



Г.Э. Улумбекова

**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ  
РОССИИ**



**НАДО ДЕЛАТЬ**

3-е издание



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»

## ВЫВОДЫ

1. В РФ в период с 2012 по 2018 г. ключевой показатель, характеризующий здоровье населения, — ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) — **вырос на 2,7 года** и составил **72,9 года**. Это результат реализации антиалкогольной и антитабачной политики, программ по снижению младенческой смертности и смертности от болезней системы кровообращения.
2. Однако РФ в 2018 г. по показателям здоровья **существенно отстает** от «новых-8» стран ЕС (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония), близких к нашей стране по ВВП на душу населения (соответственно 29,1 и 33,1 тыс. \$ППС):
  - ОПЖ в РФ **на 4,8 года меньше**, чем у них;
  - ОПЖ мужчин — **на 6,1 года меньше**;
  - смертность детей (0–14 лет) — **в 1,6 раза выше**;
  - смертность от инфекционных болезней — **в 3,5 раза выше** (стандартизованный показатель).
3. В РФ в период с 2014 по 2018 г. наблюдается **критическое снижение рождаемости** — почти **на 20%**. В сочетании с высокой **предотвратимой смертностью** это привело к отрицательным показателям естественного прироста населения — в 2018 г. число умерших превысило число родившихся **на 224,6 тыс. человек**.
4. На этом фоне в РФ растет общая заболеваемость населения — с 2012 г. она увеличивается со среднегодовым темпом **1% (1,4 млн случаев)**. Доля впервые выявленных инвалидов трудоспособного возраста сохраняется **высокой — 44%**. Серьезную озабоченность вызывает увеличение детской и подростковой заболеваемости и инвалидности, которая с 1991 г. выросла **почти в 6 раз**.
5. Показано, что в РФ ОПЖ определяется темпом роста ВВП — **на 37%**, образом жизни населения (потребление алкоголя) — **на 33%**, увеличением государственного финансирования здравоохранения — **на 30%**. Отсюда следует, что отставание РФ по показателям здоровья населения от развитых стран связано с:
  - низкими доходами граждан — средняя заработная плата в экономике **в 1,5 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (по \$ППС);
  - высоким потреблением алкоголя — **на 9% выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **на 35% выше**, чем в Канаде и США;
  - высокой распространенностью курения — **в 1,4 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **2,5 раза выше**, чем в Канаде и США;
  - **существенным хроническим недофинансированием здравоохранения из государственных источников — в 1,9 раза ниже, чем в «новых-8» странах ЕС (по \$ППС на душу населения)**.
6. В РФ в период с 2012 по 2018 г. на фоне роста потоков заболевших и так недостаточные государственные расходы на здравоохранение в постоянных ценах **ежегодно сокращались**. В 2018 г. они были **на 4% ниже**, чем в 2012 г. Это, естественно, привело к **сокращению мощностей системы здравоохранения**. Обеспеченность практикующими врачами в государственных и муниципальных организациях по отдельным данным снизилась **на 12%** (на 46 тыс. чел.), в результате она стала на уровне «старых» стран ЕС и даже **на 14% ниже**, чем в Германии. При этом значительный дефицит медицинских работников сложился в первичном звене здравоохранения, где врачей **в 1,5 раза меньше** необходимого, средних медицинских работников — **в 1,8 раза меньше**, фельдшеров — **в 1,9 раза меньше**. Число медицинских организаций сократилось **на 8%** (на 668 МО), обеспеченность стационарными койками — **на 15%** (на 160 тыс.), в результате в РФ она стала **на 15% ниже**, чем в Германии. При этом в нашей стране имеется значительно **большая** потребность в медицинской помощи, чем в названных странах.

7. В РФ в период с 2012 по 2018 г. сокращение ресурсов и мощностей системы здравоохранения привело к **снижению** гарантированных объемов массовых видов медицинской помощи: число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений сократилось **на 12%**, госпитализаций — **на 6%**, вызовов скорой помощи — **на 3%**. Одновременно, на фоне ежегодного роста заболеваемости населения и сокращения обеспеченности медицинскими работниками, увеличилась их нагрузка, поэтому повышение среднемесячной начисленной заработной платы в постоянных ценах (2013 г. = 100%) у врачей **на 25%**, а у среднего медицинского персонала — **на 8%**, оказалось **недостаточным**.
8. Такая ситуация в здравоохранении привела к **исчерпанию резервов отрасли** и легла дополнительным бременем на бюджеты российских семей, что закономерно вызвало **недовольство** населения и медицинских работников — по опросам ВЦИОМ, сегодня здравоохранение — **проблема № 1**, которая волнует граждан РФ.

## ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Президентом РФ поставлена общенациональная цель — увеличение **ОПЖ до 78 лет к 2024 г.** Реализация НП «Здравоохранение» и «Демография» — важнейший шаг в этом направлении, однако для достижения цели потребуются дополнительные меры и финансовые ресурсы.
2. Показано, чтобы в РФ достичь ОПЖ **77-78 лет** при соблюдении самых благоприятных базовых условий (рост ВВП **на 4%** ежегодно и снижение потребления алкоголя **на 40%** к 2024 г.), потребуются увеличение государственного финансирования здравоохранения соответственно **на 10 и 15% ежегодно** в постоянных ценах (2018 г. = 100%). Для увеличения расходов на здравоохранение **на 10%** ежегодно потребуется в среднем **дополнительно 820 млрд руб.** в год в постоянных ценах (всего за 6 лет 5 трлн руб. дополнительно к 1,7 трлн руб., заложенных в НП «Здравоохранение»). Такой рост государственных расходов на здравоохранение к 2024 г. будет соответствовать **5% ВВП**. Это как раз тот уровень, который сегодня сложился в «новых-8» странах ЕС, где ОПЖ составляет **78 лет**.
3. Названные средства (820 млрд руб.) должны пойти на следующие приоритетные направления:
  - **Ликвидация дефицита** медицинских кадров, повышение оплаты их труда и выравнивание ее по регионам — **320 млрд руб.**, при этом опережающим темпом должна расти оплата труда медицинских работников первичного звена и в сельской местности. Потребуется также новые подходы к организации ПМСП.
  - **Масштабное повышение квалификации медицинских кадров** — **60 млрд руб.**, в том числе индексация оплаты труда профессорско-преподавательского состава медицинских вузов (не менее 300% к средней оплате труда в экономике); повышение их квалификации, создание условий в медицинских организациях для непрерывного образования.
  - Реализация программы **всеобщего лекарственного обеспечения** населения в амбулаторных условиях — **320 млрд руб.**
  - Реализация программ по снижению заболеваемости и смертности **детей и подростков** и смертности **от инфекционных заболеваний** — **по 30 млрд руб.**
  - Увеличение **тарифов** по оплате медицинских услуг для включения современных методов лечения и увеличение **объемов** медицинской помощи в связи с ростом числа заболевших — **30 млрд руб.**
  - **Обновление материально-технической базы центральных районных больниц** и межрайонных медицинских центров — **20 млрд руб.** (в 2020–2021 гг. — по 30 млрд руб., далее — по 10 млрд руб. ежегодно).
  - Реализация программ, направленных на формирование у населения здорового образа жизни — **10 млрд руб.**
4. Увеличение оплаты труда медицинских работников одновременно будет способствовать росту покупательной способности населения, а значит, и **развитию экономики РФ**. **Только** при названном увеличении финансирования и расходовании средств на обозначенные приоритеты будет возможен рост ОПЖ **до 77 лет** к 2024 г., повышение удовлетворенности населения и медицинских работников, а значит, **снижение напряженности в обществе**.

Ответственный редактор: *А.В. Калашикова*

**Улумбекова, Г. Э.**  
У49 **Здравоохранение России. Что надо делать. Состояние и предложения: 2019–2024 гг. / Г. Э. Улумбекова. — 3-е изд. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 416 с. : ил. — DOI: 10.33029/9704-5417-6-3-NR-2019-1-416.**

ISBN 978-5-9704-5417-6

В третьем издании монографии «Здравоохранение России. Что надо делать» обосновано, что надо делать в здравоохранении РФ на федеральном и региональном уровнях для достижения общенациональной цели, поставленной Президентом РФ, — увеличения ожидаемой продолжительности жизни с нынешних 72,9 года до 78 лет к 2024 г. В нем представлен анализ медико-демографических показателей РФ, факторов, определяющих здоровье населения, состояния и деятельности системы здравоохранения РФ с акцентом на последние 6 лет. Оценена достаточность мер, предусмотренных в Государственной программе «Развитие здравоохранения», Национальных проектах «Здравоохранение» и «Демография», для достижения общенациональной цели. Обоснованы дополнительные предложения по приоритетным направлениям развития здравоохранения на период 2019–2024 гг. и сделаны расчеты необходимого финансирования. Представлены рейтинги регионов РФ по эффективности управления системой охраны здоровья населения. Третье издание книги актуализирует и дополняет второе, содержит ссылки на те его разделы, которые не требовали изменений и не вошли в настоящее издание, поэтому желательно рассматривать их вместе.

Информация представлена наглядно — в книге 211 рисунков и 46 таблиц. Монография предназначена организаторам здравоохранения, медицинским работникам, экономистам.

УДК 614.2(470+571)  
ББК 51.1(2Рос)

*Права на данное издание принадлежат ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».*

© Улумбекова Г.Э., 2019  
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2019  
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»,  
оформление, 2019

ISBN 978-5-9704-5417-6

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие .....	11
Список сокращений .....	14
Введение .....	17

## ЧАСТЬ I. АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РФ И ФАКТОРОВ, ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ

<b>Глава 1. Демографические показатели и показатели здоровья населения РФ в динамике с 1980 по 2018 г. ....</b>	<b>20</b>
1.1. Демографические показатели .....	20
1.2. Показатели здоровья населения .....	33
1.3. Смертность и заболеваемость инфекционными болезнями .....	36
1.4. Смертность и заболеваемость детей и подростков .....	55
<b>Глава 2. Ключевые факторы, влияющие на здоровье населения РФ, в динамике с 2012 по 2018 г. ....</b>	<b>69</b>
2.1. Факторы, определяющие здоровье населения .....	69
2.2. Количественная оценка влияния факторов, определяющих здоровье населения ( <i>соавторы Нигматулин Б.И., Гинойн А.Б.</i> ) .....	71
2.3. Показатели социально-экономического развития .....	73
2.4. Образ жизни населения .....	75
<b>Глава 3. Ресурсы и деятельность системы здравоохранения РФ в динамике с 2012 по 2018 г. ....</b>	<b>79</b>
3.1. Финансирование здравоохранения .....	79
3.2. Обеспеченность медицинскими кадрами и их оплата труда .....	89
3.3. Число медицинских организаций и коечный фонд стационаров .....	96
3.4. Объемы медицинской помощи .....	100
3.5. Лекарственное обеспечение населения .....	103

## ЧАСТЬ II. ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО РАЗВИТИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ: 2019–2024 гг.

<b>Глава 4. Стратегические документы по развитию здравоохранения РФ .....</b>	<b>108</b>
4.1. Нормативная база по стратегическому планированию .....	108
4.2. Национальный проект «Здравоохранение» .....	111
4.3. Национальный проект «Демография» .....	116
4.4. Стратегия развития здравоохранения РФ на период до 2025 г. ....	117
4.5. Государственная программа «Развитие здравоохранения» .....	120
4.6. Прогнозы динамики экономических и демографических показателей в РФ до 2024 г. ....	134

<b>Глава 5. Предложения по развитию здравоохранения РФ на период 2019–2024 гг.</b> .....	137
5.1. Сценарные условия достижения ОПЖ 78 лет и необходимые объемы финансирования здравоохранения .....	137
5.2. Декомпозиция целевых показателей ОПЖ до 2024 г. (соавтор <i>Гинойн А.Б.</i> ) .....	140
5.3. Программно-целевое управление достижением в РФ ОПЖ 78 лет к 2024 г.: главные приоритеты .....	145
5.4. Обеспечение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи .....	154
5.5. Увеличение доступности ЛС для населения РФ .....	174
5.6. Оптимизация системы обязательного медицинского страхования ...	209
5.7. Формирование у населения РФ приверженности к здоровому образу жизни (соавтор <i>Прохоренко Н.Ф.</i> ) .....	225
5.8. Развитие федерального проекта «Старшее поколение» .....	232
5.9. Развитие федерального проекта «Национальные центры» .....	257
5.10. Устранение противоречий в нормативной базе здравоохранения РФ, включая вопросы обеспечения качества медицинской помощи .....	268
5.11. Показатели для оценки качества медицинской помощи на основе международного опыта .....	292
5.12. Развитие системы непрерывного медицинского образования и федерального проекта «Обеспечение системы здравоохранения квалифицированными кадрами» .....	315
5.13. Рейтинги эффективности регионов РФ: управление здравоохранением и системой охраны здоровья (соавторы <i>Прохоренко Н.Ф., Гинойн А.Б.</i> ) .....	326
5.14. Развитие здравоохранения регионов Арктической зоны РФ (соавтор <i>Калашникова А.В.</i> ) .....	344
5.15. Развитие здравоохранения Дальневосточного федерального округа РФ .....	376
5.16. Анкеты по оценке доступности первичной медико-санитарной помощи и приверженности населения к здоровому образу жизни .....	392
5.17. Распределение финансовых ресурсов по приоритетным направлениям развития здравоохранения на 2019–2024 гг. ....	400
Список литературы .....	406

# ПРЕДИСЛОВИЕ

## *Уважаемые коллеги!*

Перед вами **третье издание** монографии «Здравоохранение России. Что надо делать». Первое издание вышло в **2010 г.**, второе — в **2015 г.** Настоящее издание подготовлено, чтобы обосновать, что надо делать в здравоохранении РФ на федеральном и региональном уровнях для достижения общенациональной цели, поставленной в Указе Президента РФ от 07.05.2018 № 204<sup>1</sup>, — увеличения ОПЖ с нынешних **72,9 года до 78 лет к 2024 г.** Третье издание актуализирует и дополняет второе, содержит ссылки на те его разделы, которые не требовали изменений и не вошли в настоящее издание. В этой связи желательно рассматривать их **вместе.**

В **первом издании** (2010 г.) был сделан системный анализ медико-демографических показателей РФ в динамике с 1970 г. и в сравнении с развитыми странами; факторов, определяющих здоровье населения; системы здравоохранения РФ и международного опыта реформирования здравоохранения. На этом основании был сформирован **проект Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 г.** Для ее реализации было обосновано необходимое финансирование — увеличение его **на 10%** ежегодно в постоянных ценах (2007 г. = 100%). В проекте Стратегии для увеличения ОПЖ и повышения доступности и качества медицинской помощи было предложено **увеличить оплату труда** медицинских работников и профессорско-преподавательского состава вузов **в 2 раза**; справедливо распределять финансовые ресурсы здравоохранения между субъектами РФ путем их **централизации в ФОМС**; развивать первичное звено здравоохранения; **увеличить в 2 раза лекарственное обеспечение** населения в амбулаторных условиях, распространив его на все категории граждан; повысить **эффективность управления здравоохранением путем предоставления автономии** государственным и муниципальным медицинским организациям; реализовать масштабную программу по снижению потребления алкоголя и табака.

Из названных предложений в период с 2010 по 2015 г. были реализованы следующие: в соответствии с майским указом Президента РФ от 2012 г. **проведено увеличение оплаты труда** медицинских работников (до 200% у врачей и до 100% у средних медицинских работников по отношению к средней оплате труда в экономике региона), **осуществлена** централизация финансирования всех средств ОМС в бюджете ФОМС, реализована **антиалкогольная концепция** (распоряжение Правительства РФ от 30.12.2009 № 2128-р), принято **анти-табачное законодательство** (Федеральный закон РФ от 23.02.2013 № 15-ФЗ). В результате в РФ с 2010 по 2018 г. потребление алкоголя **снизилось на 30%**, а распространенность курения с 2012 по 2018 г. **сократилась на 21%**, что положительно сказалось на показателях здоровья. Однако увеличение оплаты труда медицинских работников **не сопровождалось** соответствующим увеличением финансирования здравоохранения, напротив, с 2012 по 2015 г.

<sup>1</sup> «0 национальных целей и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 г.».



оно **сократилось на 6%** в постоянных ценах (2012 г. = 100%). Более того, для изыскания дополнительных средств на оплату труда была реализована масштабная **программа «оптимизации»** (то есть сокращения ресурсов и мощностей государственной системы здравоохранения). Одновременно часть и без того недостаточных финансовых ресурсов здравоохранения была направлена в пользу строительства и обеспечения деятельности высокотехнологичных центров, в том числе перинатальных, тем самым существенно **снизились** расходы на оказание наиболее массовых видов медицинской помощи — первичной медико-санитарной, скорой и специализированной. Это, естественно, привело к росту числа недовольных системой здравоохранения почти **до 70%**, более того, в 2014 г. впервые за последние 8 лет **перестал снижаться** общий коэффициент смертности.

В этой связи **во втором издании** (2015 г.) была научно обоснована **недопустимость «оптимизации»** здравоохранения и сокращения объемов скорой и стационарной медицинской помощи. В нем были также сформированы **антикризисный план** по улучшению ситуации в здравоохранении, предложения по созданию системы обеспечения **качества медицинской помощи** в соответствии с международными стандартами, по развитию системы **непрерывного медицинского образования** с использованием дистанционных технологий, реструктуризации коечного фонда с формированием системы долговременного ухода за гражданами старшей возрастной группы и инвалидами. И вновь, как и в первом издании, **настоятельно рекомендовано увеличить государственные расходы на здравоохранение до 5% ВВП.**

В РФ в период с 2015 по 2018 г. на фоне ежегодного **снижения** государственного финансирования здравоохранения в постоянных ценах (2012 г. = 100%) было достигнуто увеличение ОПЖ **на 2,7 года**. Это результат продолжения политики по снижению потребления алкоголя и табакокурения, снижения младенческой смертности, организации трехуровневой системы оказания медицинской помощи больным с инфарктами и инсультами и, как следствие, снижения смертности от этих причин. Однако к настоящему времени из-за **длительного недофинансирования** российского здравоохранения и сокращения его ресурсной базы **все резервы** для совершения прорыва в увеличении продолжительности жизни до 78 лет и повышении доступности и качества медицинской помощи **полностью исчерпаны**. Это напрямую выражается в высоком уровне **недовольства** как со стороны пациентов, так и медицинских работников.

В этой связи очень важна реализация НП «Здравоохранение» и «Демография», предусмотренных названным Указом Президента РФ. Однако для достижения цели по увеличению ОПЖ потребуются **дополнительные меры** и финансовые ресурсы. **Третье издание** как раз посвящено вопросам анализа состояния здоровья населения и системы здравоохранения РФ **с акцентом на последние 6 лет**, оценке достаточности мер, предусмотренных в Государственной программе «Развитие здравоохранения» до 2024 г., НП «Здравоохранение» и «Демография», для достижения общенациональной цели и, главное, **научному обоснованию дополнительных предложений** по приоритет-



ным направлениям развития здравоохранения на период 2019–2024 гг. и **необходимого для их реализации финансирования**. Главные выводы и предложения монографии представлены на развороте издания.

Проделанная автором работа стала возможной благодаря неоднократно обсуждению ключевых проблем и предложений **с руководителями здравоохранения регионов РФ** — это республики Башкортостан, Татарстан, Чувашия, Якутия, ХМАО, ЯНАО, Архангельская, Иркутская, Кировская, Пензенская, Рязанская области, регионы Дальневосточного федерального округа, Арктической зоны РФ. Положения настоящего издания неоднократно обсуждались на экспертных заседаниях **Российской академии наук**, Общероссийского народного фронта, на Российском инвестиционном форуме (г. Сочи), **Петербургском международном экономическом форуме**, Восточном экономическом форуме (г. Владивосток), Международном арктическом форуме «Арктика — территория диалога», на научных семинарах и конференциях Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ-КМК<sup>1</sup>), в том числе на ежегодной конференции для руководителей здравоохранения «**Оргздрав — эффективное управление медицинской организацией**»<sup>2</sup>. Всем участникам этих дискуссий автор выражает глубокую благодарность.

Хотелось бы надеяться, что к 2024 г. всем нам, кто занимается вопросами управления здравоохранением, наконец-то удастся добиться увеличения государственного финансирования здравоохранения и направить эти средства на решение приоритетных проблем, тем самым **обеспечить выход отечественного здравоохранения на траекторию взлета**.

Д-р мед. наук Г.Э. Улумбекова

<sup>1</sup> <https://www.vshouz.ru/>

<sup>2</sup> <https://www.vshouz.ru/orgzdrav2019/>

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АО	— автономный округ
АПУ	— амбулаторно-поликлиническое учреждение
АТХ	— анатомо-терапевтическо-химическая классификация
БМКП	— биомедицинский клеточный продукт
БСК	— болезни системы кровообращения
ВА	— врачебная амбулатория
ВВП	— валовой внутренний продукт
ВЗН	— высокозатратные нозологии
ВИЧ	— вирус иммунодефицита человека
ВМП	— высокотехнологичная медицинская помощь
ВОЗ	— Всемирная организация здравоохранения
ВОП	— врач общей практики
ВРП	— валовой региональный продукт
ВЦИОМ	— Всероссийский центр изучения общественного мнения
ВЦП	— ведомственная целевая программа
ВШОУЗ-КМК	— Высшая школа организации и управления здравоохранением — Комплексный медицинский консалтинг
ГРЗ	— государственные расходы на здравоохранение
ГРЛС	— Государственный реестр лекарственных средств
ГТО	— «Готов к труду и обороне»
ДЛО	— дополнительное лекарственное обеспечение
ДМС	— добровольное медицинское страхование
ДПО	— дополнительное профессиональное образование
ДФО	— Дальневосточный федеральный округ
ЕГИСЗ	— Единая государственная информационная система здравоохранения
ЕМИСС	— Единая межведомственная информационно-статистическая система
ЕС	— Европейский союз
ЖНВЛП	— жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты
ЗОЖ	— здоровый образ жизни
ИМН	— изделия медицинского назначения
ИМНИП	— изделия медицинского назначения для недлительного индивидуального пользования
ИПЦ	— индекс потребительских цен
КМД	— качество медицинской деятельности
КМП	— качество медицинской помощи
КПГ	— клинико-профильные группы
КСГ	— клинико-статистические группы
КСЖ	— коэффициент смертности женщин
КСМ	— коэффициент смертности мужчин

КТ	— компьютерный томограф (компьютерная томография)
ЛП	— лекарственный препарат
ЛПУ	— лечебно-профилактическое учреждение
ЛС	— лекарственное средство
МВД	— Министерство внутренних дел
МИС	— медицинская информационная система
МЛУ	— множественная лекарственная устойчивость
ММЦ	— межрайонный медицинский центр
МНН	— международное непатентованное наименование
МО	— медицинская организация
МРТ	— магнитно-резонансный томограф (магнитно-резонансная томография)
НИЗ	— неинфекционное заболевание
НИИ	— научно-исследовательский институт
НИОКР	— научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы
НИР	— научно-исследовательская работа
НИУ ВШЭ	— Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»
НИЦ	— научно-исследовательский центр
НКО	— некоммерческая организация
НКПП	— Национальный календарь профилактических прививок
НМИЦ	— научный медицинский исследовательский центр
НМО	— непрерывное медицинское образование
НМП	— Национальная медицинская палата
НП	— Национальный проект
ОКС	— общий коэффициент смертности
ОМНК	— обобщенный метод наименьших квадратов
ОМС	— обязательное медицинское страхование
ОНЛС	— обеспечение необходимыми лекарственными средствами
ОНМК	— острое нарушение мозгового кровообращения
ОНФ	— Общероссийский народный фронт
ОПЖ	— ожидаемая продолжительность жизни
ОЭСР	— Организация экономического сотрудничества и развития
ПГГ	— Программа государственных гарантий
ПМСП	— первичная медико-санитарная помощь
ПНП	— приоритетный национальный проект
ППС	— паритет покупательной способности
ПФО	— Приволжский федеральный округ
РАН	— Российская академия наук
РНИМУ	— Российский национальный исследовательский медицинский университет
СДД	— стандартная дневная доза
СЗФО	— Северо-Западный федеральный округ
СКС	— стандартизованный коэффициент смертности

СКФО	— Северо-Кавказский федеральный округ
СМИ	— средства массовой информации
СМО	— страховая медицинская организация
СМП	— скорая медицинская помощь
СФО	— Сибирский федеральный округ
ТППГ	— территориальная программа государственных гарантий
ТФОМС	— территориальный фонд обязательного медицинского страхования
УФО	— Уральский федеральный округ
ФАП	— фельдшерско-акушерский пункт
ФГИС	— федеральная государственная информационная система
ФГОС	— федеральный государственный образовательный стандарт
ФЗ	— федеральный закон
ФМБА	— Федеральное медико-биологическое агентство
ФОМС	— Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
ФОТ	— фонд оплаты труда
ФП	— федеральный проект
ФСС	— Фонд социального страхования
ХМАО	— Ханты-Мансийский автономный округ
ЦНИИОИЗ	— Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения
ЦРБ	— центральная районная больница
ЦФО	— Центральный федеральный округ
ЭКГ	— электрокардиограмма
ЮФО	— Южный федеральный округ
ЯНАО	— Ямало-Ненецкий автономный округ
AHRQ	— Agency Healthcare Research and Quality (Агентство по качеству и научным исследованиям в здравоохранении)
DFLE	— disability-free life expectancy
GCP	— good clinical practice
GLP	— good laboratory practice
GMP	— Good Manufacture Products (стандарты качественного изготовления продукции)
HLY	— healthy life years
QALY	— quality adjusted life years
\$ППС	— доллар, оцененный по паритету покупательной способности

# Часть I

---

## АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РФ И ФАКТОРОВ, ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ

**Глава 1.** Демографические показатели и показатели здоровья населения РФ в динамике с 1980 по 2018 г.

**Глава 2.** Ключевые факторы, влияющие на здоровье населения РФ, в динамике с 2012 по 2018 г.

**Глава 3.** Ресурсы и деятельность системы здравоохранения РФ в динамике с 2012 по 2018 г.

## ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 1

- Несмотря на положительную динамику ОПЖ (ключевого показателя, характеризующего здоровье населения), достигнутую с 2006 по 2018 г., в РФ **сохраняется отставание** от развитых стран по этому показателю. ОПЖ сегодня в РФ составляет **72,9 года**, что **на 4,8 года ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС, близких к РФ по уровню экономического развития. В 1986–87 гг. этот показатель в РФ был практически **на уровне** этих стран. Особенно выражено отставание по ОПЖ среди мужчин: российские мужчины живут **на 6,1 года меньше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **на 10 лет меньше**, чем российские женщины.
- Отставание по ОПЖ связано с высоким уровнем смертности от предотвратимых причин — болезней системы кровообращения (БСК), новообразований и внешних причин, которые вместе обуславливают **70%** смертей в РФ. Так, СКС от БСК в РФ **в 1,4 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, а смертность от внешних причин — **в 2 раза выше**, чем у них. Особенно высокий уровень смертности сложился в трудоспособном возрасте — **в 3,4 раза выше**, чем в развитых странах.
- Ситуация с высокой предотвратимой смертностью в РФ сопровождается **критическим** снижением рождаемости: коэффициент рождаемости с 2014 по 2018 г. **снизился почти на 20%**. Это привело к отрицательным показателям естественного прироста населения начиная с 2016 г., в 2018 г. число умерших превысило число родившихся **на 224,6 тыс. человек**.
- С 1990 г. общая заболеваемость в РФ увеличилась **на 51%**, что существенно увеличило поток пациентов на систему здравоохранения и должно было сопровождаться соответствующим увеличением ее мощностей. Доля лиц трудоспособного возраста среди всех лиц, впервые признанных инвалидами, с 1995 г. **выросла на 16%** и стабильно высока (**44%**), что говорит о **неадекватности мер** по раннему выявлению и предотвращению прогрессирования заболеваний.
- Несмотря на снижение детской смертности, в 2017 г. смертность детей (0–14 лет) в РФ была **в 1,6 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС. Серьезную озабоченность вызывает **увеличение** детской и подростковой заболеваемости и инвалидности. Так, с 1990 г. в РФ **удвоилось** число детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности. С 1990 по 2017 г. первичная заболеваемость детей (0–14 лет) и подростков (15–17 лет) **выросла** практически по всем классам болезней. Общая заболеваемость подростков в РФ с 2005 по 2017 г. **выросла на 21%**. Число детей-инвалидов (в пересчете на 10 тыс. детей) с 1991 г. **выросло в 5,9 раза**. На этом фоне в РФ произошло существенное сокращение ресурсов педиатрической службы: с 2000 по 2018 г. обеспеченность педиатрическими койками сократилась **в 2,1 раза**; с 2010 по 2018 г. обеспеченность врачами-педиатрами сократи-

лась **в 1,3 раза**; с 2007 по 2018 г. обеспеченность врачами-педиатрами участковыми сократилась **на 12%**.

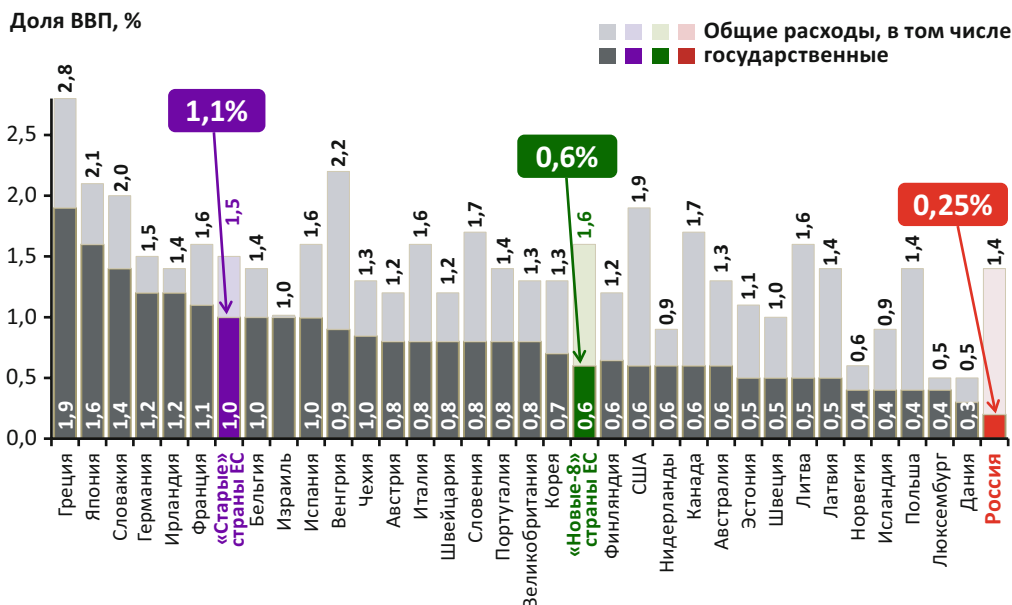
- Обращает на себя внимание **неблагополучная** ситуация со смертностью и заболеваемостью **инфекционными болезнями**. СКС от инфекционных болезней в РФ **в 3,5 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС. Первичная заболеваемость туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами, которые вместе составляют 90% в структуре смертности от инфекционных болезней, **в несколько раз выше**, чем в странах ЕС. Более того, в РФ с 1990 по 2017 г. СКС от инфекционных болезней вырос **в 1,7 раза** и продолжает расти, причем сегодня **90%** всех умерших от этой причины — граждане трудоспособного возраста. На этом фоне первичная и общая заболеваемость инфекционными болезнями снизились, что говорит о том, что в РФ большинство инфекционных заболеваний своевременно не выявляются и недостаточно лечатся, что напрямую связано с **сокращением** ресурсов, определяющих мощности инфекционной службы: обеспеченность инфекционными койками с 1990 по 2018 г. **сократилась в 2,6 раза**, обеспеченность врачами-инфекционистами с 2010 по 2018 г. **сократилась на 18%**.



## ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 2

- В РФ ключевыми факторами, влияющими на здоровье населения, являются экономические факторы, образ жизни граждан и финансирование системы здравоохранения. Степень их влияния распределяется следующим образом: темп роста ВВП определяет здоровье населения в РФ **на 37%**, снижение потребления алкоголя — **на 33%**, увеличение государственного финансирования здравоохранения — **на 30%**.
- Существенное отставание РФ по показателям здоровья населения от «новых-8» стран ЕС (см. главу 1), близких к РФ по ВВП на душу населения (соответственно 29,1 и 33,1 тыс. \$ППС), может быть обусловлено более низкими доходами населения: средняя заработная плата в экономике в РФ **в 1,5 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (соответственно 1,6 и 2,4 тыс. \$ППС на душу населения), недофинансированием системы здравоохранения (см. раздел 3.1).
- Серьезными неблагоприятными факторами, отрицательно влияющими на ОПЖ в РФ, являются: высокое потребление алкоголя (**на 9% выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **на 33% выше**, чем в США) и высокая распространенность курения (**в 1,4 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **в 2,7 раза выше**, чем в США).

В доле ВВП государственные расходы на ЛП и ИМН в РФ составили **0,25%**, что в **2,4 раза меньше**, чем в «новых-8» странах ЕС (0,6%), и в **4,4 раза меньше**, чем в «старых» странах ЕС (1,1%) (рис. 86).



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

**Рис. 86.** Расходы на ЛП и ИМН в амбулаторных условиях в доле ВВП, в том числе оплачиваемые из государственных источников, в РФ (2017) и странах ОЭСР (2016)

## ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 3

- В РФ высока доля личных расходов населения на здравоохранение, она составляет **35%**, что в 1,3 раза выше, чем в «новых» странах ЕС (27%). Это связано с недостаточными расходами государства на здравоохранение: в 2018 г. подушевые государственные расходы на здравоохранение в РФ были **в 1,9 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС. В доле ВВП государственные расходы на здравоохранение в РФ составили **3,2% ВВП**, что **в 1,6 раза ниже**, чем в этих странах (5% ВВП).
- На фоне и так невысоких государственных расходов на здравоохранение в РФ за последние **6 лет** (с 2012 по 2018 г.) произошло их **сокращение на 4%** в постоянных ценах (2012 г. — 100%). Такое уменьшение расходов привело к снижению гарантированных объемов медицинской помощи.

- За последние 6 лет (с 2012 по 2018 г.) на фоне роста заболеваемости населения на 7,8 млн случаев **существенно сократились** ресурсы системы здравоохранения РФ, определяющие ее мощности:
  - обеспеченность практикующими врачами **снизилась на 12%** (46 тыс. человек), обеспеченность средним медицинским персоналом снизилась на **5%**, в том числе средним медицинским персоналом, работающим в ФАП и ФП, — **на 15%**. В результате обеспеченность практикующими врачами в РФ в 2018 г. оказалась **на уровне** «старых» стран ЕС и **на 14% ниже**, чем в Германии, хотя потоки пациентов в РФ значительно выше, соответственно, и мощности системы здравоохранения должны быть выше;
  - число медицинских организаций сократилось **на 8%** (с 2005 г. — в 2,2 раза), из них число больничных учреждений сократилось **на 17%**, а число самостоятельных АПУ — **в 2,2 раза**;
  - обеспеченность стационарными койками снизилась **на 15%**. В результате обеспеченность больничными койками в РФ при большем потоке больных стала **на 15% ниже**, чем в Германии, и почти **на уровне** «новых-8» стран ЕС.
- Сокращение мощностей системы здравоохранения с 2012 по 2018 г. закономерно привело к сокращению фактических объемов наиболее массовых видов медицинской помощи по ПГГ за этот же период: число госпитализаций сократилось **на 6%**, число посещений АПУ — **на 12%**, число вызовов СМП — **на 3%**.
- С 2013 по 2018 г. среднемесячная начисленная заработная плата врачей в постоянных ценах **увеличилась только на 25%**, среднего медицинского персонала — **на 8%**, при этом за этот же период существенно возросла их трудовая нагрузка.
- Государственные расходы на лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях в РФ **в 2,8 раза ниже** по сравнению с «новыми-8» странами ЕС (в сопоставимых ценах в расчете на душу населения).

# Часть II

---

## ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО РАЗВИТИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ: 2019–2024 гг.

**Глава 4.** Стратегические документы по развитию здравоохранения РФ

**Глава 5.** Предложения по развитию здравоохранения РФ на период 2019–2024 гг.

В среде медицинских работников также растет недовольство — высокими трудовыми нагрузками (коэффициент совместительства в среднем в отрасли — **1,35**), недостаточными и существенно различающимися в регионах заработными платами (см. раздел 3.2), излишним документооборотом и проверками, включая преследования со стороны органов прокуратуры. Вместе с тем реализация любых управленческих воздействий в здравоохранении определяется трудом медицинских работников.

## ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 4

- В РФ создана **качественная нормативная база** по вопросам стратегического планирования и проектному управлению. Руководит государственной политикой в сфере стратегического планирования Президент РФ.
- В Указе Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 г.» поставлена общенациональная цель — увеличить ОПЖ с нынешних **73 до 78 лет к 2024 г.** Для этого разработано **12** национальных проектов, в том числе НП «Здравоохранение» и «Демография».
- В здравоохранении РФ действуют следующие основные документы стратегического планирования: НП «Здравоохранение» и «Демография», включенные в Государственную программу «Развитие здравоохранения», а также «Стратегия развития здравоохранения РФ на период до 2025 г.».
- В рамках НП «Здравоохранение» необходимо представить расходы на оказание медицинской помощи в соответствии с клиническими рекомендациями по всем основным профилям медицинской помощи.
- Подушевые нормативы финансирования базовой программы государственных гарантий с 2018 по 2024 г. в постоянных ценах **сокращаются на 9%**, что **не позволит** исполнять современные клинические рекомендации и внедрять в практику инновационные технологии, предусмотренные Госпрограммой «Развитие здравоохранение».
- При формировании дополнительных программ необходимо учесть, что по прогнозам Росстата к 2024 г. численность населения старше трудоспособного возраста увеличится на **3,4 млн человек** (или на 9%). Это приведет к росту объемов потребления медицинской помощи. Также необходимо иметь в виду настроения пациентов и медицинских работников. У пациентов сложились **завышенные ожидания** от системы здравоохранения и **выраженное недовольство** ее деятельностью (по опросам ВЦИОМ здравоохранение — это главная проблема, которая беспокоит россиян). У врачей сложилось недовольство низкими зарплатами, постоянными переработками и **многочисленными проверками** со стороны контрольных органов.

- Для увеличения ОПЖ **до 78 лет к 2024 г.** потребуются **доработка** имеющихся ФП и **разработка дополнительных** проектов и программ (в том числе по созданию системы всеобщего лекарственного обеспечения, снижению смертности и заболеваемости от инфекционных болезней), научное обоснование **необходимого финансирования** здравоохранения и создание системы **эффективного управления** от федерального до регионального уровня, а также до уровня руководителей медицинских организаций (все эти вопросы рассмотрены в главе 5).

укреплении и сохранении здоровья. Проект названия серии программ — «Здоровье — в движении!».

- Министерству цифрового развития, связи и массовых коммуникаций РФ предусмотреть план выхода серии документальных фильмов «Истории врачей» с целью повысить престиж профессии врача среди населения, укрепить доверие между врачами и пациентами с акцентом на врачах участковой службы.

## ВЫВОДЫ К РАЗДЕЛУ 5.4

- Сегодня дефицит врачей участковой службы (врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и ВОП) составляет **36,7 тыс. человек**, или **в 1,5 раза** меньше необходимого, дефицит участковых медицинских сестер, работающих с врачами участковой службы, — **65,7 тыс. человек** (**в 1,8 раза** меньше необходимого), дефицит фельдшеров — **20 тыс. человек** (**в 1,9 раза** меньше необходимого). Такой дефицит на фоне роста потребности населения в медицинской помощи приводит к высокой трудовой нагрузке медицинских работников и к снижению качества оказания ПМСП населению.
- Сложившаяся система организации ПМСП в сочетании с дефицитом врачей участковой службы приводит к **фрагментации** оказания медицинской помощи населению и **снижению ответственности** врачей за здоровье населения.
- Представленные в Госпрограмме «Развитие здравоохранения» целевые показатели по устранению дефицита медицинских работников позволят покрыть его **только в первичном звене здравоохранения** (без учета убыли числа медицинских кадров и разукрупнения участков). Требуется уточнить объем средств, заложенный в ФОТ для привлечения дополнительных медицинских работников с учетом темпов их прироста по годам и в разрезе специальностей, по которым имеется дефицит.
- Основные предложения по повышению доступности и качества ПМСП:
  - для полноценного выполнения трудовых функций и обеспечения высокого качества работы врачей участковой службы численность прикрепленного населения на одну должность врача первичного контакта (врача-терапевта участкового с расширенными функциями и ВОП) не должна превышать **1200 человек**. На одну должность врача участковой службы должно приходиться не менее **1,5 должностей** медицинской сестры. Все расчеты требуемой численности медицинских кадров должны проводиться **без учета коэффициента совместительства**;
  - для привлечения дополнительных медицинских кадров в первичное звено потребуется увеличить оплату их труда **на 10% ежегодно** всем медицинским работникам и провести индексацию базового оклада **в 1,5 раза для врачей**, прошедших обучение по специальным программам и в ор-



- динатуре по общей врачебной практике, а также предусмотреть комплекс **дополнительных льгот**, в том числе по льготному ипотечному кредитованию;
- существенно повысить квалификацию врачей участковой службы путем оснащения их специально разработанными для них руководствами, системами поддержки принятия клинических решений, регулярного проведения заседаний лечебно-контрольных комиссий;
  - **расширить трудовые функции** врачей участковой службы путем обучения их по специальным программам или прохождения ординатуры по общей врачебной практике;
  - по мере укомплектования разукрупненных участков ВОП и врачами-педиатрами участковыми необходимо пересмотреть подходы **к организации первичной специализированной медицинской помощи**, в том числе поэтапно сконцентрировать врачей-специалистов в клинко-диагностических отделениях при крупных больницах;
  - законодательно закрепить за государственными и муниципальными властями создание **конкретных условий** для оказания медицинской помощи: предоставление социального жилья, увеличение выплат для работы в сельских условиях, льготное ипотечное кредитование и др.;
  - проводить информационные кампании в СМИ, направленные **на укрепление доверия** между пациентами и медицинскими работниками.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1 К РАЗДЕЛУ 5.4

### Расчет дефицита числа врачей и средних медицинских работников участковой службы

#### Врачи-терапевты участковые и участковые медицинские сестры, работающие с ними

В среднем численность населения на одном терапевтическом участке (при условии, что в расчет не берется плотность проживания населения) составляет 1700 человек взрослого населения (18 лет и старше) в городских условиях (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н)<sup>1</sup>. Это означает, что врачей-терапевтов участковых в городе необходимо **51,62 тыс.** (без учета совместительства) ( $87\,756\,613 \div 1700$ , где 87,76 млн — численность городского населения от 18 лет и старше<sup>2</sup>).

Для сельской местности норматив обслуживаемого населения составляет 1300 человек взрослого населения (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н). Соответственно, врачей-терапевтов участковых в сель-

<sup>1</sup> Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

<sup>2</sup> Данные по численности населения представлены в среднем за 2017 г. (с учетом Республики Крым и г. Севастополя). Источник: Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 01.01.2018 // Статистический бюллетень Росстата. — М., 2019.

учреждений в частные структуры существенно ослабляет потенциал разработки инновационных ЛС в РФ.

Для того чтобы в РФ за ближайшие **10 лет** было разработано и зарегистрировано **не менее 30 инновационных ЛП** (обосновывающие расчеты см. в приложении 2 к данному разделу), необходимы дополнительные государственные вложения (не менее 100 млрд рублей) и создание государственной системы управления этим процессом. При этом должна быть разработана государственная программа, сформулированы приоритетные направления для НИР и конкретные показатели для мониторинга эффективности реализации государственной политики в данном направлении. Цели данной государственной программы: снижение заболеваемости граждан РФ, продление ожидаемой продолжительности жизни, в том числе здоровых лет жизни, восстановление научно-технологического потенциала РФ в разработке и производстве инновационных ЛП. Структура типовой государственной программы по разработке инновационных ЛС и алгоритм для принятия решений по выбору приоритетных направлений для НИР представлены в приложении 3 и 4 к данному разделу.

## ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ К РАЗДЕЛУ 5.5

### ВЫВОДЫ

- В РФ расходы государства на лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях **крайне недостаточны**: они **в 2,8 раза ниже** в расчете на душу населения, чем в странах ЕС, близких к РФ по уровню экономического развития. Как следствие, население РФ вынуждено нести **в 4 раза большую** финансовую нагрузку по расходам на ЛП, чем государство. В странах ЕС государство несет **практически равную** и даже большую финансовую нагрузку по расходам ЛП в амбулаторных условиях.
- По всем государственным программам бесплатного лекарственного обеспечения населения **имеется существенный дефицит финансирования** (потребность превышает предусмотренные средства как минимум **на 50%**). Более того, за последние 6 лет расходы по большинству государственных программ, финансируемых из федерального бюджета, существенно **снизились** в постоянных ценах: на ОНЛС — **на 35%**, на программу «7 ВЗН» — **на 13%**, на лечение ВИЧ-инфицированных — **на 23%**. На фоне снижения реальных денежных доходов российских семей **на 7%** в постоянных ценах за этот же период это легло дополнительным бременем на их бюджеты.
- Доступ к бесплатным ЛП в амбулаторных условиях имеют **ограниченное число граждан РФ — 8,8 млн человек**, имеющих социальную льготу или определенное заболевание. Это ограничивает доступность ЛП для других категорий населения (в странах ЕС за счет общественных средств расходы на ЛП в амбулаторных условиях компенсируются **всем категориям населения**).

- Имеется **существенное неравенство в доступности** ЛП по государственным программам для населения, проживающего в различных субъектах РФ. Это связано с различиями в числе льготополучателей и их потребности в ЛП, неодинаковыми подходами к формированию перечней ЛП и объемам финансирования программ в зависимости от бюджетной обеспеченности региона.
- Распределение государственных ресурсов по программам обеспечения населения ЛП в РФ **неоптимально**: на две самые малочисленные программы — «7 ВЗН» и лечение орфанных заболеваний (**2%** получателей) — затрачивается **26%** средств от общего финансирования. В результате расходы на лечение редких заболеваний сегодня в РФ **в 1,5 раза выше**, чем в «новых» странах ЕС, и приближаются к уровню «старых» стран ЕС. Это требует установления обоснованных балансов таким образом, чтобы все нуждающиеся категории граждан имели справедливые объемы компенсации затрат на ЛП со стороны государства, например, дети и подростки, не страдающие редкими заболеваниями, но нуждающиеся в лечении.
- Доля потребления дженериков (воспроизведенных ЛП) в РФ **самая высокая** из развитых стран (в стоимостном выражении — **64%**, в упаковках — **88%**). Это требует поэтапного (по мере увеличения объема финансирования лекарственного обеспечения) **увеличения доли оригинальных ЛП** в общем объеме потребления ЛП.
- В РФ расходы на НИР по разработке инновационных ЛП **от 8 до 10 раз ниже**, чем в развитых странах (соответственно 0,04 и 0,3–0,4% ВВП). В РФ не определены конкретные приоритетные направления в разработке инновационных ЛП и не создана единая государственная система управления этим процессом.

## ПРЕДЛОЖЕНИЯ

- Поэтапно с 2019 по 2024 г. **увеличить как минимум в 2,4 раза** (или на 320 млрд рублей ежегодно) расходы государства на лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях в постоянных ценах (с 233 до 550 млрд рублей). Предусмотреть в РФ реализацию **государственной программы всеобщего лекарственного обеспечения населения** в амбулаторных условиях вне привязки к отдельным группам населения, имеющим социальные льготы или заболевания. В итоге к 2024 г. добиться следующего соотношения расходов на ЛП в амбулаторных условиях: 50% — государство, 50% — население (сегодня 18% — государство, 82% — население). Погружение в программу различных категорий населения должно быть **поэтапным** по мере увеличения объемов финансирования программы. Обеспечение населения по программам, требующим высоких затрат на небольшие группы населения (орфанные заболевания, «7 ВЗН»), желательно реализовывать по специальной схеме с отдельными источниками финансирования, в том числе за счет средств благотворительности.

- В рамках программы всеобщего лекарственного обеспечения должны быть произведены **расчеты прогнозных потребностей** населения в ЛП по отдельным нозологиям, определены **единые для РФ перечни ЛП**, установлены **предельные цены** компенсации на ЛП и разработаны **оптимальные механизмы** финансирования (например, через систему ОМС), а также определены каналы дистрибуции ЛП (например, через единого государственного закупщика и частных оптовых дистрибьюторов за фиксированное вознаграждение). Должны быть разработаны требования к розничным дистрибьюторам и предусмотрена фиксированная оплата аптечных сетей за участие в реализации программы (например, фиксированная оплата за упаковку).
- Для разработки не менее **30 инновационных ЛС** в РФ за 10 лет потребуются поэтапные вложения от **200 до 280 млрд рублей ежегодно в ценах 2017 г., из них не менее половины должно обеспечить государство** (от 100 до 140 млрд рублей). Для реализации цели по разработке 30 инновационных ЛП в период до 2030 г. должны быть разработаны государственная программа и единая система управления ее реализацией вне зависимости от ведомственной подчиненности участников.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1 К РАЗДЕЛУ 5.5

### Расчет дополнительного объема финансирования для реализации системы всеобщего лекарственного обеспечения

В 2018 г. общий объем расходов государства и граждан в амбулаторных и стационарных условиях составил почти **1,6 трлн рублей** в ценах конечного потребителя, из них в амбулаторных условиях потрачено **1,3 трлн рублей**. По всем государственным программам затрачивается около **233 млрд рублей**, что в **2,4 раза меньше** в доле ВВП, чем в «новых» странах ЕС, имеющих близкий уровень экономического развития (*для справки*: у них ОПЖ сегодня составляет 78 лет), то есть до их уровня нам необходимо расходовать в 2,4 раза больше — это еще около 320 млрд рублей ежегодно ( $233 \times 2,4 = 233$ ). Тогда государственные расходы на лекарственное обеспечение в амбулаторных условиях в РФ достигнут уровня «новых» стран ЕС сегодня в долях от ВВП. Основным источником этих расходов должен стать федеральный бюджет, потому что сегодня граждане РФ уже тратят более 80% всех расходов на ЛП в амбулаторных условиях.

для учреждений, расположенных в сельской местности и в труднодоступных районах РФ, которые не могут «зарабатывать» в системе ОМС из-за низких объемов помощи и невысоких тарифов. Такой бюджет должен как минимум покрывать расходы на содержание их инфраструктуры.

**Что делать со СМО?** После того как будут решены более приоритетные вопросы здравоохранения, указанные выше, можно обсудить вопрос об их устранении из цепочки доведения денежных средств до медицинских организаций, поэтапно передавая их функции ТФОМС. Предварительно надо просчитать, насколько это решение будет оправданно с точки зрения экономии средств.

**Кто будет недоволен устранением СМО?** Надо понимать, что это затрагивает интересы бизнеса, доходы которого от деятельности в системе ОМС сегодня составляют как минимум **25 млрд рублей**. Но если будет доказано, что устранение СМО из системы ОМС сохранит дополнительные средства для оказания бесплатной медицинской помощи, то тогда решение государства должно быть очевидным.

**Надо ли дополнить гарантированный объем помощи по ОМС добровольным страхованием?** Это означает, что в дополнение к гарантированным государством услугам граждане могут из собственных средств застраховать себя на получение услуг сверх этих гарантий, например, доплатить за более дорогое медицинское изделие или лекарственное средство. Действительно, ДМС является более желательным способом частного финансирования медицинской помощи по сравнению с оплатой непосредственно из кармана пациента (поскольку это более солидарный источник финансирования). Однако в СМО частные средства ДМС **не должны смешиваться** с солидарными средствами ОМС, чтобы не происходило перекрестного субсидирования. Также для осуществления доплат за гарантированную медицинскую помощь требуется более конкретно (чем это сегодня сделано в ПГГ) определить объемы этой помощи, тогда можно будет разграничить услуги по ОМС и ДМС, и станет понятно, за что будет доплачивать пациент.

В заключение отметим, что сегодня в медицинской науке при публикации статей и выступлениях принято указывать на то, имеет ли автор **конфликт интересов** по излагаемой теме, например, было ли заказано научное исследование фармацевтической компанией. При подготовке данного раздела у автора не было конфликта интересов. Было бы хорошо, если бы сотрудники НИУ ВШЭ также раскрыли, кто был заказчиком подготовленного ими исследования.

---

## ВЫВОД К РАЗДЕЛУ 5.6

---

- Наличие системы ОМС в РФ **не повлияло** ни на улучшение показателей здоровья населения, ни на удовлетворенность населения качеством и доступностью медицинской помощи, ни на увеличение объемов финансирования здравоохранения. Сегодня, когда в РФ **на повестке дня стоят более при-**

**оритетные вопросы** (необходимость увеличения государственного финансирования здравоохранения, устранение дефицита медицинских кадров в первичном звене, существенное повышение квалификации всех медицинских кадров, выравнивание регионов РФ по доступности гарантированной медицинской помощи), решение вопроса об изменении механизма финансирования системы здравоохранения **нужно отложить**, иначе это отвлечет управленческие ресурсы от этих более важных вопросов.

- Предложения НИУ ВШЭ по развитию ОМС в направлении развития конкуренции между СМО и медицинскими организациями и по предоставлению «свободы» для СМО в управлении общественными средствами приведут **к снижению** доступности медицинской помощи и росту недовольства населения, соответственно, они **должны быть отклонены**.
- Необходимо принять **корректирующие меры** по деятельности системы ОМС, такие как устранение страховых представителей, исключение заинтересованности СМО в увеличении числа нарушений в медицинских организациях, переход на оплату по методу глобального бюджета, особенно для учреждений, находящихся в сельской местности и труднодоступных районах.
- В основе управления здравоохранением — сложной, чувствительной для населения, дорогостоящей и всегда сталкивающейся с ограничениями в ресурсах системы, должна быть не конкуренция, а научно обоснованное **государственное планирование, распределительный механизм, здоровый консерватизм и только элементы рыночной экономики**.

**Таблица 26.** Структура и организация деятельности системы ОМС в зарубежных странах

Характеристика	Австрия, Бельгия, Франция, Германия, Люксембург, Нидерланды, Швейцария, Израиль
Среднее число фондов (СМО), участвующих в ОМС	Германия — 355, Бельгия и Швейцария — около 100, остальные — до 20. Общая тенденция — сокращение числа СМО
Статус СМО (коммерческие или некоммерческие организации)	Все СМО — частные некоммерческие организации. Только в Нидерландах и Швейцарии в реализации программ ОМС принимают участие коммерческие СМО, но по установленным федеральным законам, таким же, как и для некоммерческих СМО
Доля застрахованного населения	100%, исключая Германию, где по закону 12% населения, имеющего ФОТ более 3500 евро в месяц, и госслужащие обязаны застраховаться в системе ДМС (деятельность страховых компаний в системе ДМС также жестко регулируется законами)
Возможность выбора населением страховой компании	В большинстве стран есть возможность выбора страховой компании
Размер взносов	От 7,4 до 15,0% ФОТ с разделением между работником и работодателем (всегда). В ряде стран есть дополнительные индивидуальные взносы работников на страхование (взносы необходимо отличать от платежей, которые выплачиваются населением в момент оказания медицинской помощи)



## ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ К РАЗДЕЛУ 5.10

- Действующая нормативная база по вопросам управления КМП — **неполная, противоречива, сконцентрирована преимущественно на контроле и не соответствует международным нормам**. Как следствие, на ее базе нельзя создать единую систему обеспечения КМП в РФ.
- Необходимо принять срочные меры по **актуализации нормативной базы** по вопросам КМП, для чего создать специальный департамент в Минздраве России и соответствующие отделы в региональных органах управления здравоохранением. Департамент должен разработать государственную программу обеспечения КМП и актуализировать нормативную базу.
- Все установленные порядки контроля КМП и КМД, вне зависимости от источника финансирования медицинской помощи (ОМС, бюджет, частный сектор), необходимо **взаимосогласовать**. Контрольные показатели необходимо разделить по уровням:
  - медицинские работники;
  - медицинские организации;
  - органы управления здравоохранением регионов;
  - система здравоохранения РФ в целом;
  - оценка удовлетворенности пациентами.
- Большинство показателей КМП в РФ должно соответствовать принятым **в развитых странах** для осуществления сопоставимых сравнений. Целевые показатели КМП должны быть установлены на федеральном уровне.
- Мировой практикой обосновано<sup>1</sup>, что санкции и штрафы приводят **к сокрытию ошибок**, препятствуют их открытому обсуждению и обучению других медицинских работников на этом опыте. В этой связи необходимо переориентировать систему обеспечения КМП преимущественно с контрольных мер **на профилактические принципы**, а именно:
  - унифицировать и резко сократить контрольные мероприятия;
  - развивать систему непрерывного медицинского образования;
  - открыто и регулярно (внутри системы здравоохранения на всех уровнях) обсуждать результаты оказания медицинской помощи;
  - проводить сравнение медицинских организаций и регионов по критериям качества и безопасности медицинской помощи;
  - создавать позитивные материальные и нематериальные стимулы для повышения КМП.
- Ряд новых предложений по организации системы обеспечения КМП представлен в разделе 5.11, о системе обеспечения КМП в развитых странах — в монографии «Здравоохранение России. Что надо делать», 2015<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide // National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Washington: The National Academies Press, 2018. — <https://doi.org/10.17226/25152>.

Berwick D. Connecting finance and quality. Healthcare Financial Management. October, 2008. — P. 53–55.

<sup>2</sup> Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — С. 360–368.



## ВЫВОДЫ К РАЗДЕЛУ 5.11

- Международный опыт свидетельствует о необходимости регулярного (2 раза в год) **изучения мнения пациентов** для выявления приоритетных проблем и реагирования на них. Опросы необходимо проводить по единому опроснику на уровне страны или региона, что позволяет иметь сопоставимые во времени и между организациями данные. Вопросы анкеты должны быть **простыми и понятными** для пациентов. Анкетирование и анализ его результатов должны проводить независимые от медицинских организаций службы (отделы) при органах управления здравоохранением (страны, региона).
- Действующая сегодня в России нормативная база по оценке деятельности медицинских организаций требует **доработки**, а именно:
  - применяемые показатели не соответствуют используемым в международной практике;
  - ряд показателей не зависит от деятельности медицинских организаций;
  - отсутствует методика расчета показателей и не установлены их целевые значения;
  - нет методики расчета рейтингов медицинских организаций;
  - результаты оценки медицинских организаций не сравниваются между собой и не анализируются в целях принятия управленческих решений.
- Приведенные показатели по оценке деятельности медицинских организаций и методика расчета рейтингов, которые используются сегодня в США на обязательной основе, могут оказаться полезными для составления аналогичных систем оценки в РФ.
- Принятые в развитых странах объективные и субъективные (мнение пациентов) показатели КМП и методики их измерения могут быть использованы для формирования национальной системы оценки деятельности региональных систем здравоохранения и медицинских организаций в РФ. Это позволит **объективно оценить** состояние и качество медицинской помощи в РФ, поставить целевые установки по улучшению показателей КМП и **мотивировать** руководителей региональных органов управления здравоохранением и медицинских организаций к улучшению результатов.

Открытыми остаются следующие вопросы: наличие выделенных отдельных статей и достаточных **финансовых средств** у медицинских организаций для повышения квалификации медицинских работников, наличие нормативно закреплённого **времени** для повышения квалификации, например, не менее **1 дня в месяц**, возможность легитимного участия профессиональных **НКО** в процессе повышения квалификации.

## Предложения к разделу 5.12

**1. Предусмотреть нормативное финансирование** для повышения квалификации медицинских работников в медицинских организациях из расчета не менее 2% ФОТ медицинских работников в год. Для этого потребуется не менее **39 млрд рублей** ( $2,8 \text{ трлн рублей} \times 70\% \times 2\%$ , где 2,8 трлн рублей — средства на оказание медицинской помощи в 2018 г., а 70% — доля оплаты труда в этих средствах) (см. раздел 3.1). Источниками этих средств наряду со средствами нормированного страхового запаса ТФОМС (как это предусмотрено сегодня) необходимо предусмотреть федеральный бюджет. Должна быть гарантированная статья расхода на НМО в структуре тарифа на оказание медицинской помощи.

**2. Обеспечить разнообразие и достаточность образовательных мероприятий и материалов для НМО**, в том числе путем привлечения, наряду с образовательными организациями, научных организаций и профессиональных НКО. Для этого необходимо предусмотреть поправки в ст. 73 закона № 323-ФЗ и ст. 82 закона № 273-ФЗ о включении «иных форм повышения квалификации и методов совершенствования профессиональных знаний и навыков» в дополнение к указанным там программам повышения квалификации (которые реализуются государственными образовательными организациями). В ст. 76 закона № 323-ФЗ необходимо указать возможность участия профессиональных НКО в дополнительном профессиональном образовании. Профессиональные НКО могут обеспечить дополнительные часы образовательной активности к обязательным сегодня 144 ч, которые предоставляют вузы.

**3. Обеспечить качество образовательных мероприятий и материалов.** Для этого необходимо:

- **актуализировать программы** повышения квалификации специалистов, эту работу необходимо провести вместе с НМИЦ, вузами и методическим центром РНИМУ им. Н.И. Пирогова;
- внедрить **единые требования** к разработке образовательных материалов и проведения образовательных мероприятий, а также независимую систему контроля над их исполнением. Эти требования должны распространяться как на образовательную активность государственных образовательных и научных организаций, так и на профессиональные НКО.

**4. Предоставить медицинскому специалисту право формирования индивидуальной образовательной траектории**, то есть выбора вида образовательной активности, места и сроков получения образования (по согласованию с работодателем и в рамках установленной программы по специальности).

**5. Создать комфортные условия для медицинских работников при прохождении НМО.** Для этого уже действуют федеральная государственная информационная система (ФГИС «Непрерывное медицинское образование») и соответствующий портал. Однако в самих **медицинских организациях** также необходимо создать соответствующие условия, а именно: предусмотреть профессиональные электронные и бумажные библиотеки, обеспечить доступ специалистов к системам поддержки принятия клинических решений.

**6. Обеспечить мотивацию медицинских специалистов** к участию в системе НМО. Прохождение НМО в объеме около 50 ч ежегодно (не менее 250 ч за 5 лет) должно стать главным условием для допуска к аккредитации и, как следствие, к профессиональной деятельности.

**7.** Для реализации своей функции в методическом центре по развитию НМО РНИМУ им. Н.И. Пирогова должна быть создана специальная **комиссия** с участием представителей НМИЦ, других вузов и профессиональных НКО для коллегиального принятия решений.

В завершение следует отметить, что эффективность вложений в НМО очень высока. По расчетам ВШОУЗ-КМК, она составляет **5 рублей пользы на 1 рубль вложений**. Прямой эффект складывается из улучшения результатов лечения пациентов (снижения числа необоснованных госпитализаций, повторных госпитализаций и осложнений заболеваний, уменьшения дней нетрудоспособности). Косвенный эффект, по данным разных исследований, составляет 30–50% прямого эффекта и складывается из снижения объема социальных выплат, общего оздоровления населения, повышения производительности труда<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — С. 586–589.

Окончание табл. 40

Название региона	Рейтинг показателей здоровья		Рейтинг детерминант здоровья		Рейтинг эффективности	
	место, 2017	баллы	место, 2017	баллы	место, 2017	коэффициенты по отношению к РФ
Новгородская область	70-е	28,74	60-е	45,24	68-е	0,69
Республика Коми	64-е	33,06	38-е	52,46	69-е	0,69
Амурская область	77-е	26,35	71-е	41,85	70-е	0,69
Тульская область	62-е	35,26	12-е	60,89	71-е	0,63
Тверская область	67-е	30,86	29-е	53,46	72-е	0,63
Еврейская автономная область	82-е	17,77	86-е	31,22	73-е	0,62
Магаданская область	60-е	35,57	9-е	63,59	74-е	0,61
Забайкальский край	81-е	17,85	84-е	32,73	75-е	0,59
Пермский край	71-е	28,53	35-е	52,60	76-е	0,59
Республика Хакасия	79-е	25,95	48-е	49,29	77-е	0,57
Красноярский край	78-е	26,21	47-е	49,84	78-е	0,57
Хабаровский край	72-е	28,51	21-е	55,72	79-е	0,56
Камчатский край	75-е	27,87	25-е	54,48	80-е	0,56
Сахалинская область	69-е	30,62	14-е	60,67	81-е	0,55
Оренбургская область	73-е	28,44	13-е	60,69	82-е	0,51
Республика Тыва	83-е	17,64	50-е	47,68	83-е	0,40
Кемеровская область	84-е	14,94	73-е	41,46	84-е	0,39
Иркутская область	85-е	13,32	23-е	55,27	85-е	0,26
Чукотский автономный округ	86-е	12,82	8-е	64,72	86-е	0,22

## ВЫВОД К РАЗДЕЛУ 5.13

- При сравнении регионов выявлено, что во многих из них **есть существенные** резервы улучшения здоровья за счет управления факторами, влияющими на здоровье. Всем субъектам РФ необходимо разработать **комплексные программы** по охране здоровья под руководством глав регионов и муниципалитетов (см. также раздел 5.3). Они должны включать меры по увеличению благосостояния граждан, росту расходов на здравоохранение, мотивации граждан к ведению здорового образа жизни и созданию благоприятной для здоровья населения окружающей среды.

Предусмотреть источники покрытия расходов пациентов при самостоятельной транспортировке в медицинский центр.

7. **Использование современных доказательных технологий.** Непрерывное информирование населения о факторах, влияющих на здоровье, в том числе посредством мобильных средств связи (специальные приложения), интернет-библиотеки. Изучение доказанных практик по организации медицинской помощи в других странах и провинциях, привлечение научных организаций к выработке решений. Непрерывное повышение квалификации медицинских работников посредством интернет-связи.

## ВЫВОДЫ К РАЗДЕЛУ 5.14

- Сравнение показателей здоровья в Арктических регионах РФ и мира показало, что ОПЖ в российской Арктической зоне **на 6 лет ниже**, чем на арктических территориях Канады и Аляске (разница с северными территориями Скандинавских стран — 10 лет). А ОПЖ мужчин **на 10 лет ниже**, чем на арктических территориях Канады и Аляске (разница с северными территориями Скандинавских стран — **13 лет**). Это подтверждает то, что охрана здоровья мужчин должна стать приоритетом политики здравоохранения Арктических регионов РФ.
- Из факторов, которые отрицательно сказываются на здоровье жителей Арктических регионов РФ, важнейшими являются: высокая распространенность **курения** и потребление **алкоголя** (в среднем в **1,4–2 раза выше**, чем в Арктических регионах мира) и недостаточные государственные **расходы на здравоохранение (в 4,4 раза ниже**, чем на арктических территориях стран мира). Из этого вытекает, что меры, которые необходимо принять в системе здравоохранения Арктической зоны РФ, надо разбить на два направления: 1) обеспечение качества и доступности медицинской помощи населению путем увеличения финансирования здравоохранения и 2) реализация комплексной межведомственной программы по охране здоровья населения.

Для повышения эффективности деятельности системы охраны здоровья населения Арктических регионов РФ необходимо следующее.

### Для уровня региональной и муниципальной власти:

- предусмотреть меры по росту реальных доходов граждан;
- приступить к незамедлительной разработке и началу реализации программ по общественному здоровью с вовлечением муниципальных властей;
- разработать систему эффективного управления реализацией Национальных проектов;
- разработать и реализовать дополнительные программы в здравоохранении, в том числе по лекарственному обеспечению граждан, по снижению смертности и заболеваемости от инфекционных болезней, а также смертности от внешних причин.

### Для работодателей:

- предусмотреть за счет средств предприятий создание (восстановление) медицинских санитарных частей по оказанию первичной медико-санитарной помощи и реабилитации персонала, работающего вахтовым методом. В том числе необходимо обеспечить качественное проведение предварительных и периодических медицинских осмотров. Эти меры должны охватывать также персонал субподрядных организаций, работающих с крупными корпорациями.

### Федеральный уровень:

- создать при Минвостокразвития России **межведомственную рабочую группу** по вопросам социальной политики, в том числе для разработки и реализации отдельных мероприятий для Арктической зоны, например, по формированию специальных нормативов объемов и финансирования программы государственных гарантий, а также для контроля за достижением целевых показателей Национальных проектов и других программ.

### Для повышения эффективности деятельности системы охраны здоровья населения Арктических регионов РФ можно рекомендовать следующий опыт США и Канады:

- разработать межведомственную региональную и муниципальные программы по охране здоровья населения. Реализация программы потребует подготовки специальных работников, которые будут заниматься вопросами общественного здоровья;
- сфокусироваться на оказании первичной медико-санитарной помощи;
- организовать подготовку для сельских территорий медицинских сестер с расширенными функциями, включая функции по назначению ЛС и оказание услуг по программам общественного здоровья;
- разработать и внедрить высококачественную программу по непрерывному повышению квалификации медицинских кадров и поддержке принятия клинических решений, в том числе с использованием дистанционных технологий;
- применить меры, доказавшие свою эффективность в развитых странах, по привлечению медицинских работников для работы в Арктических регионах РФ;
- поэтапно увеличить государственное финансирование здравоохранения как минимум в 2 раза в постоянных ценах;
- выделить приоритеты в профилактике заболеваний и оказании медицинской помощи — сохранение здоровья мужчин, детей и подростков;
- увеличить доступность бесплатных ЛС для населения в амбулаторных условиях;
- разработать электронный портал для повышения медицинской грамотности населения.

## ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ К РАЗДЕЛУ 5.15

- Численность населения ДФО за последние 17 лет снизилась **на 1,9 млн человек**. ОПЖ, ключевой показатель, характеризующий здоровье населения, в ДФО в среднем в 2018 г. составила 70,2 года, что **на 2,7 года ниже**, чем в среднем по РФ, **на 6,3 года ниже**, чем в Китае, и **на 12–13 лет ниже**, чем в Японии и Южной Корее.
- ОПЖ в южных регионах ДФО составила 70 лет, что **на 7–8 лет ниже**, чем в северо-восточных провинциях Китая. Такие неудовлетворительные показатели здоровья по сравнению с провинциями Китая при близком уровне экономического развития (ВВП/ВРП на душу населения) и даже более высоком уровне государственных расходов на здравоохранение связаны **с нездоровым образом жизни** населения ДФО (потребление алкоголя среди лиц старше 15 лет в южных регионах ДФО **в 1,5 раза выше**, чем в Китае, а доля курящего взрослого населения — **в 1,3 раза выше**, чем у них).
- Серьезное отставание южных регионов ДФО по ОПЖ от Южной Кореи и Японии (**на 12,6 и 14,1 года ниже** соответственно) связано также с нездоровым образом жизни населения, более низким уровнем экономического развития и существенным **недофинансированием здравоохранения** из государственных источников (**в 1,6 и 3,9 раза ниже** соответственно).
- При формировании политики снижения смертности и увеличения ОПЖ в регионах ДФО необходимо сосредоточиться на увеличении благосостояния граждан, реализации массовых межведомственных программ по формированию у населения здорового образа жизни и увеличению государственного финансирования здравоохранения. При этом необходимо повысить эффективность расходования государственных средств здравоохранения, а именно сделать акцент на приоритетных направлениях (повышении доступности первичной медико-санитарной помощи и лекарственного обеспечения всех слоев населения).



# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

## Базы данных

1. Европейская база данных о смертности / WHO Mortality Database [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/>
2. ЕМИСС / база данных Росстата [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://fedstat.ru/>
3. Здоровье для всех / база данных ВОЗ [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://gateway.euro.who.int/ru/hfa-explorer/>
4. Росстат [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.gks.ru/>
5. Healthy People 2020 Database [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.healthypeople.gov/2020/data-search/About-the-Data>
6. OECD.Stat / база данных ОЭСР [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://stats.oecd.org/>

## Официальные документы

1. Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения», утверждена постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 № 294.
2. Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2014–2016 гг. / Минздрав России.
3. Доклад Государственного совета РФ «Повышение эффективности системы лекарственного обеспечения в РФ».
4. Доклады о реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2007–2014 гг.
5. Доклады Росздравнадзора «Об осуществлении государственного контроля (надзора) в сфере охраны здоровья граждан и об эффективности такого контроля (надзора)» за 2013–2018 гг.
6. Методические указания по порядку и типовой форме заключения соглашения между руководителем федерального проекта и руководителем регионального проекта о реализации на территории субъекта РФ регионального проекта (утверждены протоколом заседания президиума Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам от 17.12.2018 № 15).
7. Национальные проекты: целевые показатели и основные результаты на основе паспортов национальных проектов, утвержденных президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам 24.12.2018. — М., 2019.

8. Паспорт Национального проекта «Демография» / Минздрав России. — М., 2019. — 71 с.
9. Паспорт Национального проекта «Здравоохранение» / Минздрав России. — М., 2019. — 55 с.
10. Паспорт федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» / Минздрав России. — М., 2019. — 84 с.
11. Паспорт федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» / Минздрав России. — М., 2019. — 58 с.
12. Паспорт федерального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения (Старшее поколение)» / Минздрав России. — М., 2019. — 111 с.
13. Паспорт федерального проекта «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек» / Минздрав России. — М., 2019. — 56 с.
14. Письмо Минздрава России от 13.12.2017 № 11-7/10/2-8616 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов».
15. Письмо Минздрава России от 21.12.2018 № 11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».
16. Постановление Правительства РФ от 12.10.2017 № 1242 «О разработке, реализации и об оценке эффективности отдельных государственных программ РФ».
17. Постановление Правительства РФ от 08.12.2017 № 1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов».
18. Постановление Правительства РФ от 31.10.2018 № 1288 «Об организации проектной деятельности в Правительстве РФ».
19. Постановление Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».
20. Приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи».

21. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

22. Приказ Минздрава России от 26.06.2014 № 322 «О методике расчета потребности во врачебных кадрах».

23. Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

24. Приказ Минпромторга РФ от 23.10.2009 № 965 «Об утверждении Стратегии развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 г.».

25. Прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2024 года / Министерство экономического развития РФ. — М., 2019. — 95 с.

26. Презентации министра здравоохранения РФ на коллегии Минздрава России за 2012–2018 гг.

27. Стратегия развития здравоохранения РФ на период до 2025 г., утверждена Указом Президента РФ от 06.06.2019 № 254.

28. Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 г.».

29. Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

30. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

31. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в РФ».

32. Федеральный закон от 28.06.2014 № 172-ФЗ «О стратегическом планировании в РФ».

### **Российские источники информации**

1. Аганбегян А.Г. Демографическая драма на пути перспективного развития России // Народонаселение. — 2017. — № 3. — С. 4–23.

2. Демографический ежегодник России: статистический сборник / Росстат. — М., 2001–2017.

3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Более безопасное будущее: глобальная безопасность в области общественного здравоохранения в XXI в. — Женева: ВОЗ, 2007. — 72 с.

4. Естественное движение населения Российской Федерации: статистический бюллетень / Росстат. — М., 2008–2018.

5. Заболеваемость населения России: статистические материалы / ЦНИИОИЗ Минздрава России. — М., 2008—2018.
6. Здоровоохранение в России: статистический сборник / Росстат. — М., 2001—2017.
7. Какорина Е.П., Александрова Г.А., Поликарпов А.В. и др. Алгоритмы расчета основных показателей деятельности медицинских организаций: методические рекомендации. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 400 с.
8. Медико-демографические показатели Российской Федерации: статистические материалы / ЦНИИОИЗ Минздрава России. — М., 2010—2018.
9. Официальный сайт Казначейства РФ [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://roskazna.ru/>
10. Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/>
11. Официальный сайт ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://mednet.ru/>
12. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Коечный фонд (оборот койки и летальность): статистические материалы / ЦНИИОИЗ Минздрава России. — М., 2008—2019.
13. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Коечный фонд (средняя занятость и средняя длительность пребывания пациента на койке в году): статистические материалы / ЦНИИОИЗ Минздрава России. — М., 2008—2019.
14. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Коечный фонд (число и обеспеченность населения койками различных специальностей): статистические материалы / ЦНИИОИЗ Минздрава России. — М., 2008—2019.
15. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Медицинские кадры: статистические материалы / ЦНИИОИЗ Минздрава России. — М., 2008—2019.
16. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Основные показатели здравоохранения: статистические материалы / ЦНИИОИЗ Минздрава России. — М., 2008—2019.
17. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Средний медицинский персонал: статистические материалы / ЦНИИОИЗ Минздрава России. — М., 2008—2019.
18. Сельское здравоохранение в России: статистические материалы / ЦНИИОИЗ Минздрава России. — М., 2005—2018.

19. Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Чабан Е.А. Количественный анализ факторов, влияющих на состояние здоровья населения в Российской Федерации // Медицинское образование и профессиональное развитие. — 2016. — № 2. — С. 107–120.

20. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение РФ. Что надо делать. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 704 с.

21. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 г.». — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — С. 88.

22. Фармацевтический рынок. Годовой отчет за 2012–2018 гг. / DSM Group. — М., 2013–2019.

23. Хабриев Р.У., Шипова В.М., Гаджиева С.М. Комментарии к нормам труда в здравоохранении. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 144 с.

24. Хабриев Р.У., Шипова В.М., Маличенко В.С. Государственные гарантии медицинской помощи. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 232 с.

25. Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту: статистический бюллетень / Росстат. — М., 2009–2018.

26. Шишкин С.В., Шейман И.М., Потапчик Е.Г., Понкратова О.Ф. Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития. — М.: НИУ ВШЭ, 2019. — 94 с. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [https://www.oprf.ru/files/1\\_2019dok/doklad\\_OMS22042019.pdf](https://www.oprf.ru/files/1_2019dok/doklad_OMS22042019.pdf)

### Иностранные источники информации

1. About NHS patient surveys [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.nhssurveys.org/>

2. Administrative spending in OECD health care systems: Where is the fat and can it be trimmed? // Tackling Wasteful Spending on Health. — January 2017. — P. 229–264. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.researchgate.net/publication/312344599>

3. Adult Inpatient Survey: Quality and Methodology Report, Care Quality Commission // NHS Patient Survey Programme. — 2016. — 30 p.

4. Aiken L.H., Clarke S.P. et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction // American Medical Association (JAMA). — October, 2002. — Volume 288. — N. 16. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://medschool.ucsd.edu/som/heard/resources/Documents/nurse%20burnout%20jama.pdf>

5. Altschuler J., Margolius D., Bodenheimer T., Grumbach K. Estimating a Reasonable Patient Panel Size for Primary Care Physicians With Team Based Task

Delegation // *Annals of family medicine*. — September-October, 2012. — Vol. 10. — N. 5. — P. 396–400.

6. Association of Primary Care Physician Supply With Population Mortality in the United States, 2005–2015 // *JAMA*. — February 2019. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://ama.silverchair-cdn.com/journals/jamainternalmedicine/newonline>

7. Belloni A., Morgan D., Paris V. Pharmaceutical expenditure and policies: past trends and future challenges // *OECD Health Working Paper N. 87*. — Paris, 2016. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.1787/5jm0q1f4cdq7-en>

8. Berwick D. Connecting finance and quality. *Healthcare Financial Management*. — October 2008. — P. 53–55.

9. Champagn F., Guisset A.-L., Veillard J., Trabut I. The Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH project), a general description. — April, 2005. — 117 p.

10. Catlin B., Jovaag A. et al. County Health Rankings Key Findings 2014 / University of Wisconsin Population Health Institute. — 11 p. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.countyhealthrankings.org/sites/default/files/2014%20County%20Health%20Rankings%20Key%20Findings.pdf>

11. Centers for Medicare and Medicaid Services [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.cms.gov>

12. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide // National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Washington: The National Academies Press, 2018. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://doi.org/10.17226/25152>

13. Detiček A., Locatelli I., Kos M. Patient Access to Medicines for Rare Diseases in European Countries // Elsevier. — May, 2018. — Vol. 21, Issue 5. — P. 553–560.

14. Estimating Health Care-Associated Infections and Deaths in U.S. Hospitals, 2011 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.cdc.gov/HAI/surveillance/>

15. Find a Gold Seal Health Care Organization [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.qualitycheck.org/>

16. Groene O., Skau J.K.H., Frolich A. An international review of projects on hospital performance assessment // *International Journal for Quality in Health Care*. — 2008. — P. 1–10.

17. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2019 / WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. — Norway, 2018. — 283 p.

18. Health at a Glance 2015 // OECD Indicators, OECD Publishing. — Paris, 2015. — 216 p.
19. Health at a Glance 2017: OECD indicators // OECD Publishing. — Paris, 2018. — 220 p. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en)
20. Hirose K., Czepulis-Rutkowska Z. Challenges in Long-term Care of the Elderly in Central and Eastern Europe / International Labour Organization. — Budapest, 2016. — 37 p. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---sro-budapest/documents/publication/wcms\\_532427.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---sro-budapest/documents/publication/wcms_532427.pdf)
21. Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers of Systems [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.hcahpsonline.org>
22. James B.C., Poulsen G.P. The case for capitation // Harvard Business Review. — 2016. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://hbr.org/2016/07/the-case-for-capitation>
23. Jones R. Volatility in bed occupancy for emergency admissions // British Journal of Healthcare Management. — 2011. — Vol. 17. — N. 9. — P. 424–430.
24. Pharmaceutical Innovation and Access to Medicines / OECD Publishing. — Paris, 2018. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://doi.org/10.1787/9789264307391-en>
25. Raffoul M., Moore M., Kamerow D., Bazemore A. A Primary Care Panel Size of 2500 Is neither Accurate nor Reasonable // JABFM. — July-August 2016. — Vol. 29. — N. 4. — P. 496–499.
26. Santana P., Freitas A., Costa C. et al. Atlas of Population Health in European Union Regions. — Imprensa da Universidade, November 2017 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [https://www.researchgate.net/publication/321361767\\_Atlas\\_of\\_Population\\_Health\\_in\\_European\\_Union\\_Regions](https://www.researchgate.net/publication/321361767_Atlas_of_Population_Health_in_European_Union_Regions)
27. Tackling healthcare associated infections through effective policy action. — London: British Medical Association, 2009. — 44 p.
28. The Official U.S. Government Site for Medicare [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.medicare.gov/>
29. The pharmaceutical industry and global health facts and figures 2017 // International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations. — February, 2017. — 86 p. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.ifpma.org/wp-content/uploads/2017/02/IFPMA-Facts-And-Figures-2017.pdf>
30. The Pharmaceutical Industry in Figures, 2018: key data / EFPIA. — 28 p. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [https://www.efpia.eu/media/361960/efpia-pharmafigures2018\\_v07-hq.pdf](https://www.efpia.eu/media/361960/efpia-pharmafigures2018_v07-hq.pdf)



31. The Watson Health 100 Top Hospitals program [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.100tophospitals.com/>
32. Top Hospitals [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.healthgrades.com/quality/top-hospitals-2013>
33. U.S. News Hospitals Rankings and Ratings [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://health.usnews.com/best-hospitals>
34. WHO Collaborating Centre for drug statistics methodology [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [https://www.whocc.no/use\\_of\\_atc\\_ddd/](https://www.whocc.no/use_of_atc_ddd/)
35. WHO report on surveillance of antibiotic consumption: 2016–2018 early implementation. — Geneva: World Health Organization, 2018. — P. 27–28.

### **Иностранные источники по вопросам охраны здоровья населения в отдаленных и труднодоступных территориях**

1. Barer M.L., Stoddart G.L. Improving Access to Needed Medical Services in Rural and Remote Canadian Communities: Recruitment and Retention Revisited // Territorial Advisory Committee on Health Human Resources. — June, 1999. — P. 43.
2. Bosco C., Oandasan I. Review of Family Medicine Within Rural and Remote Canada: Education, Practice, and Policy // The College of Family Physicians of Canada. — 2016. — 59 p.
3. Bourke L., Humphreys J.S. et al. Understanding rural and remote health: A framework for analysis in Australia // Elsevier, Health and Place. — 2012. — Vol. 18. — P. 496–503.
4. Enhancing health services in remote and rural communities of British Columbia. — April, 2002. — P. 26.
5. Healthcare Access in Rural Communities [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.ruralhealthinfo.org/topics/healthcare-access>
6. Humphreys J., Wakerman J. Primary health care in rural and remote Australia: achieving equity of access and outcomes through national reform. — P. 28.
7. Liaw S.T., Kilpatrick S. A textbook of Australian Rural Health // ARHEN. — 2008. — P. 265.
8. Loue S. Handbook of Rural Health. — New-York: Springer Science+Business Media, 2001. — 370 p.
9. MacKinney A.C., Coburn A.F., MacKinney A.C. et al. Access to Rural Health Care — A Literature Review and New Synthesis // RUPRI Health Panel. — 2014. — 22 p.
10. Mack M., Maxwell H. et al. Being Rural: exploring sustainable solutions for remote and rural healthcare // RCGP Scotland Policy Paper. — August, 2014. — P. 31.



11. Mitton C., Dionne F. et al. Innovations in health service organization and delivery in northern rural and remote regions: a review of the literature // *International Journal of Circumpolar Health*. — 2011. — Vol. 70. — N. 5. — P. 460–472.
12. Rechela B., Džakulab A., Duranc A. et al. Hospitals in rural or remote areas: An exploratory review of policies in 8 high-income countries // Elsevier, *Healthy Policy*. — 2016. — Vol. 120. — P. 758–769.
13. Rural and Northern Health Care Framework. Plan / Ministry of Health and Long-Term Care. Ontario. — 85 p.
14. Rural and Remote Health Service Framework / The State of Queensland (Department of Health). — June, 2013. — 27 p.
15. Smith K.B., Humphreys J.S., Wilson M.G.A. Addressing the health disadvantage of rural populations: How does epidemiological evidence inform rural health policies and research? // *Australian Journal Rural Health*. — 2008. — Vol. 16. — N. 2. — P. 55–66.
16. Strassera R., Neusyb A.J. Context counts: training health workers in and for rural and remote areas // *Bulletin of the World Health Organization*. — 2010. — P. 13.
17. Telehealth Use in Rural Healthcare [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.ruralhealthinfo.org/topics/telehealth>
18. Testing New Approaches: Why Rural-specific Demonstration Projects Are Needed [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.ruralhealthinfo.org/new-approaches>
19. Ware V.-A. Improving the accessibility of health services in urban and regional settings for Indigenous people. — December, 2013. — P. 23.
20. Why Are There So Few Doctors in Rural America? [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.theatlantic.com/health/archive/2014/08/why-wont-doctors-move-to-rural-america/379291/>

*Научное издание*

**Улумбекова Гузель Эрнстовна**

# **ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ**

## **ЧТО НАДО ДЕЛАТЬ**

**Состояние и предложения: 2019–2024 гг.**

3-е издание

Зав. редакцией *А.В. Андреева*

Руководитель производственного отдела *З.С. Люманова*

Выпускающий редактор *Е.А. Мартынова*

Корректоры *Н.Н. Ширяева, Е.А. Бакаева, Е.В. Селиверстова, Т.М. Багдаева*

Компьютерная верстка *Е.Ю. Назарова, И.М. Тригуб*

Дизайн обложки *В.А. Яблоков*

Технолог *Ю.В. Поворова*

Подписано в печать 05.09.2019. Формат 70×100<sup>1</sup>/<sub>16</sub>.

Бумага офсетная. Печать офсетная.

Объем 33,7 усл. печ. л. Тираж 1500 экз. Заказ №

ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».

115035, Москва, ул. Садовническая, д. 11, стр. 12.

Тел.: (495) 921-39-07.

E-mail: [info@geotar.ru](mailto:info@geotar.ru); <http://www.geotar.ru>.

Отпечатано в ООО «ИПК Парето-Принт»,  
170546, Тверская область, Промышленная зона Боровлёво-1,  
комплекс № 3 «А».

ISBN 978-5-9704-5417-6



9 785970 454176 >



**Улумбекова Гузель Эрнстовна**, д-р мед. наук, MBA в области управления здравоохранением (Гарвардский университет, Harvard T.H. Chan School of Public Health), руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ-КМК).

Окончила Казанский государственный медицинский университет по специальности «врач-терапевт» с отличием. В 1994 г. основала и по 2006 г. возглавляла издательство «ГЭОТАР-Медиа» — крупнейшее медицинское издательство в РФ, определяющее информационно-образовательную политику в здравоохранении. С 2007 по 2009 г. была советником губернатора Самарской области и отвечала за разработку Стратегии развития здравоохранения Самарской области. В 2008 г. назначена ответственным секретарем комиссии по разработке «Концепции развития здравоохранения и охраны здоровья населения РФ до 2020 года» и организовывала работу этой комиссии.

С 2003 г. занимается активной экспертной деятельностью по вопросам организации здравоохранения в Общественной и Торгово-промышленной палатах РФ, Комитете ГД РФ по охране здоровья, Центре стратегических разработок при Минэкономразвития России, Совете ВОЗ по доказательной медицине и др. Проводила анализ законопроектов «Об обязательном медицинском страховании в РФ», «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и др.

Гузель Улумбекова — автор монографии «Здравоохранение России. Что надо делать» (2010, 2015), со-автор учебника для медицинских вузов «Общественное здоровье и здравоохранение» (2011), один из авторов и редакторов национального руководства «Общественное здоровье и здравоохранение» (2013), главный редактор руководства «Повышение качества медицинской помощи и безопасности пациентов в медицинских организациях» (2016). Тема докторской диссертации — «Научное обоснование направлений развития здравоохранения РФ на среднесрочный период» (2014).

С 2013 г. организовывала разработку и внедрение системы НМО в стране, в том числе объединяла работу научных клинических центров РАН и профессиональных медицинских обществ по данному направлению. С 2015 г. по настоящее время является экспертом Центрального штаба Общероссийского народного фронта (ОНФ).

В 2015 г. Г.Э. Улумбековой основана Высшая школа организации и управления здравоохранением — уникальный научно-методический, экспертный и образовательный центр в сфере организации здравоохранения и общественного здоровья. ВШОУЗ-КМК ежегодно организует крупнейший международный форум «Оргздрав: эффективное управление медицинской организацией» (с 2013 г.), который объединяет более 500 руководителей отрасли; проводит инновационный курс повышения квалификации для организаторов здравоохранения, разрабатывает стратегии развития региональных систем здравоохранения; выпускает журнал «Оргздрав: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ». В 2016–2019 гг. по поручению организаторов Петербургского международного экономического форума Г.Э. Улумбекова выступила модератором и спикером более 10 тематических сессий.

В 2018 г. в целях исполнения Указа Президента от 7 мая 2018 г. № 204 Г.Э. Улумбекова предложила руководству РАН систему проектного управления по достижению целевого значения ОПЖ — 78 лет к 2024 г., координировала разработку научно-клинических программ для формирования Национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография», разработала методику и рассчитала показатели снижения смертности по каждой из программ, а также сценарные условия достижения целей, внесла предложения по доработке проектов «Старшее поколение» и «Национальные медицинские центры». В настоящее время координирует работу межведомственного Совета РАН, утвержденного Президиумом РАН, по разработке Национальной лекарственной политики на период 2020–2030 гг., где непосредственно отвечает за макроэкономические расчеты и научное обоснование программы по разработке инновационных лекарств.

Награждена благодарностями Президента РФ (1996 г. и 2018 г.).

ISBN 978-5-9704-5417-6



9 785970 454176 >



25 лет с Вами  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»