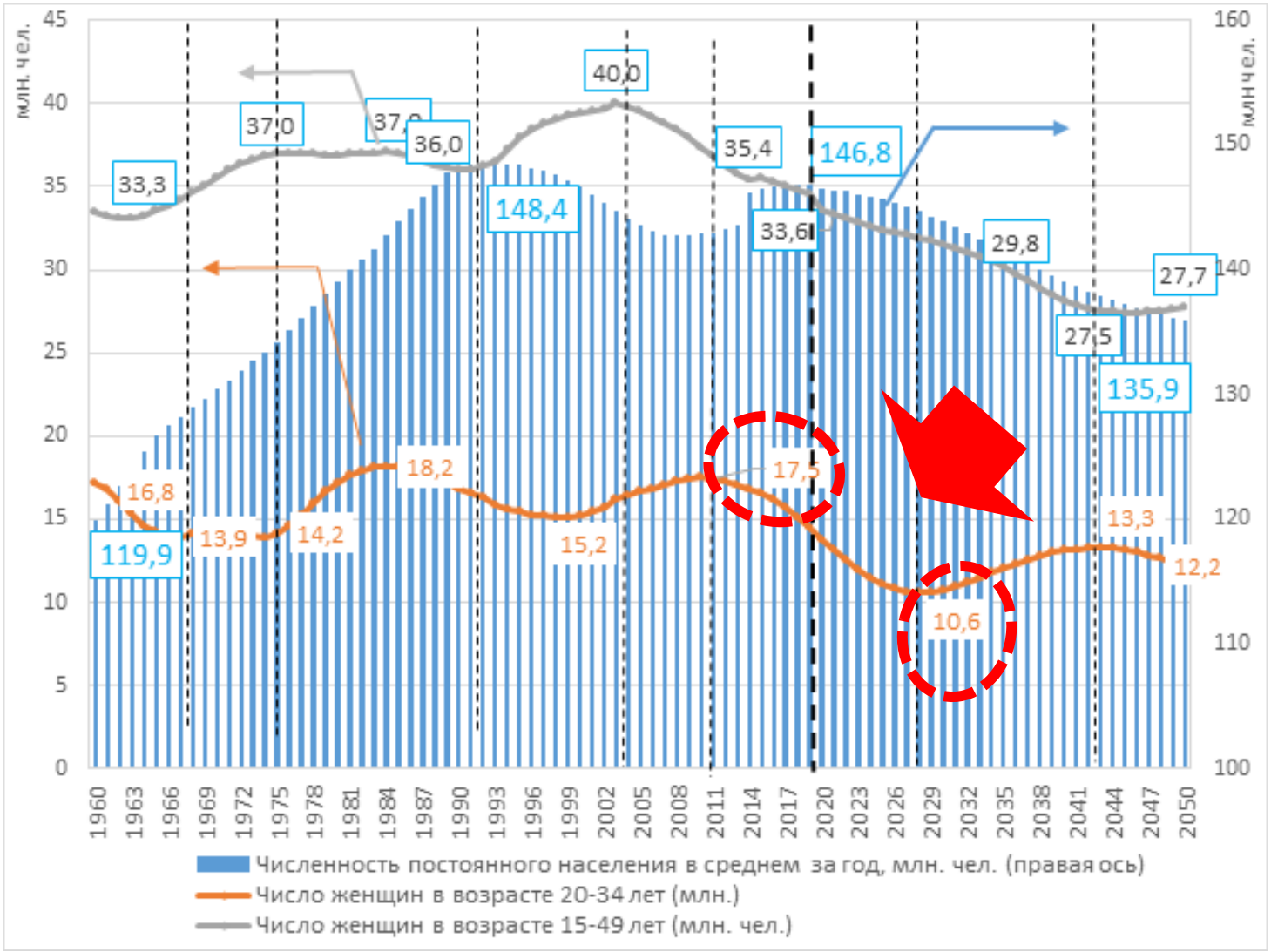


Сегодня **рождаемость падает** таким же темпом, как и после распада Советского Союза. С 2015 г. всего за 5 лет она уменьшилась с **1900 тыс. до 1400 тыс.** родившихся в год!



Источник: Росстат

Динамика численности женщин наиболее активного детородного возраста (20-34 лет) по годам, в период 1960-2020 гг. (факт) и в период 2021-2050 гг. (базовый прогноз ООН). С 2011 по 2028 гг. их численность сократится **на 7 млн.**



Факторы, влияющие НА РОЖДАЕМОСТЬ по статданным в регионах РФ и по РФ в целом с 1990 по 2019 гг.

Данные регрессионного анализа по статданным по всем регионам РФ и по РФ в целом за период 1990-2019 гг.

Роль здравоохранения в сохранении рождаемости

- Укрепление **репродуктивного здоровья** женщин и мужчин

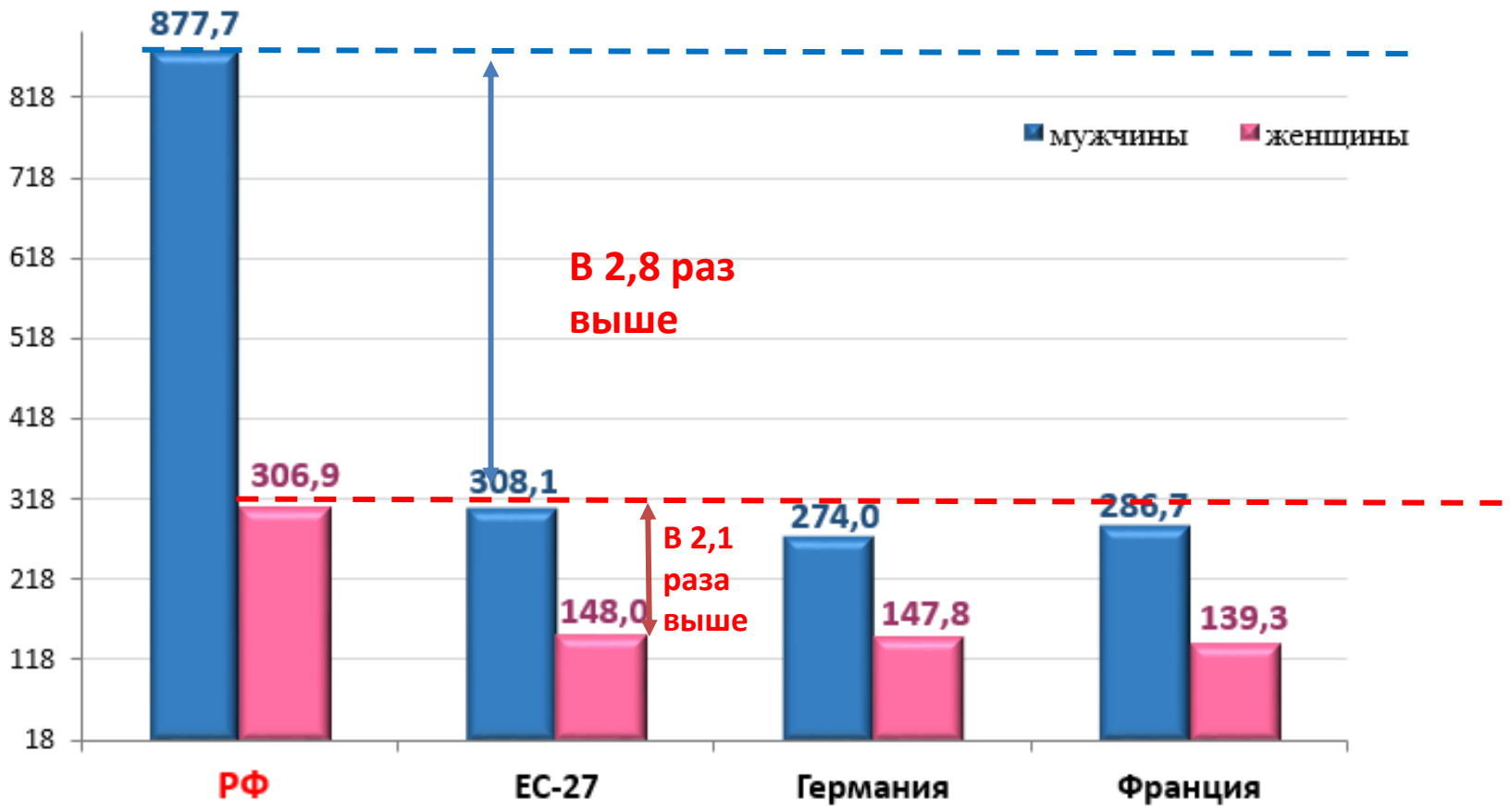
- Увеличение доступности медико-профилактической помощи для **детей и подростков**

Смертность в РФ в 1990 г. была на уровне «новых-8» стран ЕС, а сегодня – на 20% выше, чем у них. В 2020 г. дополнительная смертность в 2020 г. составила 340 тыс. человек (+19%), в 2021 г. (7 мес.) 245 тыс. чел. (+23%) к аналогичному периоду 2019 г.

«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Росстат; база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

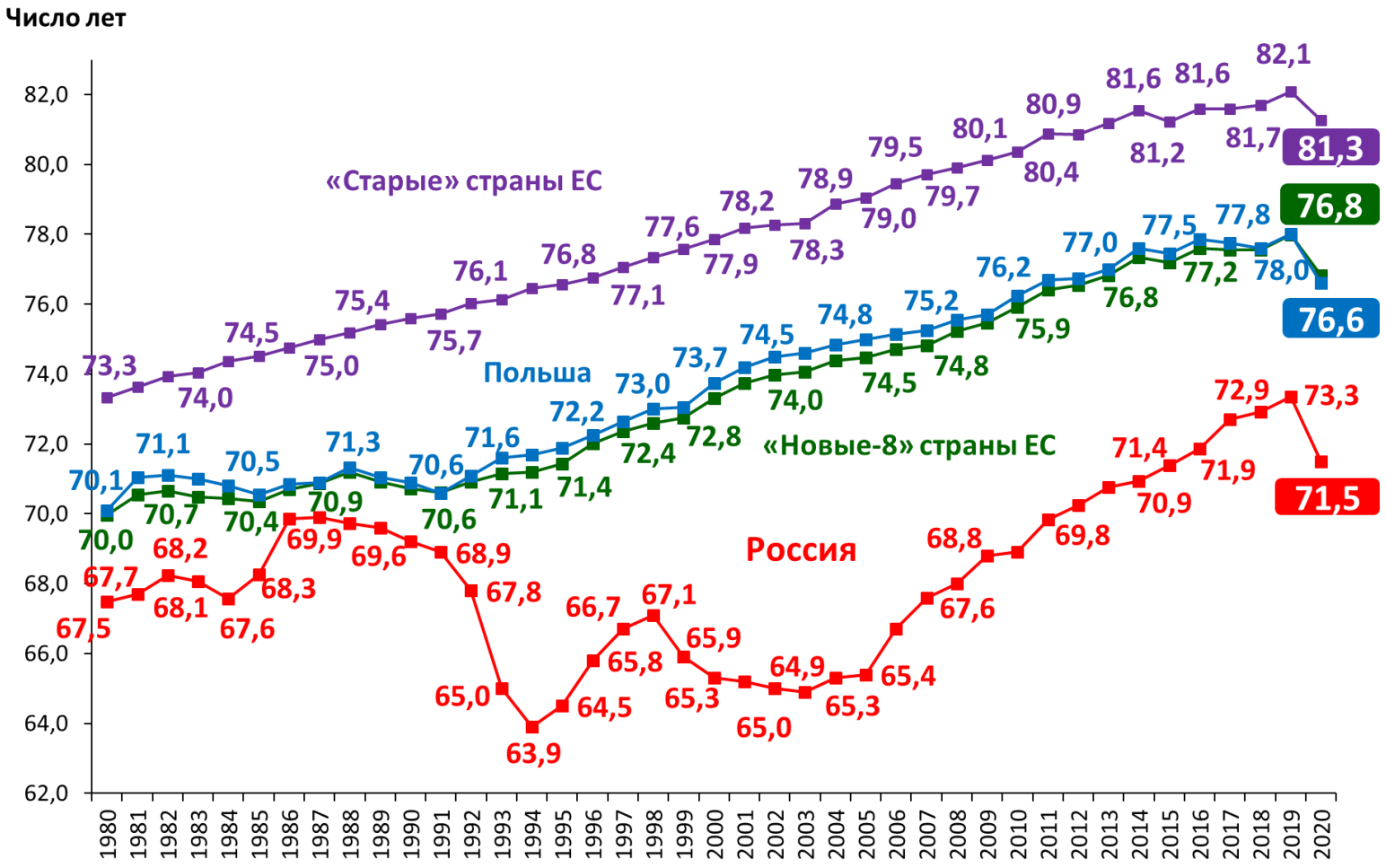
В РФ смертность граждан трудоспособного возраста (16-64 лет) на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста у мужчин – **в 2,8 раза выше**, а у женщин – **в 2,1 раза выше,** чем в ЕС

Число умерших в возрасте 16-64 лет на 100 тыс. человек населения соотв. возраста (2018 г.)



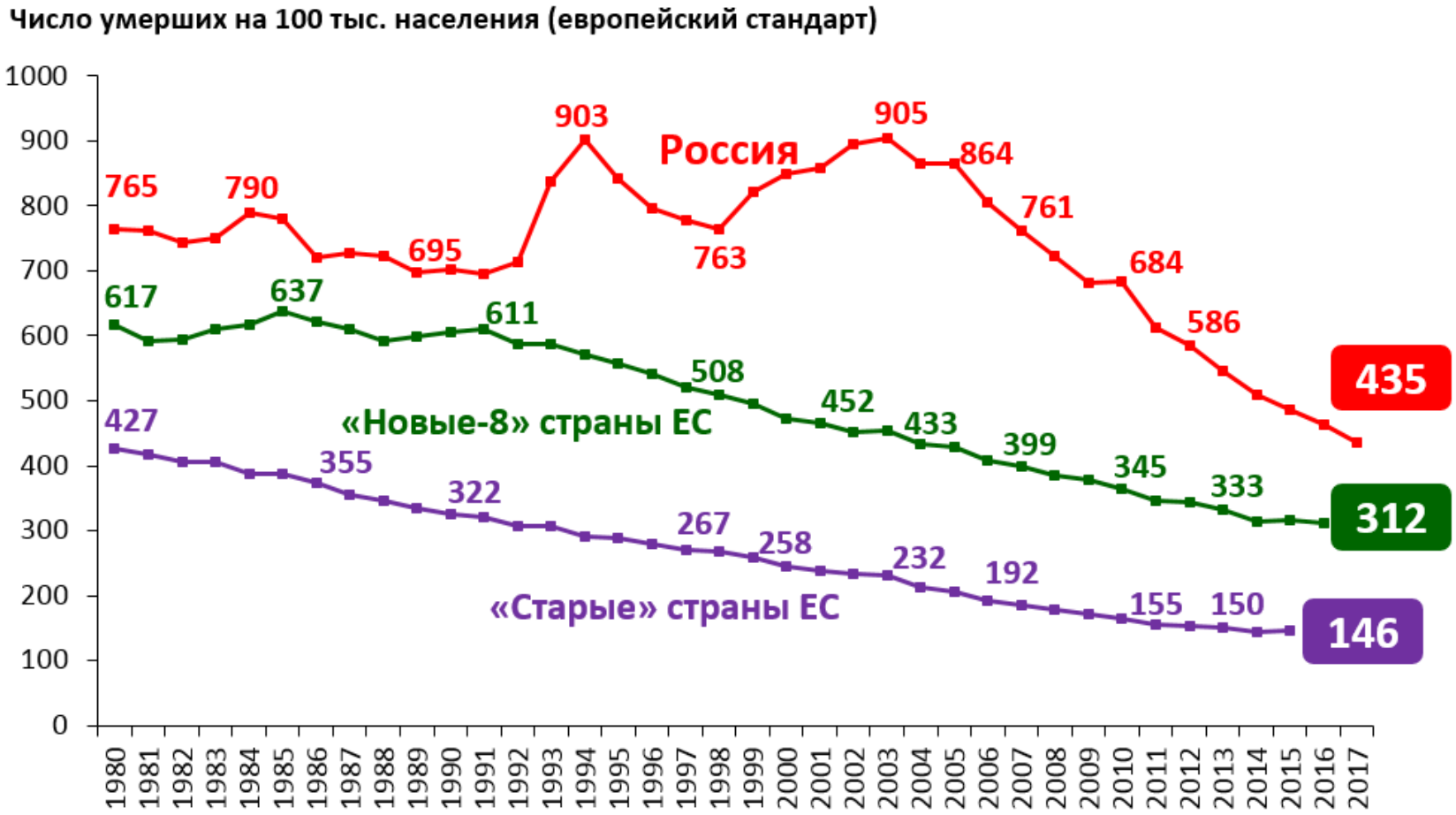
Источник: расчеты ВШОУЗ на основе данных ЦДИ РЭШ

В результате в 2020 г. в РФ ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) упала почти на 2 года - самый высокий уровень в Европе. Как следствие, увеличилось отставание по сравнению с «новыми-8» странами ЕС – до 5 лет, а со «старыми» странами – почти до 10 лет



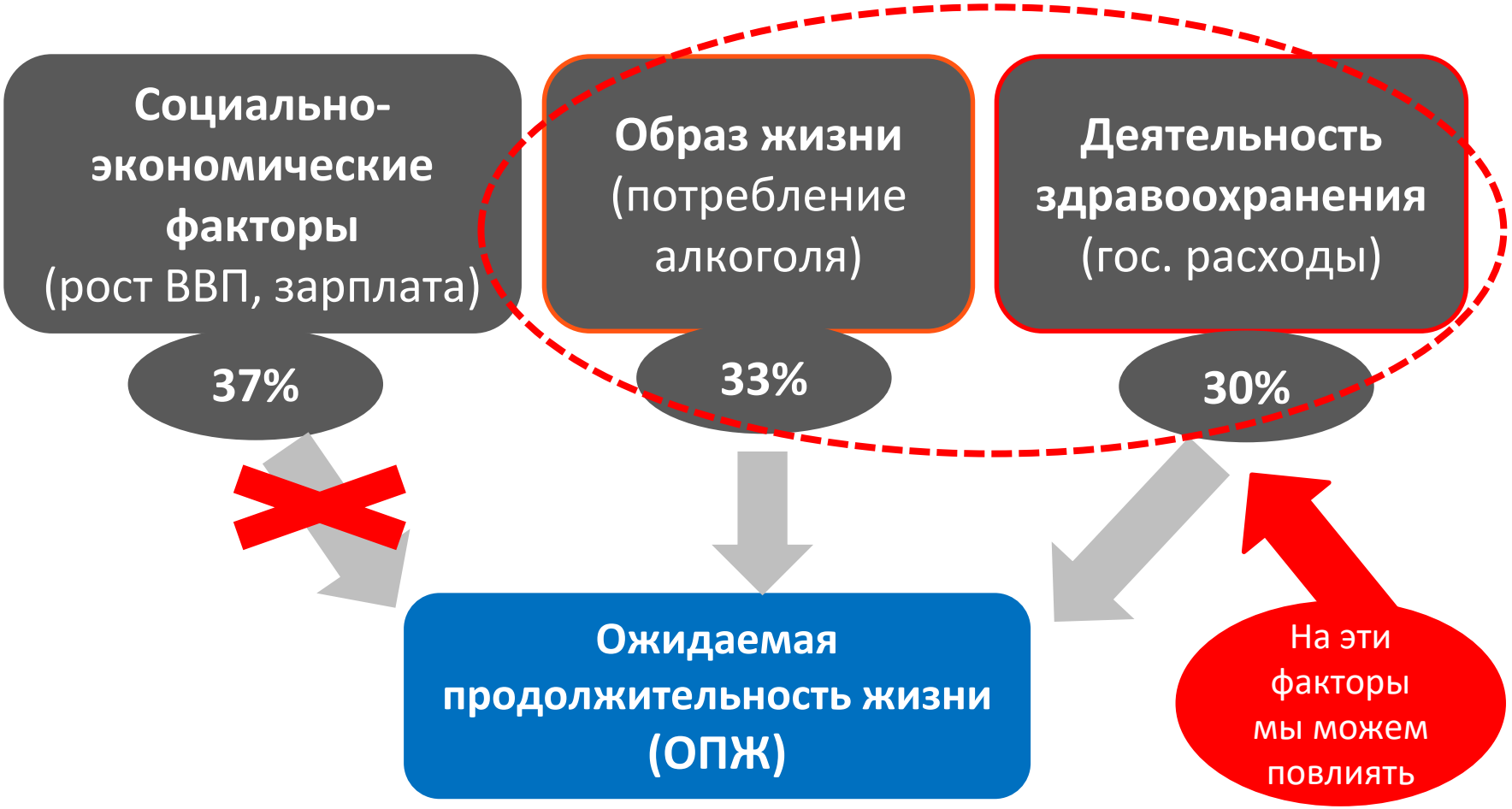
«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Росстат, Евростат, расчет ВШОУЗ-КМК.

В РФ смертность (СКС) от БСК
В 1,4 РАЗА ВЫШЕ, чем в «новых-8» странах ЕС, и
В 3 РАЗА ВЫШЕ, чем в «старых» странах ЕС



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

Чтобы понять, как исправить положение, надо знать, что влияет НА СМЕРТНОСТЬ И ОПЖ

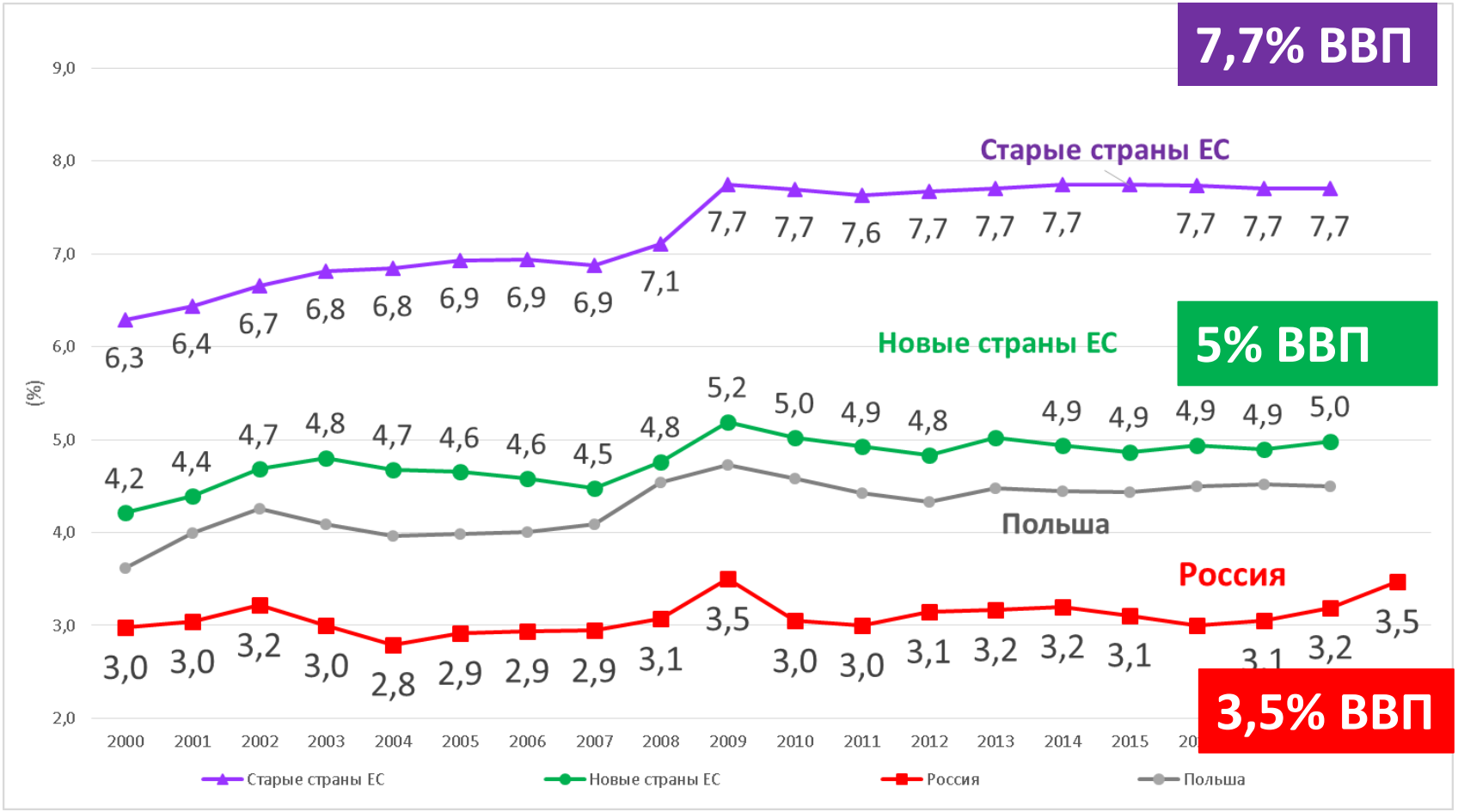


Данные регрессионного анализа по статданным по всем регионам РФ и по РФ в целом за период 2011-2018 гг.

Кризис системы здравоохранения РФ

ВЦИОМ, ИТОГИ 2020 г. https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/itogi-2020-go-sobytija-ljudi-ocenki-ozhidanija-ot-2021-go	Все опрошенные,% до 3-х ответов
Обеспечение пациентов доступными лекарствами, ликвидация дефицита препаратов	**45**
Укомплектование штатов медицинского персонала	**39**
Расширение сети фельдшерско-акушерских пунктов на селе и малодоступных территориях	**34**
Обеспечение денежных выплат медикам, работающим с больными Ковид-19	28
Ремонт помещений больниц и поликлиник	23
Строительство новых медицинских учреждений	20
Улучшение системы профилактики болезней и пропаганды здорового образа жизни	14
Развитие информатизации и электронных услуг (телемедицина, электронная медкарта и прочее)	7
Повышение качества работы страховых компаний в рамках ОМС	7
Другое	11
Затрудняюсь ответить	5

Длительное недофинансирование здравоохранения. В РФ доля в ВВП государственных расходов на здравоохранение (бюджеты всех уровней и ОМС) в 1,6 раза ниже, чем в «новых-8» странах ЕС и в 2,4 раза ниже, чем в «старых» странах ЕС



Что беспокоит медицинских работников? ВСЕГО работников здравоохранения ~4 млн.

1. **НИЩЕНСКАЯ** оплата труда: базовые оклады: **от 12 тыс. до 35 тыс. руб.**, а у медицинских сестер – **от 10 тыс. до 20 тыс. руб**.

2. **ПЕРЕГРУЗКИ**, приводящие к выгоранию (**70%**)

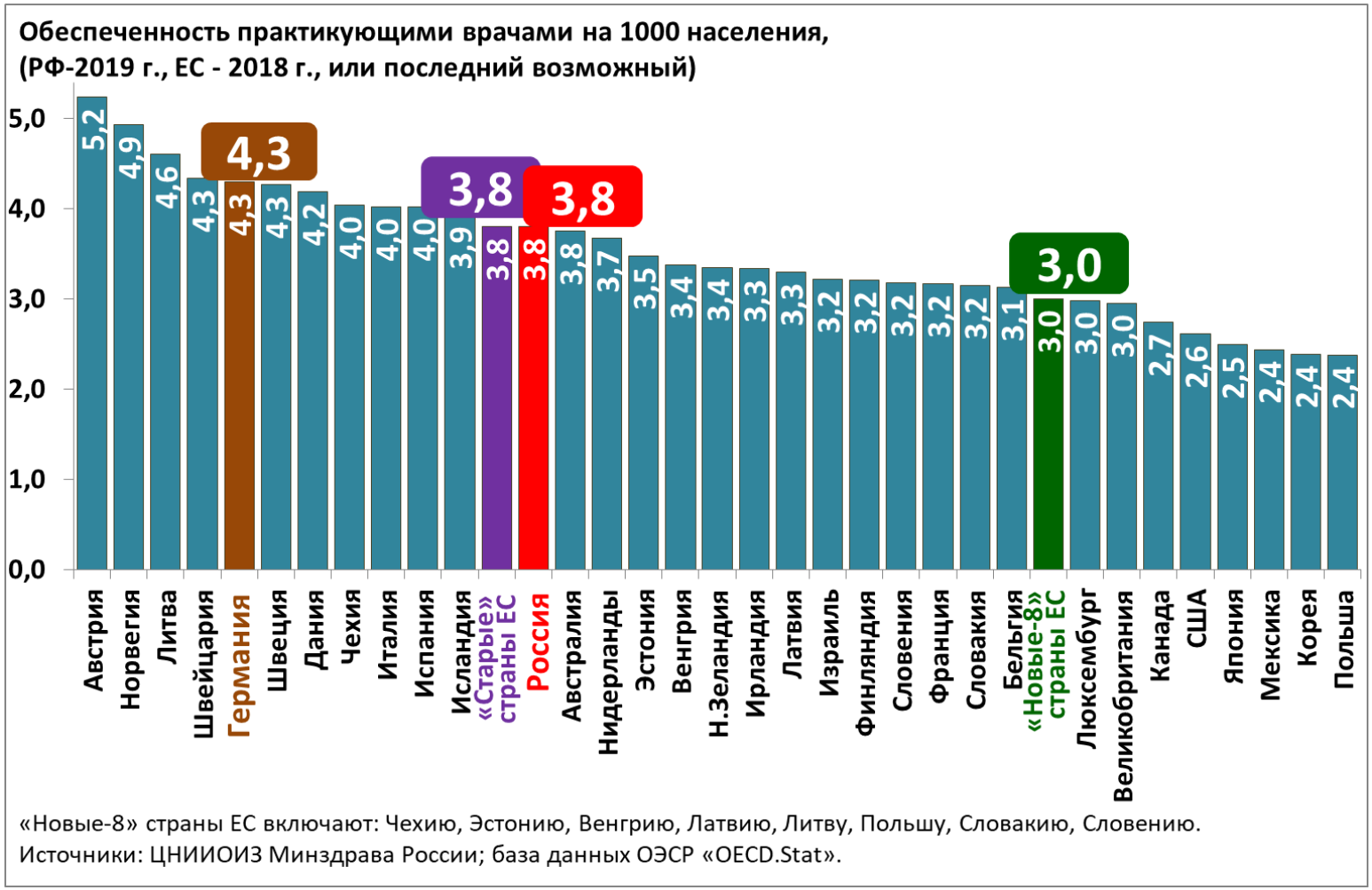
3. **ИЗБЫТОЧНЫЕ** требования и документооборот

4. **НЕУВАЖЕНИЕ** общества, доходящее до потребительского экстремизма и «давление» вышестоящего начальства

5. **ОТСУТСТВИЕ** условий для непрерывного медицинского образования
6. **ОТСУТСТВИЕ** единой цели, видения будущего

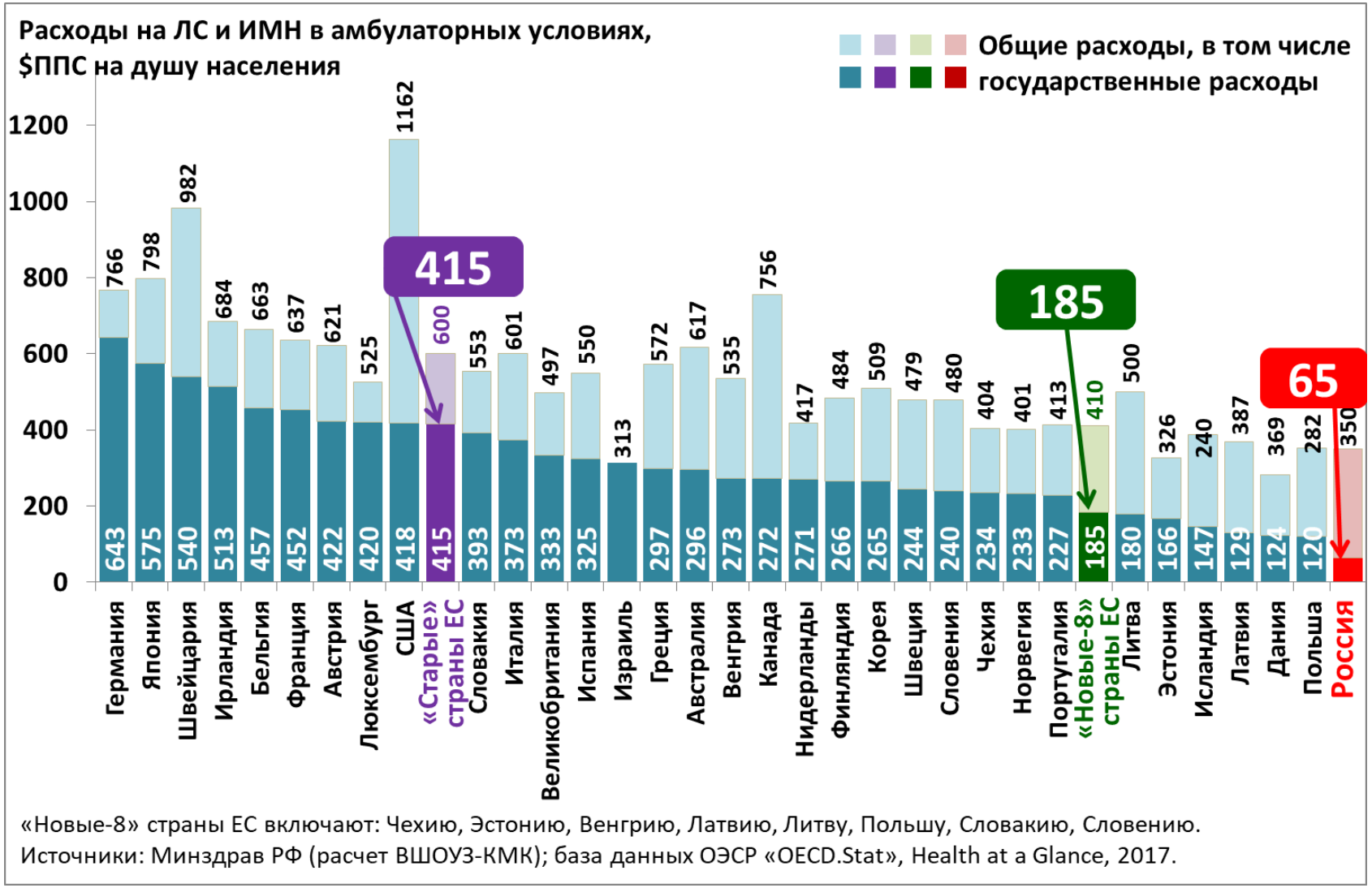
Губительные реформы: с 2012 по 2018 гг. в РФ потоки больных увеличились, а мощности и финансирование системы здравоохранения сократились – ЭТО ЛИШИЛО НАС РЕЗЕРВОВ!

Дефицит кадров: обеспеченность практикующими врачами в РФ при большем потоке больных и меньшей плотности населения на 12% ниже, чем в Германии и находится на уровне «старых» стран ЕС



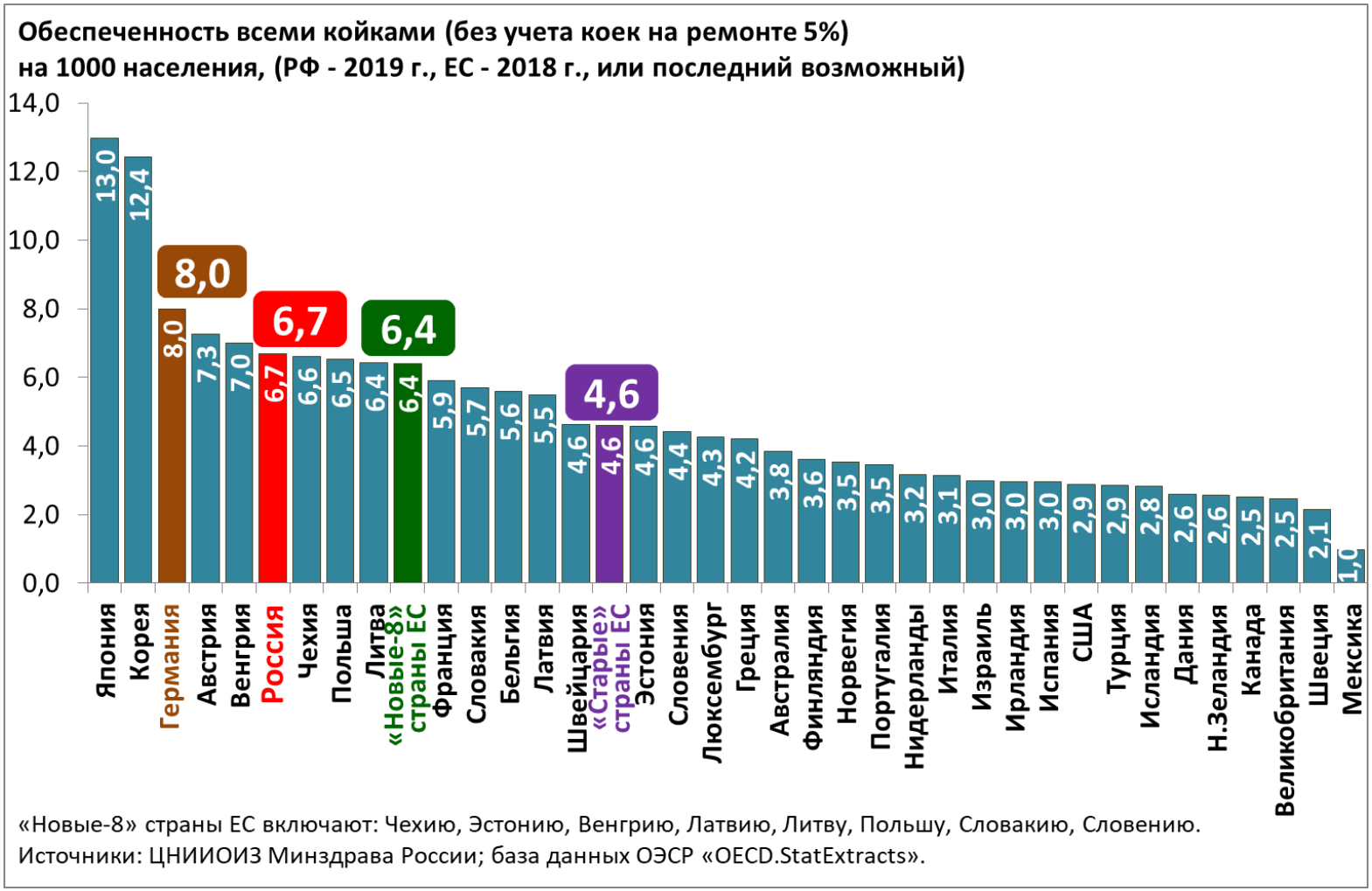
«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Дефицит бесплатных лекарств в амбулаторных условиях: государственные расходы на них в РФ в 2,8 раза ниже, чем в «новых-8» странах ЕС, и только 9 млн. чел. имеет доступ к ним



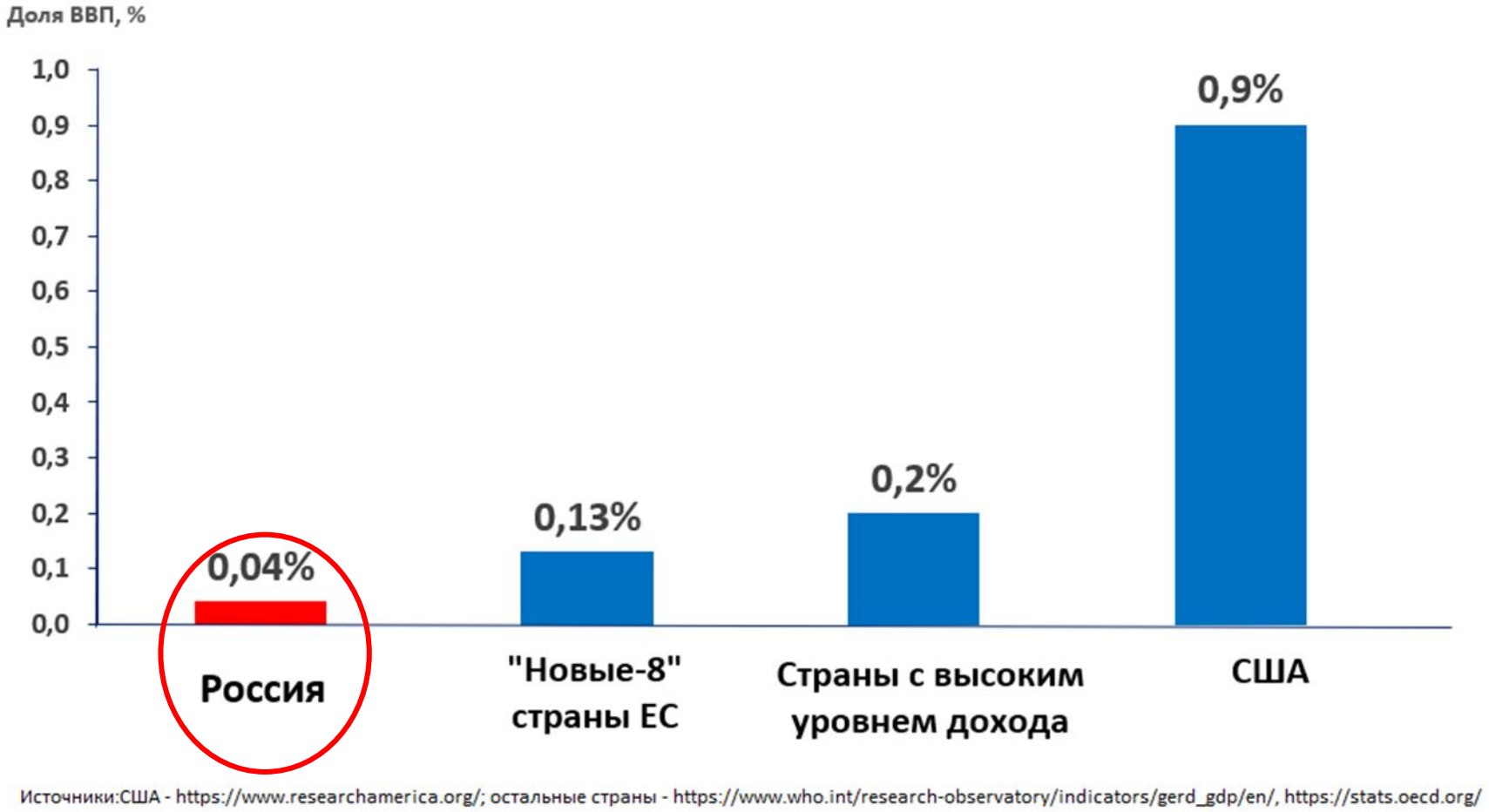
«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Минздрав РФ (расчет ВШОУЗ-КМК); база данных ОЭСР «OECD.Stat», Health at a Glance, 2017.

Дефицит коечных мощностей: обеспеченность койками в РФ при большем потоке больных и меньшей плотности населения на 16% ниже, чем в Германии. Изношенность основного фонда в здравоохранении (70-80%), непригодное состояние - до 30% зданий



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России; база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts».

В РФ в 2019 г. расходы на науку в области медицины и здоровья человека в доле ВВП в 5 раз меньше, чем в развитых странах, и в 23 раза меньше, чем в США. В РФ 85% расходов за счет государства, в развитых странах – 50%.

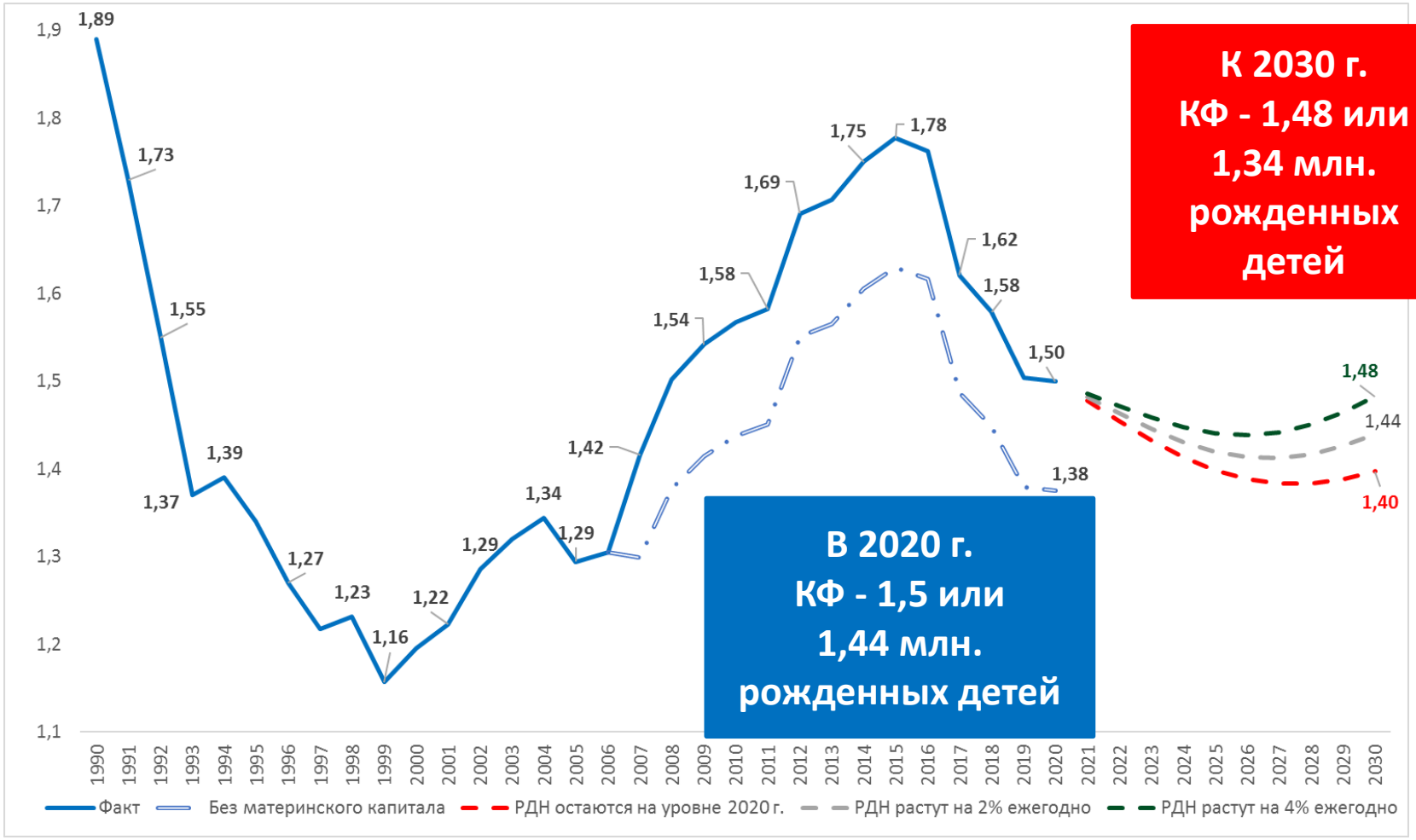


Источники:США - https://www.researchamerica.org/; остальные страны - https://www.who.int/research-observatory/indicators/gerd_gdp/en/, https://stats.oecd.org/

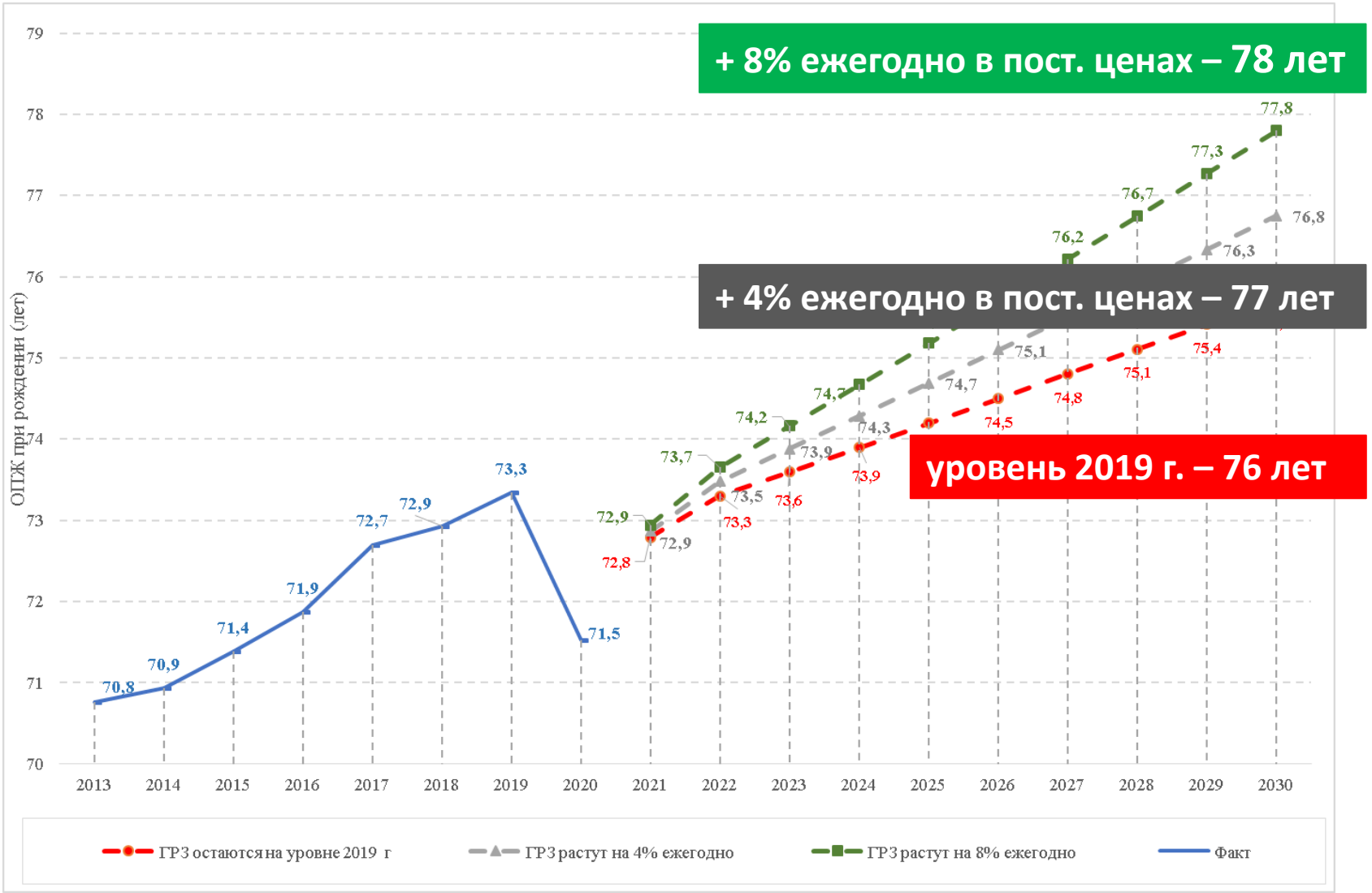
2.

КАКИЕ РЕСУРСЫ НЕОБХОДИМЫ, ЧТОБЫ ДОСТИЧЬ НАЦИОНАЛЬНЫХ ЦЕЛЕЙ

В РФ в период 2020-2030 гг. при сохранении базовых условий (доля женщин 20-34 лет в общей численности женщин детородного возраста и наличие материнского капитала до 2030 г.) КОЭФФИЦИЕНТ ФЕРТИЛЬНОСТИ может достигнуть 1,48 только при ежегодном увеличении доходов населения на 4%



Для достижения ОПЖ 78 лет к 2030 г. необходимо каждый год дополнительно увеличивать госфинансирование на 400 млрд. руб. (+8%) в постоянных ценах при условии, что ВВП будет расти с темпом +3,5%, а потребление алкоголя к 2030 г. снизится на 45%. Это в текущих ценах 7 трлн. руб. в 2025 г.(5% ВВП) и 12 трлн. руб. в 2030 г. (6% ВВП)



С 2019 по 2020 гг. госраходы на здравоохранение возросли (Нацпроект «Здравоохранение» и пандемия) до 4,6% ВВП. Но с 2020 г. по 2024 г. они сокращаются на 4% в постоянных ценах и в доле ВВП до 3,7%

Государственные расходы на здравоохранение_прогноз на 2022 и плановый период 2023-2024 гг.

Наименование показателя	2020	2021	2022	2023	2024	2021/ 2020, прирост	2024/ 2020, прирост
	факт[1]	прогноз					
Макроэкономические показатели[2]							
ВВП в текущих ценах, млрд руб.	**106 968**	**124 400**	**133 300**	**141 900**	**151 500**	16%	42%
Инфляция (ИПЦ), декабрь к декабрю предыдущего года	4,90	5,80	4,00	4,00	4,00	x	x
Государственные расходы на здравоохранение[3]							
Государственные расходы на здравоохранение в текущих ценах, млрд руб.	**4 964,0**	**5 060,0**	**5 187,0**	**5 377,0**	**5 656,0**	2%	14%
Государственные расходы на здравоохранение в ценах 2012 г., млрд руб.	3 045,9	2 934,6	2 892,6	2 883,2	2 916,1	-4%	-4%
Государственные расходы на здравоохранение в доле ВВП	4,6%	4,1%	3,9%	3,8%	3,7%	x	x
из них: расходы федерального бюджета							
Расходы федерального бюджета в текущих ценах, млрд руб.	**1 334,4**	**1 362,3**	**1 245,5**	**1 211,5**	**1 234,8**	2%	-7%
Расходы федерального бюджета в ценах 2012 г., млрд руб.	818,8	790,1	694,6	649,6	636,6	-4%	-22%
из них: расходы бюджета ФОМС							
Расходы бюджета ФОМС в текущих ценах, млрд руб.	**2 360,5**	**2 592,5**	**2 801,1**	**2 951,0**	**3 120,3**	10%	32%
Расходы бюджета ФОМС в ценах 2012 г., млрд руб.	1 448,4	1 503,6	1 562,1	1 582,3	1 608,8	4%	11%
из них: расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ[4]							
Расходы бюджетов субъектов РФ в текущих ценах, млрд руб.	**1 269,1**	**1 105,2**	**1 140,4**	**1 214,5**	**1 300,9**	-13%	3%

3.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО РАЗВИТИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

Работа, проделанная по подготовке, разъяснению и реализации данных Предложений

- Первоначальный проект Предложений был обсужден во время VIII Всероссийского конгресса «Оргздрав-2020» (24-25 мая 2020 г.), где их одобрили **более 9 тыс. участников.**
- Предложения с обоснованиями были направлены всем членам медицинского отделения РАН, руководителям региональных органов управления здравоохранением, членам Совета Национальной медицинской палаты и др., всего - более **12 тыс. писем**, получено **34,5 тыс. ответов** с учетом коллективных.
- Проведено **более 25 личных встреч:**
  - с депутатами Государственной думы и лидерами Думских партий,
  - с заместителем Председателя Совета Федерации Г.Н. Кареловой,
  - с Председателем Счетной палаты А.Л. Кудриным,
  - с руководителем Комиссии по здравоохранению Общественной палаты Л.А. Бокерией,
  - с первым заместителем Министра здравоохранения И.Н. Каграманяном (материалы переданы Министру М.А. Мурашко),
  - с **12 ведущими академиками** медицинского отделения РАН (в Москве и Санкт-Петербурге).
- Было организовано и проведено **совместное заседание Общественной палаты и Комитета Госдумы по охране здоровья** с участием Минздрава России, ФОМС, Счетной палаты и пациентских ассоциаций.

Абсолютное большинство участников дискуссии поддерживает Предложения и считает, что начать их реализацию необходимо в ближайшее время.

12 задач

ПО ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ И ФИНАНСИРОВАНИЮ 4 задачи

1. Централизовать управление российской системой здравоохранения во главе с Минздравом России
2. Восстановить бюджетную модель финансирования и сметный способ оплаты медицинских организаций
3. Ликвидировать противоречия в нормативной базе, устранить излишние требования и внедрить систему управления качеством медицинской помощи, основанную на международных критериях
4. **Увеличить государственное финансирование здравоохранения минимум до 5% ВВП к 2024 г.**

ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА И РАЗВИТИЮ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ 3 задачи

5. **Восстановить кадровый потенциал отрасли до нормативов и установить оплату труда и льготы для медицинских работников, аналогичные установленным для военнослужащих**
6. Довести качество высшего и среднего медицинского образования до уровня стандартов развитых стран
7. Довести финансирование медицинской науки до 0,12% ВВП и разработать систему управления финансированием НИРОКР для реализации долгосрочных государственных приоритетов

ПО ОБНОВЛЕНИЮ ИНФРАСТРУКТУРЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И РАЗВИТИЮ ГЧП 2 задачи

8. Восстановить инфраструктуру медицинских организаций в соответствии с установленными нормативами
9. Разработать нормативную базу по участию частных медицинских организаций в программе государственных гарантий на долгосрочной основе

ПО ВСЕОБЩЕМУ ЛЕКАРСТВЕННОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ И ЦЕЛЕВЫМ ПРОГРАММАМ 2 задачи

10. **Внедрить к 2024 г. для всех граждан программу бесплатного лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях**
11. Разработать и реализовать дополнительные целевые программы по приоритетным направлениям:
    - борьба с инфекционными заболеваниями - охрана психического здоровья граждан - школьная медицина
    - медицина труда - охрана репродуктивного здоровья – **увеличение объема услуг по санаторно-курортному лечению и долговременному уходу**

ПО КОМПЛЕКСНОЙ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН 1 задача

12. Разработать и реализовать на уровне Правительства РФ комплексную межведомственную программу по охране здоровья граждан

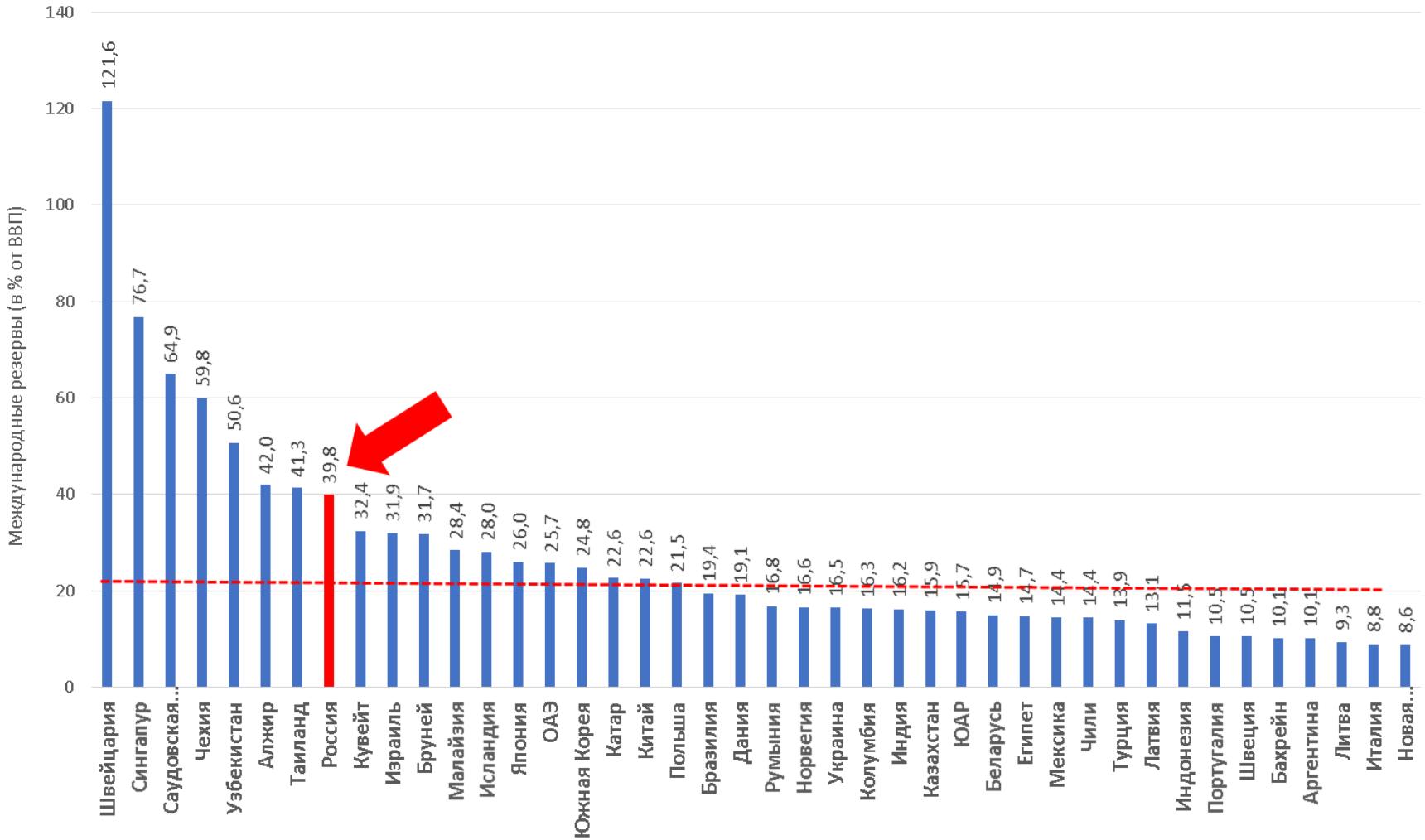
Главные задачи здравоохранения, которые должны быть реализованы в 2022 г., и депутаты новой Государственной Думы в ответе за это

1. **Увеличение государственного финансирования здравоохранения на 550 млрд. ежегодно до 5% ВВП к 2024 г.**
2. **Приоритетные направления расходования:**

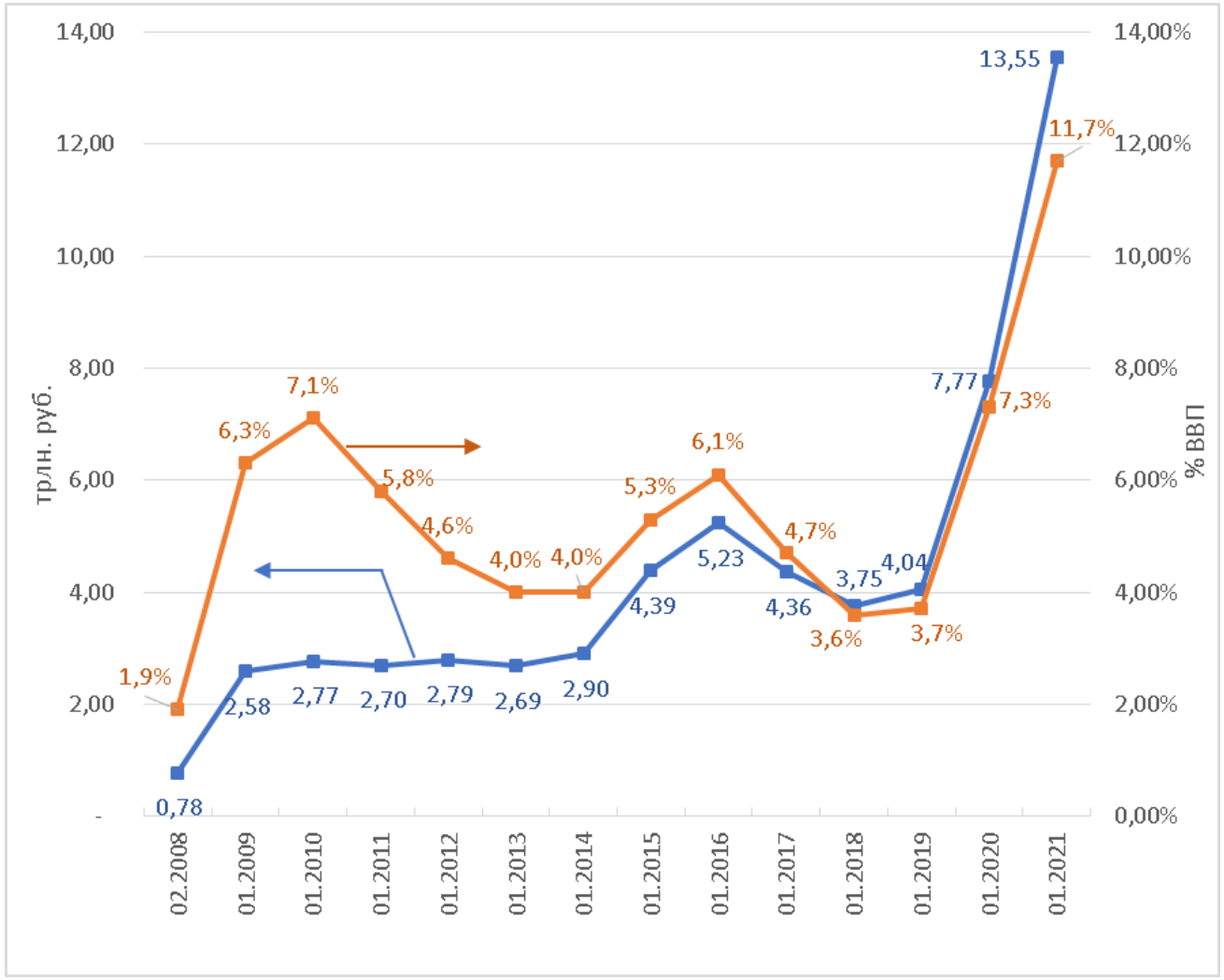
- **60%** – на повышение оплаты труда. Базовый оклад врача – **4 МРОТ**, медсестры- **2 МРОТ,** ППС медицинских вузов и НИИ- **4-8 МРОТ,** ППС медицинских училищ - **3-6 МРОТ**;
- **30%** – на обеспечение **всего населения** бесплатными лекарствами в амбулаторных условиях (система всеобщего лекарственного обеспечения);
- **10%** – на реализацию **доп. целевых программ**, на повышение квалификации медицинских работников, в том числе на программы по производственной медицине и увеличение объемов санаторно-курортного лечения.
- Увеличение финансирования медицинской науки – **в 3 раза, до 0,12% ВВП**

Откуда взять средства?

ДЕНЬГИ ЕСТЬ! В РФ золотовалютные резервы составляют почти **40% ВВП**, если бы они были на уровне **20%**, как в других развитых странах, то можно было найти эти несчастные **0,5 трлн. руб.** ежегодно



За 2 года (с 01.2019 до 01.2021) ФНБ вырос с 4,04 до 13,55 трлн. руб., а в долях ВВП – с 3,7% до 11,7% или более чем в 3 раза. Ликвидная часть ФНБ в 2020 г. превысила 7% ВВП или около 7,5 трлн. руб.



НЕ верьте **мифам** о системе здравоохранения!

1. **Дополнительные деньги в здравоохранении не нужны - надо сначала повысить эффективность и определиться с моделью. Пока мы будем определяться с моделью будут умирать люди.**

2. **Денег нет - мы сидим на мешке денег.**

3. **Нам не нужны: централизованная модель управления здравоохранением, планирование – якобы это снижает конкуренцию.** В системе, отвечающей за жизни людей, и которая дефицитна, необходима централизованная, распределительная модель управления по нормативам. При этом бесплатная медпомощь может оказываться и в частных, и в государственных медорганизациях. А элементы конкуренции должны быть по объективным показателям КМП.

4. **Пациент должен сам выбирать себе медицинскую организацию (государственную или частную) – тогда будет полный порядок.** Это требование выдвигают главные врачи и государственных, и частных медорганизаций от безысходности, от нехватки средств, которые «следуют за пациентом». На самом деле просто не хватает объёмов помощи, оплаченных за счет средств ОМС.

Здравоохранение России – «сиротинушка»! Никто нас не лоббирует!

«Чтобы пробить стену лбом, нужен или большой разбег, или много лбов»

Альберт Эйнштейн (14 марта 1879 г. - 18 апреля 1955 г.)
физик-теоретик, лауреат Нобелевской премии по физике 1921 г.,
общественный деятель-гуманист