

7–9 июня
2023 г.

XI Международный
конгресс

Орг ЗДРАВ

Эффективное управление
в здравоохранении

ОФЛАЙН
Москва, «Президент-Отель»,
ул. Б. Якиманка, 24

ОНЛАЙН
Бесплатная трансляция

ГЛАВНАЯ ТЕМА

«СОВРЕМЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – ДЛЯ МЕНЯЮЩЕЙСЯ РОССИИ»

*Кадры, инфраструктура, обеспечивающие отрасли, управление
Откровенный разговор ответственных лиц*

7–8 ИЮНЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ОРГЗДРАВ: ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

- Пленарные заседания
- Стратегические сессии
- Круглые столы
- Тренинги и мастер-классы

9 ИЮНЯ ПРЕМИЯ «ОРГЗДРАВ: ЛИДЕРЫ ОТРАСЛИ»

- Презентации лучших проектов в 6 номинациях
- Торжественная церемония награждения победителей



ЗАРЕГИСТРИРОВАТЬСЯ
на участие в конгрессе
congress.orgzdrav.com



ПОДАТЬ ЗАЯВКУ
НА УЧАСТИЕ В ПРЕМИИ
«Оргздрав: лидеры отрасли»
congress.orgzdrav.com/leader



Провайдер: ООО «ВШОУЗ-КМК»

Тел.: +7 (495) 662-80-96, +7 (917) 550-48-75 • vshouz@vshouz.ru • www.vshouz.ru



ВЫСШАЯ ШКОЛА
ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – ВАЖНЕЙШАЯ ЧАСТЬ БЕЗОПАСНОСТИ РОССИИ

КАК ВЫПОЛНИТЬ ЭТУ МИССИЮ

Под редакцией
Г.Э. Улумбековой



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

*Эффективная, современная
система здравоохранения имеет
важнейшее значение для сбережения
народа России...*

В.В. Путин
Президент РФ, 2022 г.

«Качественные знания — это "кровь" системы здравоохранения. Без них, даже при наличии достаточной обеспеченности медицинскими кадрами, лекарствами и медицинскими изделиями, решения врачей и руководителей здравоохранения будут неэффективны».

НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАТИКА В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Главные редакторы: Г.Э. Улумбекова, В.А. Медик
3-е издание



СТРУКТУРА

85 авторов • 7 частей • 77 глав

0

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАТИКА

- Основы дисциплины
- База знаний и СППКР
- Тренды развития

1

ГЛАВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ О ЗДРАВООХРАНЕНИИ РФ

- Интегральная оценка
- Уроки пандемии COVID-19
- Предложения по развитию до 2025 г.

2

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ СТАТУС, ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ В РФ

- Анализ ситуации, прогнозы и предложения по выходу из стагнации

3

СОСТОЯНИЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ НА МАКРОУРОВНЕ

- Документы стратегического планирования
- Финансирование
- Система управления качеством
- Лекарственное обеспечение

4

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОТДЕЛЬНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ И СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ

- ПМСП, СМП
- Медицинская помощь детям
- Медицинская реабилитация
- Медицинская экспертиза и др.

5

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

- Контрольно-надзорные мероприятия
- Финансово-хозяйственная деятельность
- Юридические основы безопасности
- Лицензирование и др.

6

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В УПРАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

- Особенности динамичной среды здравоохранения
- Увеличение ценности организации
- Управление ограничениями и колебаниями
- Разрешение конфликтов



www.geotar.ru
www.medknigaservis.ru



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

Г.Э. Улумбекова, Е.А. Гапонова,
А.Б. Гинойн, И.Ю. Худова

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – ВАЖНЕЙШАЯ ЧАСТЬ БЕЗОПАСНОСТИ РОССИИ

КАК ВЫПОЛНИТЬ ЭТУ МИССИЮ

Под редакцией
Г.Э. Улумбековой



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2023

УЧАСТНИКИ ИЗДАНИЯ

Главный редактор

Улумбекова Гузель Эрнстовна — доктор медицинских наук, МВА Гарвардского университета (Бостон, США), ректор ВШОУЗ

Авторы

Улумбекова Гузель Эрнстовна — доктор медицинских наук, МВА Гарвардского университета (Бостон, США), ректор ВШОУЗ

Гапонова Елена Анатольевна — кандидат технических наук, главный аналитик Аналитического центра ВШОУЗ

Гиноян Аргишти Багратович — кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник ВШОУЗ

Худова Ирина Юрьевна — кандидат медицинских наук, МВА, руководитель аналитических и консалтинговых проектов Аналитического центра ВШОУЗ

СОДЕРЖАНИЕ

Участники издания	2
Список сокращений	4
Ключевые положения аналитической справки	5
1. Вложения в здравоохранение всегда приносят положительный результат: итоги 2005–2022 гг.	8
2. Демографические показатели и показатели здоровья населения РФ в сравнении с развитыми странами.	15
3. Факторы, влияющие на снижение смертности населения и рост ОПЖ в РФ	23
4. Анализ доступности бесплатной медицинской помощи как важнейшего фактора снижения смертности в РФ.	28
5. Неравенство в показателях здоровья и доступности медицинской помощи в регионах РФ	41
6. Что надо делать для достижения национальной цели, поставленной в Указе Президента РФ, — «сохранение населения, здоровье и благополучие людей»	48
7. Оценка экономического эффекта от вложений в здравоохранение до 2030 г.	57
Список литературы	63

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- БСК — болезни системы кровообращения
- ВВП — валовой внутренний продукт
- ВШОУЗ — Высшая школа организации и управления здравоохранением
- ГРЗ — государственные расходы на здравоохранение
- ЕГИСЗ — Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения
- ЕС — Европейский союз
- ЛП — лекарственный препарат
- МВФ — Международный валютный фонд
- МРОТ — минимальный размер оплаты труда
- НП — национальный проект
- ОМС — обязательное медицинское страхование
- ОПЖ — ожидаемая продолжительность жизни
- ОЭСР — Организация экономического сотрудничества и развития
- ППС — паритет покупательной способности
- ТФОМС — территориальный фонд обязательного медицинского страхования
- ФОМС — Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
- ФОТ — фонд оплаты труда
- ФП — федеральный проект
- ЦБ — Центральный банк
- COVID-19 (англ. COronaVirus Disease 2019) — коронавирусная инфекция 2019 г.

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ АНАЛИТИЧЕСКОЙ СПРАВКИ

В Указе Президента РФ № 474 от 21 июля 2020 г. поставлена **национальная цель** — *«сохранение населения, здоровье и благополучие людей»*. Согласно Указу главная характеристика здоровья населения — ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) — должна вырасти с **72,8 года в 2022 г. до 78 лет к 2030 г.**

В РФ роль здравоохранения в снижении смертности населения и, соответственно, увеличении ОПЖ — **огромна**. Эта роль стала особенно очевидной для многих граждан во время пандемии COVID-19, когда от доступности медицинской помощи и эффективной работы органов здравоохранения **зависели жизни сотен тысяч** российских граждан. Доказательством результативности вложений в демографические проекты и здравоохранение являются итоги отдельных целевых программ, например, реализованных с 2005 по 2022 г.:

- введение материнского капитала способствовало **дополнительному рождению 2,2 млн детей** (2007–2021 гг.);
- реализация программы по совершенствованию перинатальной помощи привела к снижению младенческой смертности **в 1,8 раза** (2013–2021 гг.);
- программа по борьбе с онкологическими заболеваниями позволила снизить смертность от новообразований **на 4%** (2019–2022 гг.).

Однако в обществе, у финансово-экономического блока Правительства РФ и Государственной Думы пока **не сложилось должного понимания**, что для выполнения миссии по спасению жизней российских граждан здравоохранению необходимы **дополнительные финансовые ресурсы**.

В настоящем документе на основе анализа медико-демографических показателей и текущей ситуации в российском здраво-

охранении **сформулированы задачи** по его развитию до 2030 г. и определен уровень необходимого финансирования — минимум **5% валового внутреннего продукта (ВВП)** (*при условии, что к 2030 г. потребление алкоголя будет снижено на 45%, а ВВП будет расти с темпом 2–3% в год*). Эти средства главным образом должны пойти:

- на увеличение **оплаты труда медицинских работников** и выравнивание ее по субъектам РФ (базовый оклад врача должен составлять 4 МРОТ, медицинской сестры — 2 МРОТ, профессорско-преподавательского состава медицинских вузов и НИИ — 5–8 МРОТ, колледжей — 4–6 МРОТ);
- на расширение программы **бесплатного лекарственного обеспечения** в амбулаторных условиях для всех категорий населения (не менее 200 млрд руб. в год);
- на **обновление основного фонда** медицинских организаций, в том числе на оснащение новыми медицинскими изделиями и внедрение цифровых технологий.

Одновременно на уровне Правительства РФ необходимо реализовать межведомственную программу по снижению к 2030 г. потребления алкоголя **на 45%** и распространенности табакокурения **в 2 раза** (на это необходимо дополнительное государственное финансирование сверх 5% ВВП на здравоохранение).

Для обеспечения **равнодоступности** медицинской помощи в регионах РФ потребуются **централизация управления** здравоохранением на уровне Минздрава России с формированием **единых подходов** в оплате труда медицинских работников и других статей расходов государственных медицинских организаций. В том числе потребуются объединение всех источников финансового обеспечения медицинских организаций (*Федеральный фонд медицинского страхования — ФОМС, федеральный бюджет и средства региональных бюджетов*) и переход на **сметный способ** их оплаты.

Дополнительные вложения в здравоохранение **высокоэффективны**. Увеличение **доступности бесплатной медицинской помощи** для населения и ее **выравнивание для граждан**, проживающих в разных регионах страны, позволят:

- **снизить смертность** и улучшить здоровье населения, за счет чего получить экономический эффект в размере **6,6 руб.** на каждый дополнительно вложенный в здравоохранение рубль;
- **уменьшить естественную убыль** населения как путем снижения смертности, так и созданием положительного **стимула для увеличения рождаемости** (на это будут влиять благоприятные условия получения медико-профилактической помощи будущим матерям и детям);
- создать **импульс для развития отечественных производителей** медицинской и фармацевтической продукции за счет расширения рынков сбыта их продукции;
- поднять **престиж медицинских работников** и уважение к ним в обществе, что положительно скажется на настроениях пациентов.

Все это напрямую будет способствовать достижению национальных целей: увеличению **ОПЖ до 78 лет к 2030 г.** и, главное, поддержанию **социальной стабильности** и благополучия граждан в нашей стране.

ВЛОЖЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ВСЕГДА ПРИНОСЯТ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ: ИТОГИ 2005–2022 гг.

1

После распада Советского Союза система здравоохранения РФ финансировалась по остаточному принципу — госрасходы в доле ВВП не превышали **3,1% ВВП** вплоть до 2018 г. (см. раздел 3, рис. 14). Такой уровень финансирования, естественно, **не позволял значительно повысить доступность бесплатной медицинской помощи населению**, в том числе расширить объемы лекарственного обеспечения для всех категорий граждан и увеличить оплату труда медицинских работников так, чтобы ликвидировать их дефицит. Однако с 2005 по 2022 г. **по инициативе первых лиц государства** в отрасли реализовывались **отдельные** целевые проекты, которые позволили частично стабилизировать ситуацию и добиться некоторых позитивных результатов в показателях здоровья населения.

Реализованные в здравоохранении проекты, их содержание и результаты представлены в **табл. 1**. Особенно важно, что 7 декабря 2022 г. Президент РФ принял решение о необходимости повышения оплаты труда медицинских работников, работающих в сельской местности, на скорой помощи и в первичном звене здравоохранения. Этому предшествовала **большая обосновывающая работа** Совета при Президенте РФ по развитию гражданского общества и правам человека, Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), Всероссийского союза пациентов и Профсоюза работников здравоохранения РФ.

Таблица 1. Целевые проекты, реализованные в здравоохранении с 2005 по 2022 г.

Название проекта	Период	Содержание	Результат
Программа обеспечения населения лекарственными препаратами за счет федеральных средств	С 2005 г. по настоящее время	Увеличение объемов бесплатного лекарственного обеспечения населения по номенклатуре и объемам финансирования для отдельных категорий граждан	Повышение доступности лекарственного обеспечения для отдельных категорий населения в амбулаторных условиях в 1,5 раза в реальных ценах
Приоритетный национальный проект «Здоровье»	2005–2009 гг.	Увеличение оплаты труда работников первичного звена; усиление профилактической направленности медицинской помощи; повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи; совершенствование помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях. Общее увеличение госфинансирования на 0,38% в год	Снижение смертности населения на 12% . Увеличение ОПЖ на 3,4 года
Стимулирование рождаемости в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2006 № 256-ФЗ	С 2007 по настоящее время	Устанавливает дополнительные меры господдержки семей, имеющих детей (материнский капитал)	Дополнительно родилось 2,2 млн детей (2007–2021 гг.)
Программа модернизации здравоохранения РФ	2011–2012 гг.	Оснащение современным медицинским оборудованием и ИТ-инфраструктурой медицинских организаций регионов РФ (потрачено 460 млрд руб.)	Заметное обновление основных фондов государственных медицинских организаций, как следствие, повышение доступности медицинской помощи

Продолжение табл. 1

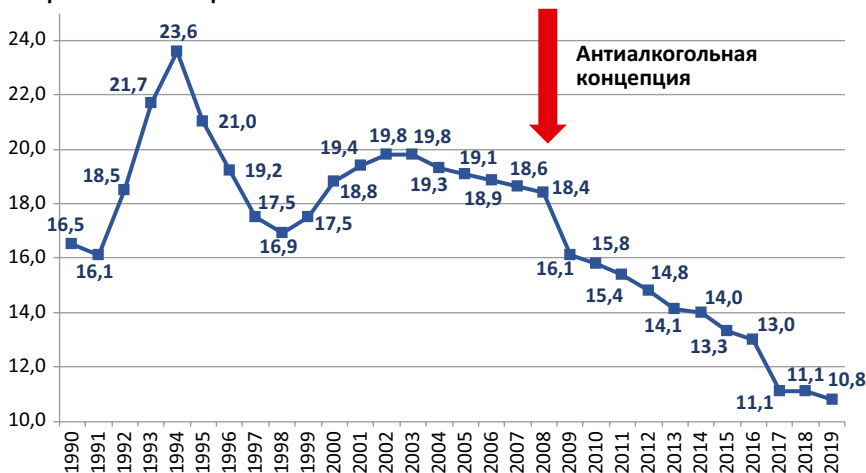
Название проекта	Период	Содержание	Результат
Развитие перинатальных центров — госпрограмма, направленная на улучшение демографической ситуации и укрепление здоровья населения страны	С 2013 г. по настоящее время	Построено 60 перинатальных центров, подготовлены соответствующие кадры, организована трехуровневая система оказания акушерско-гинекологической помощи	Младенческая смертность снизилась в 1,8 раза , детская смертность — в 2,4 раза , число абортот сократилось в 1,5 раза , доступность процедур вспомогательных репродуктивных технологий возросла в 9 раз (с 10 до 87 тыс.)
Развитие региональных сердечно-сосудистых центров и периферических сосудистых отделений (Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденный приказом Минздрава России в 2012 г.)	С 2012 г. по настоящее время	Создание трехуровневой системы организации медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, строительство и оснащение сосудистых центров	Снижение смертности от болезней системы кровообращения (БСК) с 2012 по 2021 г. на 13%
Повышение оплаты труда медицинских работников согласно Указу Президента РФ от 07.05.2012 № 597	С 2013 г. по настоящее время	Оплата труда врачей должна составлять не менее 200% средней оплаты труда в экономике региона, средних медицинских работников — 100%	Замедлился процесс оттока медицинских кадров из отрасли

Окончание табл. 1

Название проекта	Период	Содержание	Результат
<p>Национальный проект (НП) «Здравоохранение», включает 8 взаимосвязанных ФП, в том числе по модернизации первичного звена здравоохранения</p>	<p>С 2019 г. по настоящее время</p>	<p>Строительство, ремонт и оснащение поликлиник, обновление парка машин скорой медицинской помощи, строительств фельдшерско-акушерских пунктов, оснащение регионов передвижными мобильными комплексами, развитие Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) и др. Ежегодно в среднем расходуется дополнительно 290 млрд руб.</p>	<p>Частичное обновление основных фондов медицинских организаций, преимущественно первичного звена. См. также ФП «Борьба с онкологическими заболеваниями» и ФП «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»</p>
<p>ФП «Борьба с онкологическими заболеваниями в рамках НП «Здравоохранение», единственное ФП, направленный на увеличение объемов и тарифов по оказанию медицинской помощи</p>	<p>С 2019 г. по настоящее время</p>	<p>Организация раннего выявления заболевших, создание центров амбулаторной онкологической помощи, включение в схемы лечения онкологических пациентов новых ЛП. Дополнительные расходы в среднем в год — около 150 млрд руб.</p>	<p>Увеличение тарифов по оказанию онкологической помощи в круглосуточных стационарах на 18% и объемов помощи в дневных стационарах на 13%. Как следствие, с 2019 по 2022 г. смертность от новообразований снизилась на 4%</p>
<p>Повышение оплаты труда медицинских работников согласно поручению Президента от 7 декабря 2022 г.</p>	<p>С 2023 г. по настоящее время</p>	<p>Доплаты медицинским работникам первичного звена, скорой помощи и работающим в сельской местности в размере от 4,5 тыс. до 18,5 тыс. руб. (всего 150 млрд руб. в год, дополнительно)</p>	

Дополнительно по инициативе Минздрава России Президент РФ одобрил реализацию программ по снижению потребления алкоголя и табака населением РФ. В 2009 г. была принята Антиалкогольная концепция (утв. распоряжением Правительства РФ от 30.12.2009 № 2128-р), а в 2013 г. — антитабачный Федеральный закон (от 23.02.2013 № 15-ФЗ «О защите здоровья населения от последствий потребления табака»). В результате потребление алкоголя с 2010 по 2019 г. среди взрослого населения **снизилось на 32%**, а распространенность потребления табака с 2012 по 2020 г. **снизилась на 42%** (рис. 1 и 2).

Литров чистого спирта



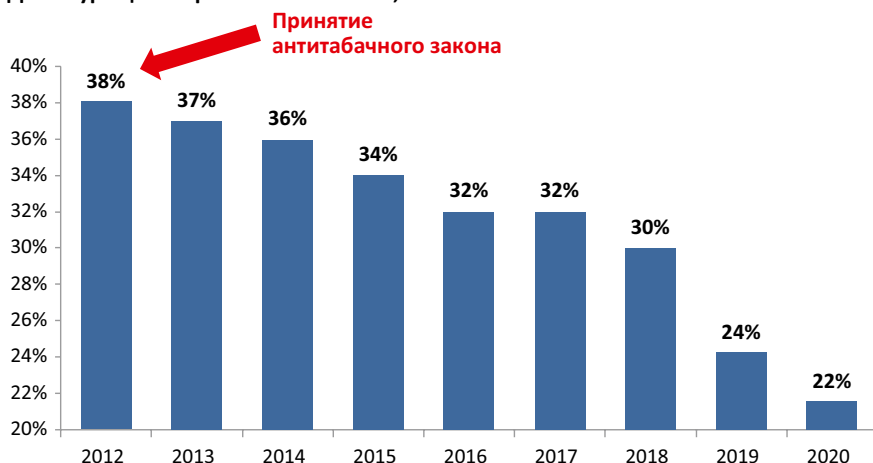
Источник: база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 1. Динамика потребления алкоголя на душу населения среди лиц старше 15 лет в РФ

Одновременно есть и **отрицательные примеры вмешательства** в систему здравоохранения, которые свидетельствуют о том, что любые сокращения государственного финансирования здравоохранения и снижение мощностей системы **приводят к дополнительным смертям российских граждан**. Так, в 2012 г. по инициативе финансово-экономического блока Правительства РФ (*Минфина России, Минэкономразвития России, НИУ «Высшая школа экономики» и РАНХиГС*)

был подготовлен отчет по повышению эффективности бюджетных расходов, в том числе в сфере здравоохранения: «**Оптимизация государственных расходов в здравоохранении и привлечение негосударственных источников финансирования**»¹.

Доля курящего взрослого населения, %



Источники: Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения», Минздрав России.

Рис. 2. Доля курящего населения старше 15 лет в РФ

Далее, согласно изложенным в этом отчете рекомендациям, Правительство РФ реализовало «План мероприятий “Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения”» (*Распоряжение от 28.12.2012 № 2599-р с дополнениями от 31.10.2013 № 2021-р*). В результате этих неверных действий с 2012 по 2018 г. государственные расходы **сократились на 4%** в постоянных ценах (2012 г. = 100%), количество врачей сократилось **на 46 тыс.**, количество стационарных коек — **на 160 тыс.** Существенно возросла трудовая нагрузка на медицинский персонал и усилилась напряженность трудового процесса. Как следствие, к 2020 г. — началу пандемии COVID-19 — система здравоохранения

¹ https://www.hse.ru/data/2013/12/13/1339714268/%D0%98%D1%82%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D0%B9_%D0%BE%D1%82%D1%87%D0%B5%D1%82.pdf.

пришла «обескровленной», и, **несмотря на героические усилия медицинских работников во главе со штабом отрасли**, смертность от всех причин за 2020 и 2021 гг. по сравнению с 2019 г. возросла почти на 1 млн человек (в среднем на 28% в год). В системе здравоохранения просто не оказалось достаточных мощностей, чтобы оказать медицинскую помощь пациентам с коронавирусной инфекцией и пациентам с другими заболеваниями.

ВЫВОДЫ

Из представленных данных следует, что любые непродуманные вмешательства в систему здравоохранения чреваты серьезными последствиями, а именно ростом смертности населения. Напротив, дополнительные финансовые вливания в здравоохранение — важнейшее условие снижения смертности и улучшения здоровья населения, а политическая воля — это мощный фактор, стимулирующий положительные системные преобразования в отрасли.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РФ В СРАВНЕНИИ С РАЗВИТЫМИ СТРАНАМИ

2

Естественное движение населения. Это обобщенное название совокупности рождений и смертей, изменяющих численность населения так называемым естественным путем. На **рис. 3** видно, что в период 2013–2015 гг. в РФ рождаемость была выше, чем смертность, соответственно, был естественный прирост населения. С 2016 г. в РФ смертность из-за изменений возрастной структуры населения снова начала преобладать над рождаемостью. В 2020–2022 гг. естественная убыль населения в РФ составила более 2,3 млн человек, главным образом, из-за сверхсмертности вследствие пандемии COVID-19. До 2030 г., по прогнозам Росстата, естественная убыль составит в среднем 540 тыс. человек в год.

Рождаемость. Демографическая ситуация в РФ характеризуется **сокращением** рождаемости. На **рис. 4** продемонстрирована динамика коэффициента рождаемости (число родившихся живыми на 1000 населения в год) в РФ и странах ЕС. Видно, что в РФ с 1988 по 1999 г. (за 11 лет) этот показатель **снизился почти в 2 раза**, с 1999 по 2011 г. (за 12 лет) он **вырос на 52%**. В период с 2011 по 2015 г. рождаемость оставалась на прежнем уровне, а затем, с 2015 по 2022 г., началось ее резкое снижение — почти на **32% за 7 лет**. Такое значительное снижение рождаемости связано с сокращением числа женщин детородного возраста (15–49 лет), особенно активного детородного возраста (20–34 года), на которых приходится до 80% рождений в год. Их число будет сокращаться и далее, вплоть до 2030 г., в среднем **на 400 тыс. человек** в год.

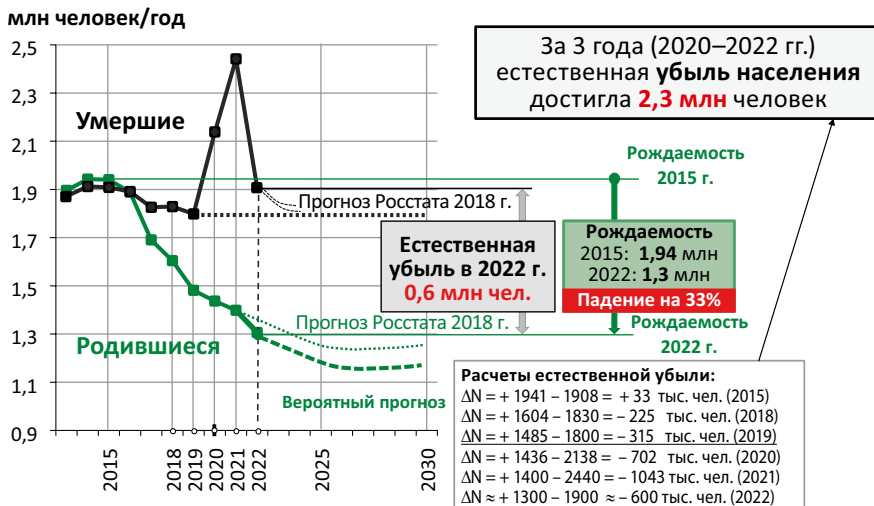


Рис. 3. Смертность, рождаемость и естественная убыль в РФ

Число родившихся живыми на 1000 населения



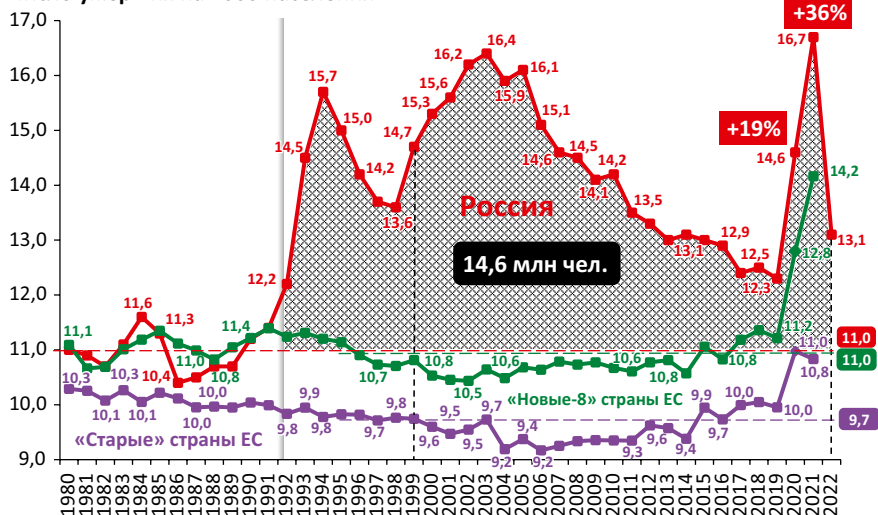
«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Росстат, база данных ВОЗ «Здоровье для всех», база данных ОЭСР «OECD.Stat», расчет ВШОУЗ.

Рис. 4. Динамика общего коэффициента рождаемости в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Смертность. Общий коэффициент смертности (число умерших на 1000 населения в год) в 1990 г. в РФ был на уровне «новых-8» стран ЕС, а в 2021 г. стал **на 18% выше**, чем у них (рис. 5). В 2020 г. в РФ дополнительная смертность по отношению к 2019 г. составила **340 тыс. человек (+19%)**, в 2021 г. — **643 тыс. человек (+36%)**. В 2022 г. смертность снизилась, но по-прежнему осталась **на 7% выше**, чем в 2019 г.

Ожидаемая продолжительность жизни. В 1985 г. в РФ ключевая характеристика здоровья населения — ОПЖ (рассчитывается по смертности в различных возрастных группах) была на уровне «новых-8» стран ЕС, близких к нашей стране по уровню экономического развития (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония). В 2021 г. в результате катастрофического роста смертности этот показатель в нашей стране стал **почти на 6 лет ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (соответственно **70,1 и 75,7 года**), а разница со «старыми» странами ЕС **возросла до 12 лет** (рис. 6).

Число умерших на 1000 населения



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

Рис. 5. Динамика общего коэффициента смертности в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Структура смертности населения. На рис. 7 представлена структура смертности всего населения в РФ в 2021 г. Видно, что основными причинами смертности являются неинфекционные заболевания: БСК — 38%, новообразования — 12%, внешние причины — 6%, болезни органов дыхания — 5%, болезни органов пищеварения — 4%, инфекционные болезни — 1%.

Коэффициент младенческой смертности (число умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми) в РФ значительно снижается: с 1980 по 2021 г. — в 4,8 раза, за период 2013–2021 гг. — в 1,8 раза (для справки: подъем показателя в 2012 г. связан с переходом на новые критерии живорождения¹). Однако в 2021 г. в РФ коэффициент младенческой смертности был в 1,3 раза выше, чем в «новых-8» странах ЕС, и в 1,4 раза выше, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 4,6; 3,4 и 3,3 случая на 1000 родившихся живыми) (рис. 8).



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

Рис. 6. Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

¹ Приказ Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи».

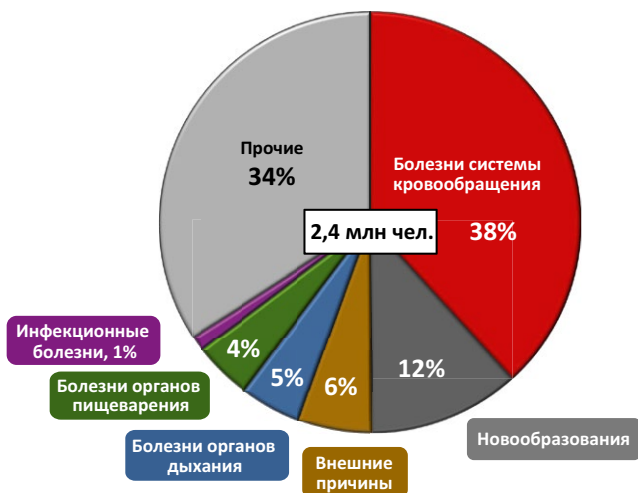
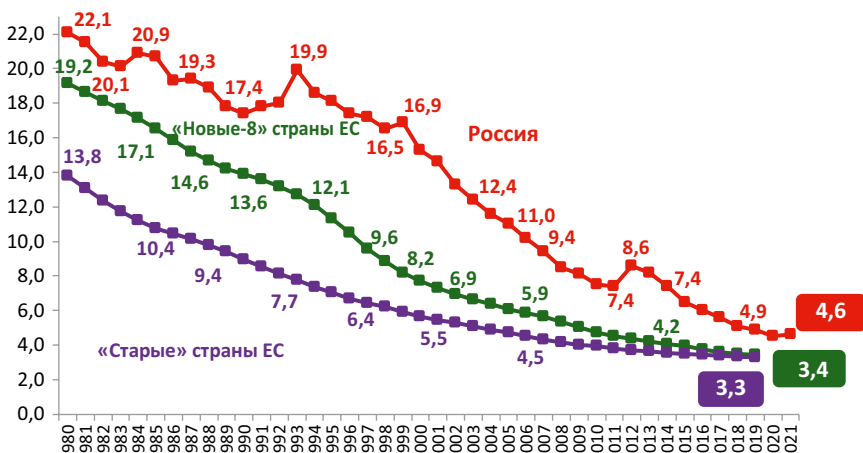


Рис. 7. Структура смертности всего населения в РФ в 2021 г.

Число умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Росстат, база данных ОЭСР «OECD.Stat» (расчет ВШОУЗ).

Рис. 8. Динамика коэффициента младенческой смертности в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Смертность детей в возрасте от 0 до 14 лет (число случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста) в РФ тоже постоянно снижается: с 1990 по 2020 г. — **в 3,7 раза**. Однако в 2020 г. в РФ этот показатель был **в 1,4 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **в 1,6 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 44,6; 32,5 и 27,2 случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста) (рис. 9).

Смертность женщин и мужчин в трудоспособном возрасте (число умерших в возрасте 16–64 лет на 100 тыс. населения соответствующего возраста). Крайне серьезные проблемы сложились в РФ со здоровьем граждан трудоспособного возраста. В РФ коэффициент смертности в трудоспособном возрасте у мужчин был **в 2,8 раза выше**, а у женщин — **в 2,1 раза выше**, чем в странах ЕС (рис. 10).

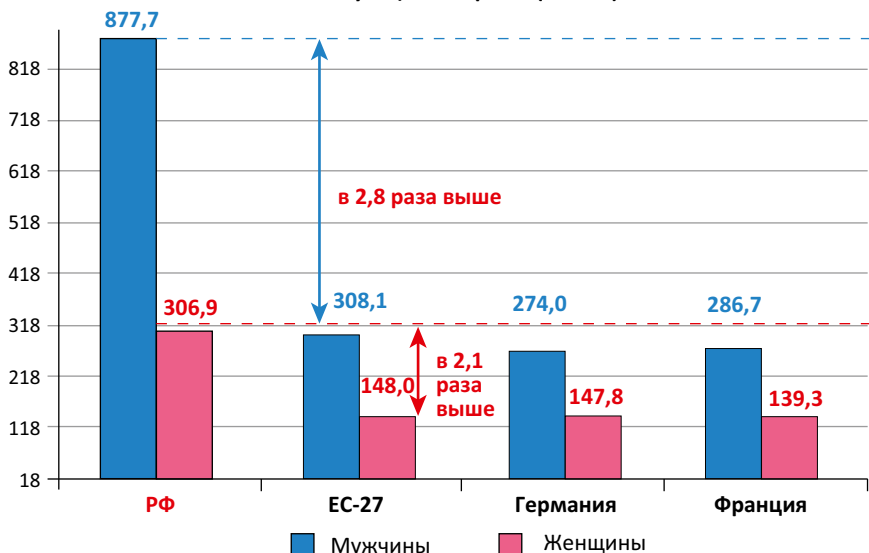
Число умерших в возрасте 0–14 лет на 100 тыс. населения соответствующего возраста



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению. Источники: Росстат, база данных «Показатели мирового развития» Всемирного банка (расчет ВШОУЗ).

Рис. 9. Динамика смертности детей в возрасте 0–14 лет в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Число умерших в возрасте 16–64 лет
на 100 тыс. населения соответствующего возраста (2018 г.)



Источник: расчеты ВШОУЗ на основе данных ЦДИ РЭШ.

Рис. 10. Смертность мужчин и женщин в трудоспособном возрасте в РФ и странах ЕС

ВЫВОДЫ

Естественная убыль населения в нашей стране (2,3 млн человек за 2020–2022 гг.) связана с резким снижением рождаемости и высокой смертностью. Снижение рождаемости, в свою очередь, обусловлено катастрофическим сокращением числа женщин активного детородного возраста (20–34 года) — в среднем **на 400 тыс. человек в год** до 2030 г. Соответственно для восстановления рождаемости потребуются экстраординарные меры.

Смертность в РФ **на 18% выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, близких к нашей стране по уровню экономического развития. При этом в советское время значение этого показателя у нас

и у них было практически одинаковым. В 2021 г. в РФ ключевая характеристика здоровья населения — ОПЖ — была почти **на 6 лет ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС, а смертность детей — **в 1,4 раза выше**. Смертность трудоспособного населения в РФ у мужчин почти **в 3 раза выше**, а у женщин **в 2,1 раза выше**, чем в странах ЕС в среднем. Для снижения смертности и достижения целевого показателя ОПЖ к 2030 г. (78 лет) потребуется дополнительное воздействие на факторы, определяющие эти показатели. Важнейшим из них является повышение доступности бесплатной медицинской помощи.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ И РОСТ ОПЖ В РФ

3

Анализ мирового опыта по оценке влияния различных факторов на показатели здоровья населения на популяционном уровне показывает, что здоровье определяется социально-экономическими факторами, образом жизни граждан, условиями внешней среды, доступностью и качеством медицинской помощи (рис. 11). Иногда эти факторы называются детерминантами здоровья.

Общепринято считать, что на макроуровне (т.е. по странам) влияние окружающей среды на здоровье населения не превышает 10%¹. В исследованиях, проведенных ВШОУЗ с помощью эконометрического моделирования, показано, что в РФ ОПЖ примерно в равной степени определяют **три главных фактора**: уровень экономического развития (выражается через ВВП на душу населения), образ жизни населения (потребление крепких алкогольных напитков на душу населения), а также доступность и качество медицинской помощи, которые выражаются через объемы государственного финансирования здравоохранения (подушевые государственные расходы на здравоохранение)².

В 2021 г. в РФ, к сожалению, влияние всех трех этих факторов на ОПЖ носит неблагоприятный характер:

- среднедушевые доходы населения в **1,4 и 1,9 раза ниже**, чем в «новых-8» странах и «старых» странах ЕС (по доллару паритета покупательной способности — \$ППС³) соответственно, вдобавок реальные доходы граждан с 2013 по 2022 г. сократились на **6,5%**⁴;

¹ <https://www.healthdata.org/gbd/gbd-2019-resources>.

² Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Прохоренко Н.Ф., Калашникова А.В. Системный подход к достижению общенациональной цели по увеличению ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2024 году // Экономика. Налоги. Право. 2019. Т. 12. № 2. С. 19–30.

³ В 2021 г. в РФ 1 \$ППС = 27,33 руб.

⁴ Росстат, Всемирный банк.

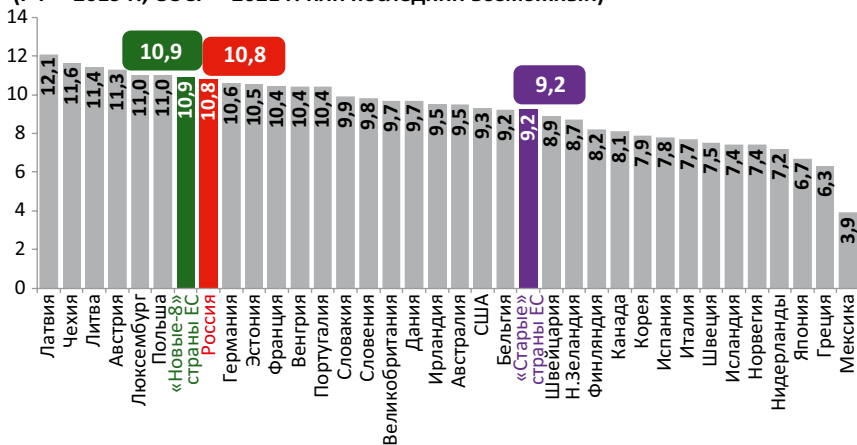
- потребление алкоголя и распространенность курения в РФ, несмотря на снижение (см. раздел 1, рис. 1 и 2), сегодня **на 40% и более процентов выше**, чем в Канаде, Италии, Швеции, Норвегии (чистый спирт на душу населения старше 15 лет), а доля курящего населения старше 15 лет — **на 16% выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **в 2,4 раза выше**, чем в Канаде, Норвегии, Швеции (рис. 12 и 13);
- уровень государственного финансирования здравоохранения в РФ **в 1,6 и 2,4 раза ниже**, чем в «новых-8» странах и «старых» странах ЕС соответственно (см. рис. 14).



Источник: County Health Rankings model 2014, UWPPI.

Рис. 11. Факторы, определяющие здоровье населения

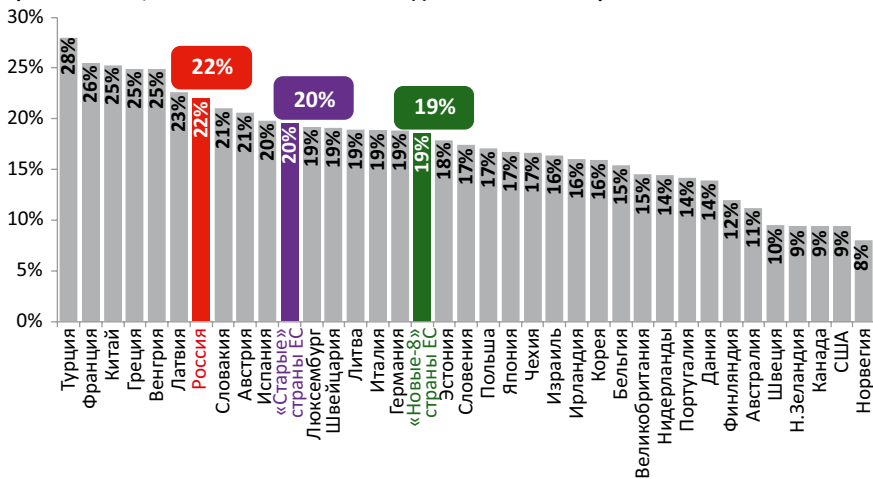
Число литров чистого спирта на душу населения старше 15 лет (РФ – 2019 г., ОЭСР – 2021 г. или последний возможный)



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: база данных ОЭСР «OECD.Stat» (расчет ВШОУЗ).

Рис. 12. Потребление алкоголя на душу населения среди лиц старше 15 лет в РФ и странах ОЭСР

Доля ежедневно курящего населения среди лиц старше 15 лет (РФ – 2020 г., ОЭСР – 2021 г. или последний возможный)

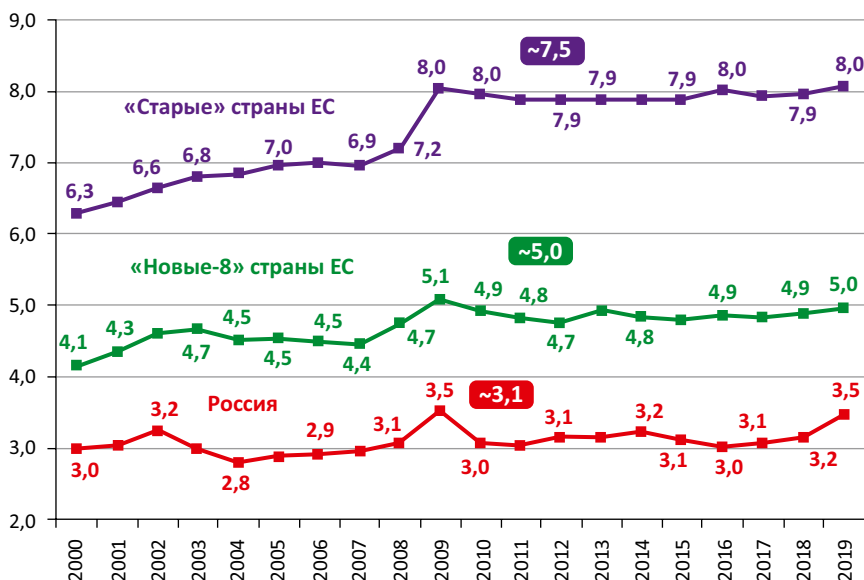


«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Минздрав России, база данных ОЭСР «OECD.Stat», расчет ВШОУЗ.

Рис. 13. Доля ежедневно курящего населения старше 15 лет в РФ и странах ОЭСР

Главная проблема российского здравоохранения, из которой вытекают все остальные (см. раздел 4), — это длительное недофинансирование. Государственные расходы на здравоохранение (ГРЗ) в нашей стране уже долгие годы даже в относительных величинах в **1,6 раза меньше**, чем в «новых-8» странах ЕС, близких нам по уровню экономического развития, и в **2,4 раза меньше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 3,1; 5 и 7,5% ВВП в среднем за период 2000–2019 гг.) (рис. 14).

Доля ВВП, %



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

Рис. 14. Динамика государственных расходов на здравоохранение с 2000 по 2019 г. в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС, доля в ВВП

Выводы

В 2021 г. в РФ влияние трех главных факторов, определяющих примерно в равной степени ОПЖ, носит **неблагоприятный характер**: среднедушевые доходы населения **в 1,4 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС, и с 2013 г. сокращаются в реальных ценах; потребление алкоголя **на 40% выше**, чем в Канаде и северных странах Европы; уровень государственного финансирования здравоохранения **в 1,6 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС. Для снижения смертности и увеличения ОПЖ государственная политика должна воздействовать на все три фактора.

АНАЛИЗ ДОСТУПНОСТИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК ВАЖНЕЙШЕГО ФАКТОРА СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ В РФ

4

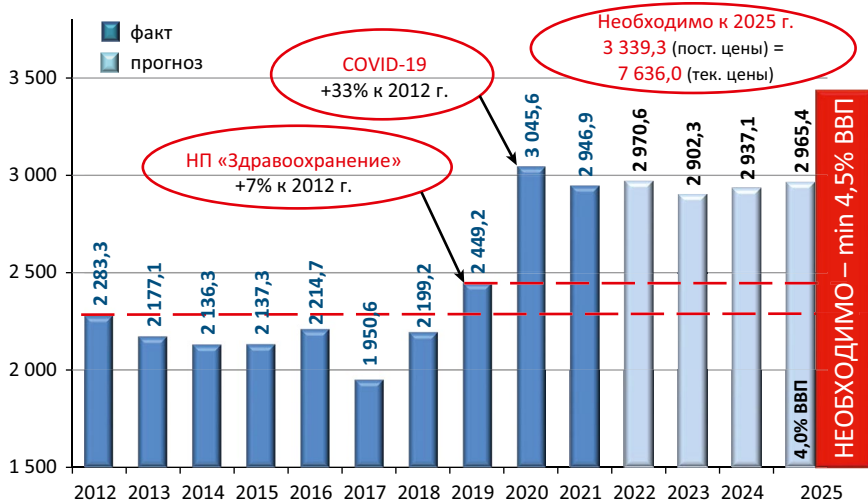
Главная проблема отечественного здравоохранения, которая снижает доступность бесплатной медицинской помощи, — это **дефицит медицинских кадров**. В корне дефицита медицинских кадров — длительное **недофинансирование** здравоохранения из государственных источников (см. раздел 3, рис. 14) и ошибочное решение по **оптимизации**, спровоцированное финансово-экономическим блоком Правительства РФ в 2012 г. (см. раздел 1).

Утверждения финансово-экономического блока Правительства РФ, что государственное финансирование здравоохранения повышалось, во-первых, не всегда соответствуют действительности, во-вторых, дополнительно выделенные средства не были направлены на решение главной проблемы отрасли. Так, с 2012 по 2018 г. государственное финансирование здравоохранения **сократилось на 4%** в постоянных ценах, а с 2018 по 2021 г. оно **выросло на 34%** в постоянных ценах. Однако эти средства были направлены преимущественно на строительство инфраструктуры здравоохранения и лечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией, этого **недостаточно** для решения острейшей проблемы отрасли с кадрами (рис. 15).

На этом же рисунке представлены прогнозы финансирования на 2023–2025 гг. В 2023 г., по прогнозам, по сравнению с 2022 г. ГРЗ из всех трех источников в текущих ценах **возрастут только на 4%** (211,0 млрд руб.), это даже не покрывает уровень инфляции (по прогнозам — 5,8%). В постоянных ценах 2019 г. (т.е. с поправкой на ин-

фляцию) они **снизятся на 2%** (если инфляция будет выше, то сниженные расходы тоже будет выше).

млрд руб.



Источники: Казначейство России, Минфин России, расчет ВШОУЗ.

Рис. 15. Государственные расходы на здравоохранение в ценах 2012 г.

Обеспеченность медицинскими работниками в РФ и их оплата труда

Из-за длительного недофинансирования здравоохранения принятие мер по повышению оплаты труда медицинских работников во исполнение Указа Президента РФ от 07.05.2012 № 597, начатое в 2013 г., оказалось **недостаточным и не позволило** ликвидировать дефицит медицинских кадров. Анализ показал, что с 2013 по 2022 г. (за 10 лет) среднемесячная оплата труда врачей с **крайне низкой базы** (141% от средней оплаты труда в экономике) выросла на **21% в постоянных ценах**, что **не привело** к увеличению обеспеченности практикующими врачами: она осталась **на прежнем уровне** — 3,8 на 1 тыс. населения (рис. 16). За этот же период оплата труда среднего медперсонала с низкой базы (80% от средней по экономике) в постоянных ценах **выросла только на 7%**, при этом обеспеченность ими **сократилась на 11%** (рис. 17).



Рис. 16. Динамика среднемесячной заработной платы врачей и обеспеченность врачами в РФ



Рис. 17. Динамика среднемесячной заработной платы среднего медперсонала и обеспеченность средним медперсоналом в РФ

В 2021 г. в РФ гарантированный оклад (тарифная ставка) у половины врачей составлял **менее 23 тыс. руб.**, а у среднего медперсонала — **менее 12,6 тыс. руб.** (рис. 18 и 19). Это приводит к их чрезмерной

зависимости от руководителя учреждения, вынуждает перерабатывать и мигрировать в регионы с более высокой оплатой труда. Так, по официальным данным¹, **коэффициент совместительства у врачей составляет 1,3**, а у средних медицинских работников — **1,2**. Однако, согласно опросам, проведенным Всероссийским союзом пациентов, **60% врачей работают более чем на 1,5 ставки, а из них 30% — на 2 ставки и более.**

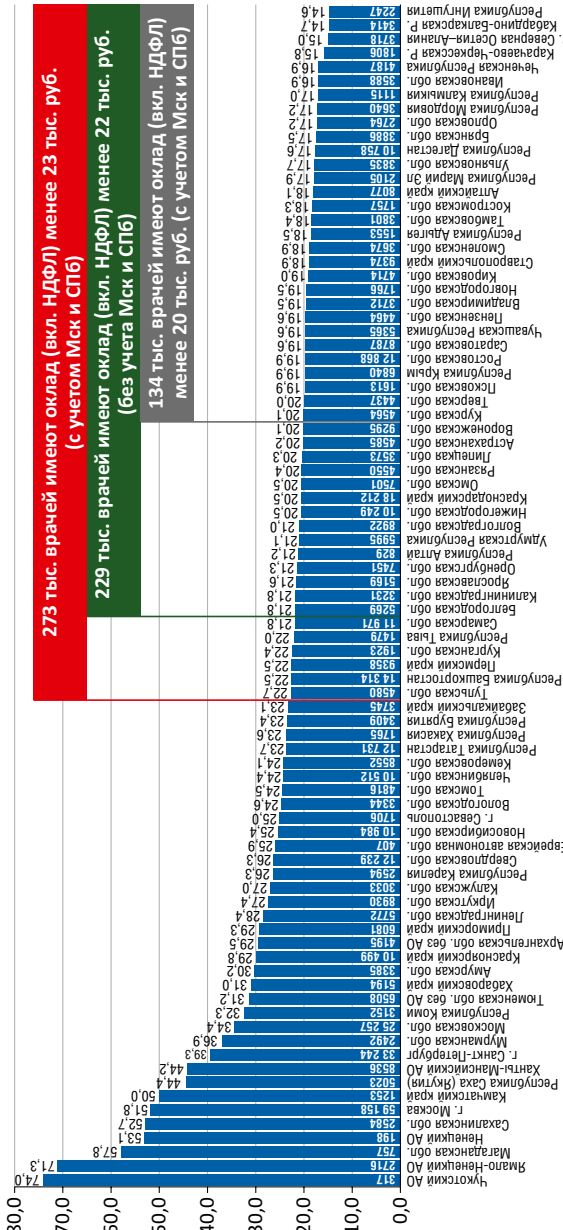
При этом фактическая трудовая нагрузка на медицинский персонал еще выше, так как штатные нормативы в соответствии с № 323-ФЗ носят рекомендательный характер. Это, как правило, ведет к тому, что руководители медицинских организаций, сокращая штатные должности, устанавливают сверхнормативную трудовую нагрузку на одну должность. В развитых странах для врачей всех специальностей **законодательно** приняты ограничения по трудовой нагрузке — в среднем 8-часовой рабочий день, максимально — 10 ч, или работа на **1,2 ставки.**

Дополнительными (к низкой оплате труда) факторами, приводящими к оттоку медицинских кадров из отрасли, являются выгорание, которое усилилось во время пандемии, — сегодня **от 70 до 90%** медицинских работников испытывают серьезный стресс; избыточные требования и документооборот; давление вышестоящего начальства, контрольных и правоохранительных органов; **отсутствие единой цели и видения будущего.**

В 2021 г. в РФ оплата труда врачей в сопоставимых ценах была значительно ниже, чем в странах ЕС, — **в 4,6 раза ниже**, чем в Германии, и **в 1,4 раза ниже**, чем в Польше (соответственно 40,6; 188 и 56 тыс. \$ППС на одного врача в год; **рис. 20**). Аналогично, отношение среднегодового дохода врача к ВВП на душу населения (т.е. к тому, что зарабатывает страна на душу населения в год) в РФ было **в 3 раза ниже**, чем в Германии, и **в 1,5 раза ниже**, чем в Польше (соответственно 1,2; 3,6 и 1,8; **рис. 21**). Это говорит о несбалансированности экономики РФ и отражает длительное недофинансирование российского здравоохранения из государственных источников.

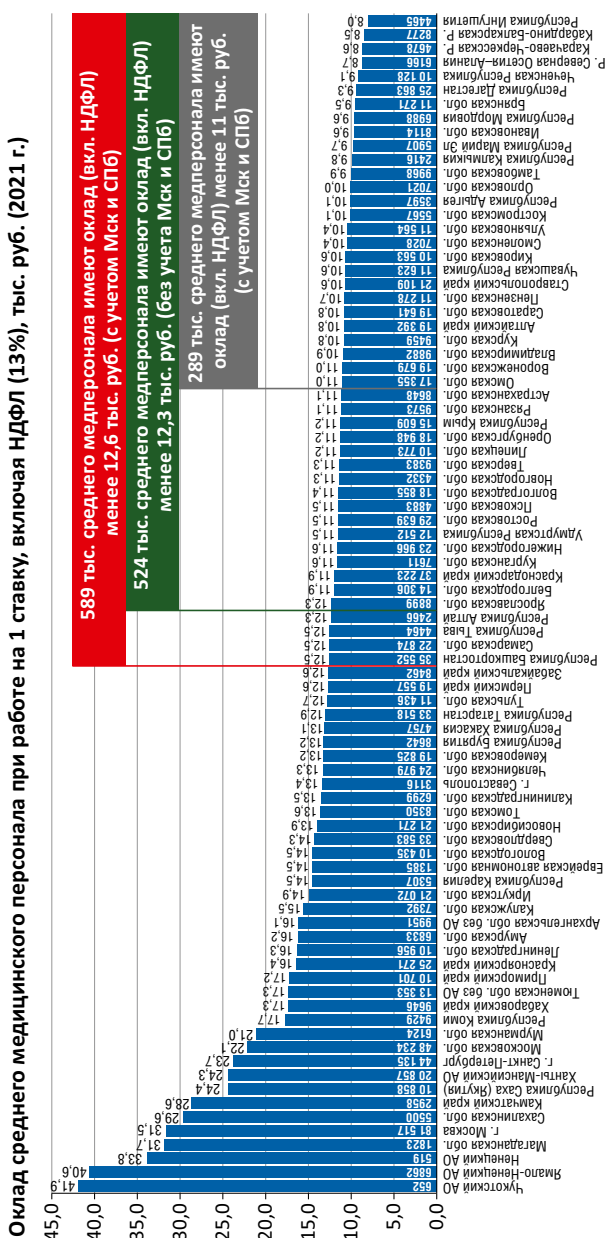
¹ Форма № 30 «Сведения о медицинской организации».

Оклад врачей при работе на 1 ставку, включая НДФЛ (13%), тыс. руб. (2021 г.)



Источники: Росстат, ЦНИИМИЗ Минздрава России, расчет ВШОУЗ.

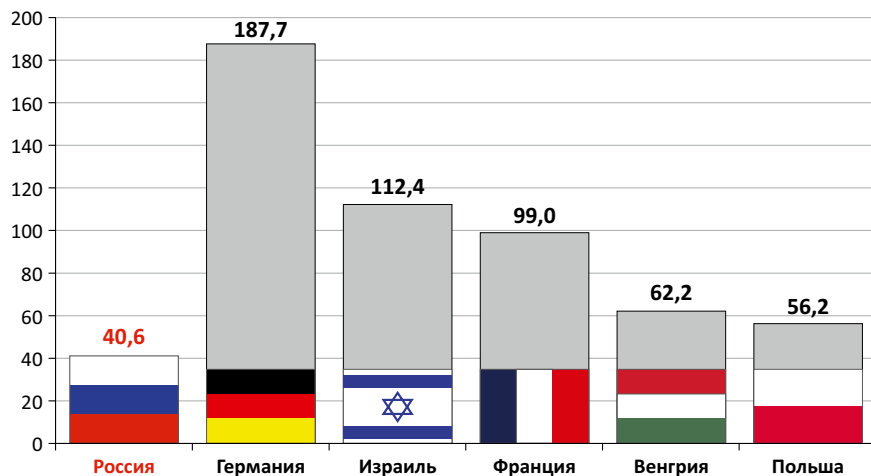
Рис. 18. Медианное значение оклада врачей (тарифная ставка) в регионах РФ в 2021 г.



Источник: Росстат, ЦНИИОИЗ Минздрава России, расчет ВШОУЗ.

Рис. 19. Медианное значение оклада среднего медицинского персонала (тарифная ставка) в регионах РФ в 2021 г.

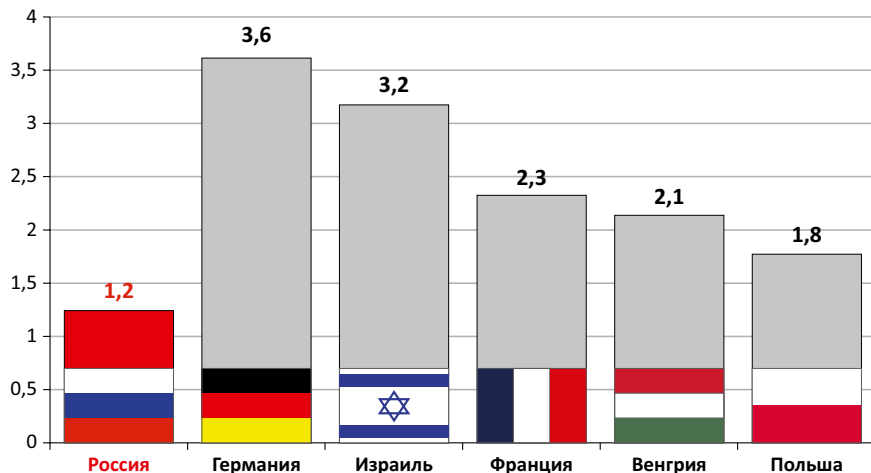
Годовой доход врача в среднем на одного работника, тыс. \$ППС
(2021 г. или последний возможный)



Источники: Росстат, база данных ОЭСР «OECD.Stat», расчет ВШОУЗ.

Рис. 20. Годовой доход на одного врача в среднем, тыс. \$ППС (2021 г.)

Коэффициент отношения среднегодового дохода врача к ВВП на душу населения
(2021 г. или последний возможный)

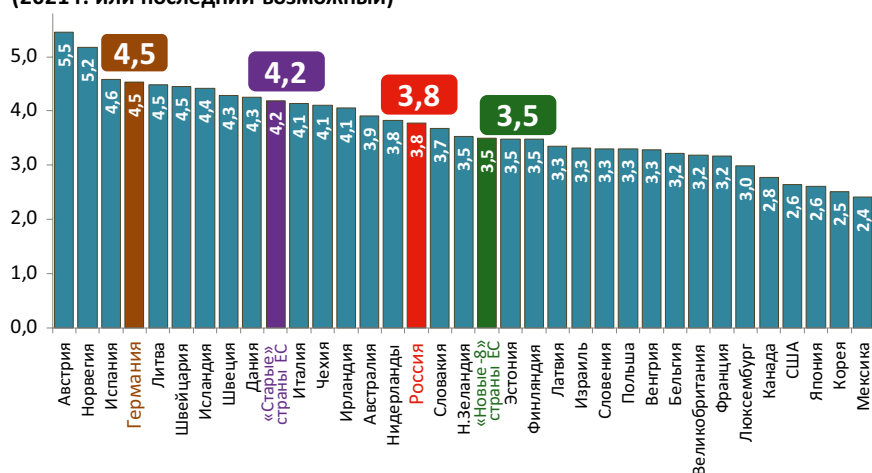


Источники: Росстат, база данных ОЭСР «OECD.Stat», расчет ВШОУЗ.

Рис. 21. Коэффициент отношения среднегодового дохода врача к ВВП на душу населения

В результате низкой оплаты труда и переработок в 2021 г. в РФ обеспеченность врачами была **на 10% ниже**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 3,8 и 4,2 на 1 тыс. населения; **рис. 22**). При сравнении со странами ЕС следует учитывать, что в РФ в связи с низкой плотностью населения и худшими показателями здоровья нормативная потребность во врачах должна быть **значительно выше**, чем в этих странах.

Обеспеченность практикующими врачами на 1000 населения (2021 г. или последний возможный)



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

Рис. 22. Обеспеченность практикующими врачами в РФ, «новых-8» и «старых» странах РФ

В РФ особенно выраженный дефицит кадров сложился **в первичном звене здравоохранения**: врачей участковой службы **в 1,5 раза меньше**, чем установлено нормативами, фельдшеров — **в 2 раза меньше**. По данным Счетной палаты, в 2019–2021 гг. **дефицит** медицинских работников в первичном звене **вырос**: количество врачей **уменьшилось** на 2,6 тыс. человек, количество медицинских сестер — на 4,5 тыс. человек. Как следствие, сегодня в РФ на врача-терапевта участкового приходится **в 1,6 раза больше** населения, чем по нормативу, а на врача-педиатра участкового — **в 1,3 раза больше**. При

этом доказано, что врач первичного звена **НЕ может** полноценно выполнять свои функции, если обслуживает более 1500 человек, на таких участках снижается качество медицинской помощи и **растет смертность населения**.

Отдельно следует отметить, что в 2021 г. оплата труда профессорско-преподавательского состава медицинских вузов РФ, по данным Минобрнауки России, в среднем составила **86 тыс. руб. в месяц**¹, т.е. ниже, чем у практикующих врачей с учетом всех переработок (92,5 тыс. руб., см. рис. 29). При этом им, так же как и практикующим врачам, приходится нести **увеличенную нагрузку** — вести укрупненные группы студентов (зачастую больше, чем 20 человек), заниматься научно-исследовательской работой. В дополнение к этому большинство преподавателей клинических кафедр имеют сложности в допуске к работе с пациентами в государственных медицинских организациях, где располагаются клинические базы вузов. Естественно, такие показатели **отрицательно сказываются** на привлечении молодых научно-педагогических кадров в медицинские вузы и на медицинские факультеты классических университетов.

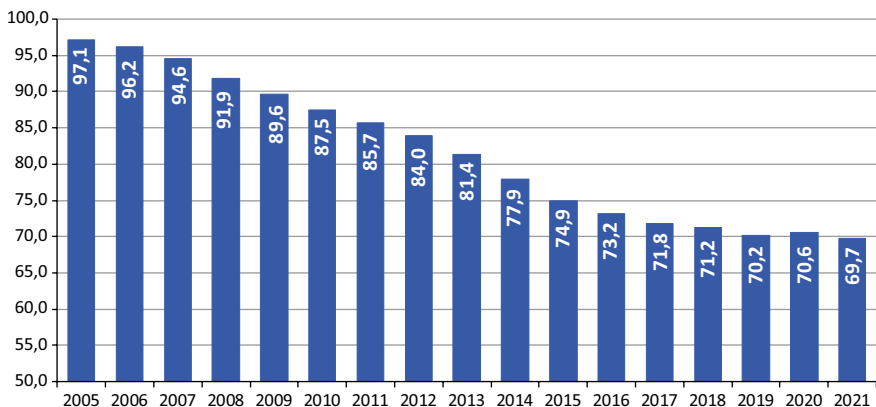
Коечный фонд круглосуточных стационаров

С 2005 по 2021 г. в РФ обеспеченность стационарными койками круглосуточного пребывания **снизилась на 28%**, с 2012 г. — **на 17%** (рис. 23). К 2021 г. общее число коек круглосуточного пребывания составило **1,02 млн**.

В результате такого сокращения в 2021 г. в РФ обеспеченность больничными койками круглосуточного пребывания стала **только на 6% выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и даже **на 15% ниже**, чем в Германии (рис. 24). При этом потоки пациентов в РФ значительно **выше**, соответственно, и мощности системы здравоохранения **должны быть выше**.

¹ <https://monitoring.miccedu.ru/?m=vpo>.

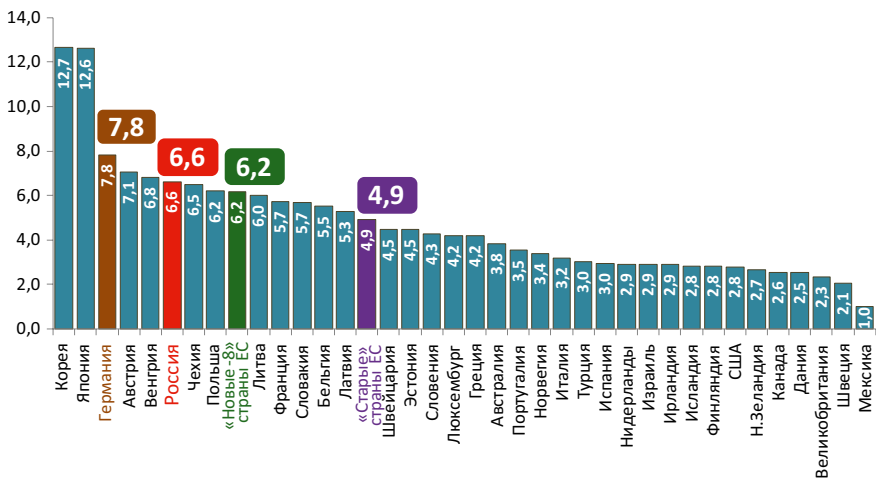
Обеспеченность коечным фондом на 10 тыс. населения



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 23. Обеспеченность коечным фондом в РФ

Обеспеченность всеми койками (без учета коек на ремонте — 5%) на 1000 населения (2021 г. или последний возможный)



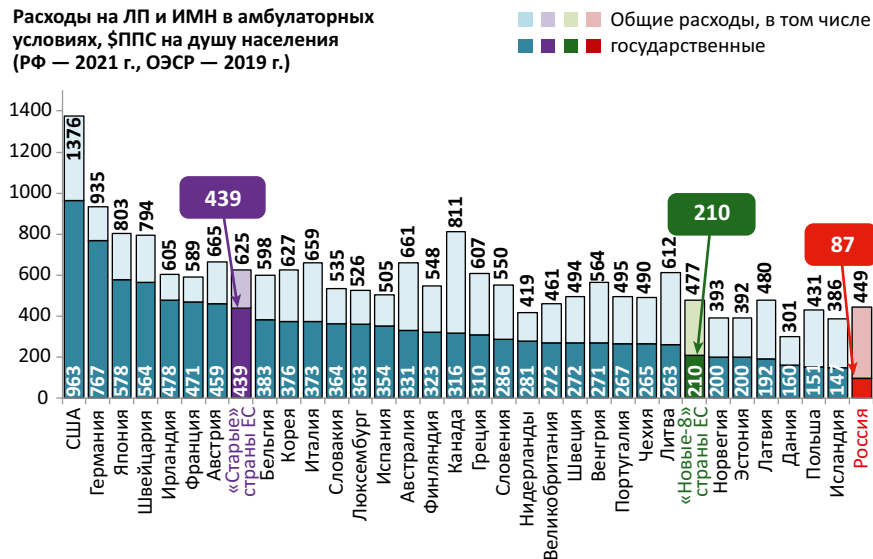
«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России, база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts», расчет ВШОУЗ.

Рис. 24. Обеспеченность больничными койками в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Расходы на лекарства по рецепту врача в амбулаторных условиях

В 2021 г. государственные расходы на ЛП и изделия медицинского назначения в амбулаторных условиях в РФ составили 350 млрд руб. или **87 \$ППС** на душу населения в год, что в **2,4 раза меньше**, чем в «новых-8» странах ЕС (210 \$ППС), и в **5 раз меньше**, чем в «старых» странах ЕС (439 \$ППС)¹ (рис. 25). Причем эти лекарства у нас получают только **отдельные категории** граждан (имеющие льготы или страдающие орфанными заболеваниями), а за рубежом — **все**, кому врач выписал рецепт.

Расходы на ЛП и ИМН в амбулаторных условиях, \$ППС на душу населения (РФ — 2021 г., ОЭСР — 2019 г.)



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Росстат, Health at a Glance (2021 г.), расчет ВШОУЗ.

Рис. 25. Подушевые расходы на лекарственные препараты и изделия медицинского назначения для индивидуального пользования в амбулаторных условиях, в том числе оплачиваемые из государственных источников, в РФ и странах ЕС

¹ Данные по странам ЕС представлены согласно сборнику ОЭСР «Health at a Glance», 2021 (стоимость отпуска рецептурных и безрецептурных ЛП). Данные по стоимости отпуска рецептурных ЛП практически совпадают с объемом расходов государства на эти ЛП (могут не учитывать объем расходов населения в момент покупки рецептурного препарата 5–7%).

Управление финансированием здравоохранения. В отрасли сложилась **неэффективная, недейственная** в критической ситуации система компенсации затрат медицинских организаций. В системе ОМС она устроена **по рыночному принципу** — «деньги следуют за пациентом», причем за разные диагнозы предусмотрена разная «цена» (тариф). Самый «выгодный» пациент — тот, за которого платят больше, а расходов по оказанию помощи для него — меньше. И чем больше таких пациентов, тем лучше. А если пациентов мало (как, например, в инфекционной службе при отсутствии эпидемии или в сельской местности), да еще если и денег за пациентом «следует» недостаточно, то в учреждении формируется **дефицит средств**. Тогда оно вынуждено экономить — **сокращать медицинский персонал, стационарные койки или вообще закрываться**. Именно по этой причине было закрыто большинство маломощных медицинских организаций в сельской местности и малых городах, сокращены инфекционные и другие «экономически невыгодные» больницы. Тем самым население лишилось необходимой помощи, а здравоохранение — критически важных сегодня резервных мощностей. Ситуация усугубляется наличием частных посредников — страховых медицинских организаций в доведении государственных денежных средств до государственных же медицинских организаций. Рыночный способ оплаты неприемлем для системы здравоохранения, которая должна развиваться планово, сохраняя свои главные принципы — территориальную доступность, преимущество и координацию помощи пациентам.

ВЫВОДЫ

Главная проблема российского здравоохранения, снижающая доступность и качество медицинской помощи, — это серьезный дефицит медицинских работников (в первичном звене: врачей — **в 1,5 раза ниже**, чем необходимо, фельдшеров — **в 2 раза ниже**), а также высокий уровень стресса у них (**70–90%**). Это связано с их низкой оплатой труда (в 2021 г. у половины врачей оклад составлял **менее 23 тыс. руб.**,

а у среднего медперсонала — **менее 12,6 тыс. руб.**) и значительными переработками. Дополнительно снижают доступность медицинской помощи недостаточные расходы государства на ЛП в амбулаторных условиях для всего населения (отсутствие системы всеобщего лекарственного обеспечения). Для решения вышеназванных проблем необходимо увеличение государственного финансирования здравоохранения.

НЕРАВЕНСТВО В ПОКАЗАТЕЛЯХ ЗДОРОВЬЯ И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНАХ РФ

5

Ситуация с неблагоприятными показателями здоровья в целом по РФ (см. раздел 2) усугубляется их существенной дифференциацией по регионам. Так, в 2022 г. самый высокий показатель ОПЖ (исключая Республики Ингушетия и Дагестан) сложился в Москве — 78,2 года, что почти **на 12 лет выше**, чем в Чукотском АО (66,3 года), **на 8,8 года выше**, чем в Иркутской области (69,4 года), и в среднем **на 8,6 года выше**, чем в Кемеровской (69,7 года), Псковской (69,0 года) и Тверской (70,0 года) областях (рис. 26).

Такие различия в показателях здоровья населения напрямую связаны с **разным уровнем доходов населения в регионах РФ**, что обусловлено различиями в валовом региональном продукте и несправедливым его распределением между центром и регионами. Так, в 2021 г. среднедушевые доходы населения по субъектам РФ **разнились до 5 раз**, например, в Москве они составляли 88 тыс. руб. на человека в месяц, а в Республике Калмыкия — 21,3 тыс. руб. Московские показатели были **почти в 3 раза выше**, чем в Тверской (30,5 тыс.), Псковской (29,3 тыс.), Иркутской (30,3 тыс.) и Кемеровской (28,3 тыс.) областях (рис. 27).

Более высокое государственное финансирование здравоохранения (соответственно, более высокая доступность бесплатной медицинской помощи) **могло бы компенсировать** различия в доходах населения, однако вследствие привязки распределения финансовых средств из ФОМС к средней оплате труда в регионе **этого не происходит**. Регион с низкими показателями оплаты труда получает меньше средства из системы ОМС, также он меньше может потратить

на здравоохранение из собственных бюджетов. На **рис. 28** показаны различия в объемах государственного финансирования здравоохранения (средства ОМС и региональные бюджеты). Видно, что ГРЗ в Москве составляют 63,1 тыс. руб. на душу населения, что **в 2,3 раза и более выше**, чем в Иркутской (28,6 тыс.), Кемеровской (24 тыс.), Тверской (23 тыс.) и Псковской (21,3 тыс.) областях.

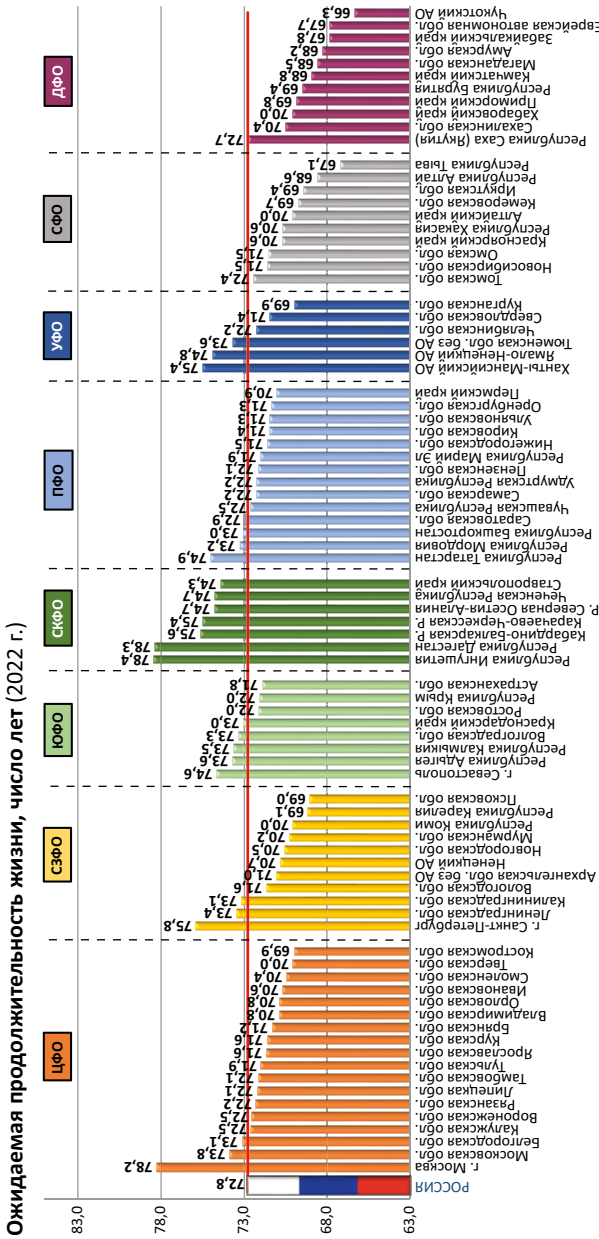
Соответственно различия и оплата труда медицинских работников (**рис. 29**). Так, среднемесячная номинальная оплата труда врачей в Москве составила 168 тыс. руб. в месяц, что **в 2 раза выше**, чем в Кемеровской (78,4 тыс.) и Иркутской (88,9 тыс.) областях, и **в 2,6 раза выше**, чем в Тверской (64,9 тыс.) и Псковской (64,8 тыс.) областях.

Как следствие, различия и обеспеченность медицинскими работниками (**рис. 30**). Так, обеспеченность врачами в Москве составляет 4,7 врача на 1 тыс. населения, что в среднем **на 33% выше**, чем в Тверской (3,6), Иркутской (3,8), Кемеровской (3,3) областях, и **в 1,8 раза выше**, чем в Псковской области (2,6).

И такая существенная разница названных показателей прослеживается **практически по всем субъектам РФ**.

ВЫВОДЫ

Существенное отставание показателей здоровья населения (ОПЖ) по субъектам РФ (**на 8–12 лет**) от регионов с лучшими значениями этого показателя (Москва, Санкт-Петербург) напрямую связано с более низкими среднедушевыми доходами населения в этих регионах (**до 5 раз ниже**, чем в Москве) и меньшими ГРЗ (**в 3 раза и более ниже**, чем в Москве). В регионах с недостаточными ГРЗ, меньше обеспеченность медицинскими работниками (**на 20–30% ниже**, чем в Москве), соответственно, ниже доступность медицинской помощи. Для обеспечения **равнодоступности** медицинской помощи в субъектах РФ необходимы **единые подходы** к государственному финансированию здравоохранения и оплате труда медицинских работников.



Источник: Росстат.

Рис. 26. Ожидаемая продолжительность жизни по субъектам РФ в 2022 г.

Примечание. Здесь и на рис. 27–30: ЦФО — Центральный федеральный округ; СЗФО — Северо-Западный федеральный округ; ЮФО — Южный федеральный округ; СКФО — Северо-Кавказский федеральный округ; ПФО — Приволжский федеральный округ; УФО — Уральский федеральный округ; СФО — Сибирский федеральный округ; ДФО — Дальневосточный федеральный округ.

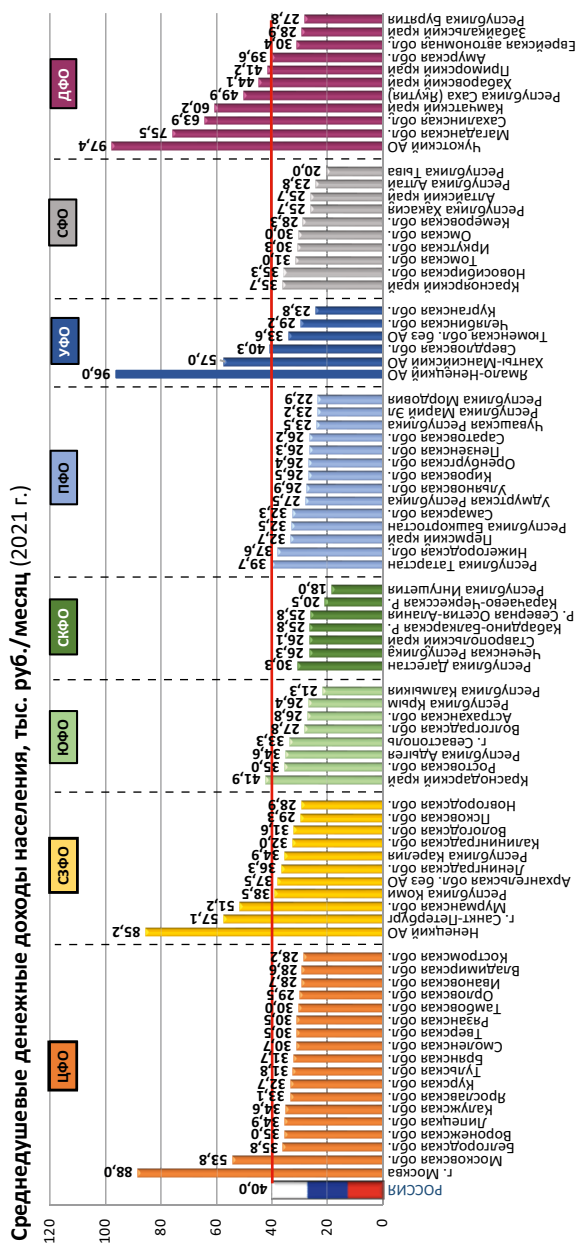
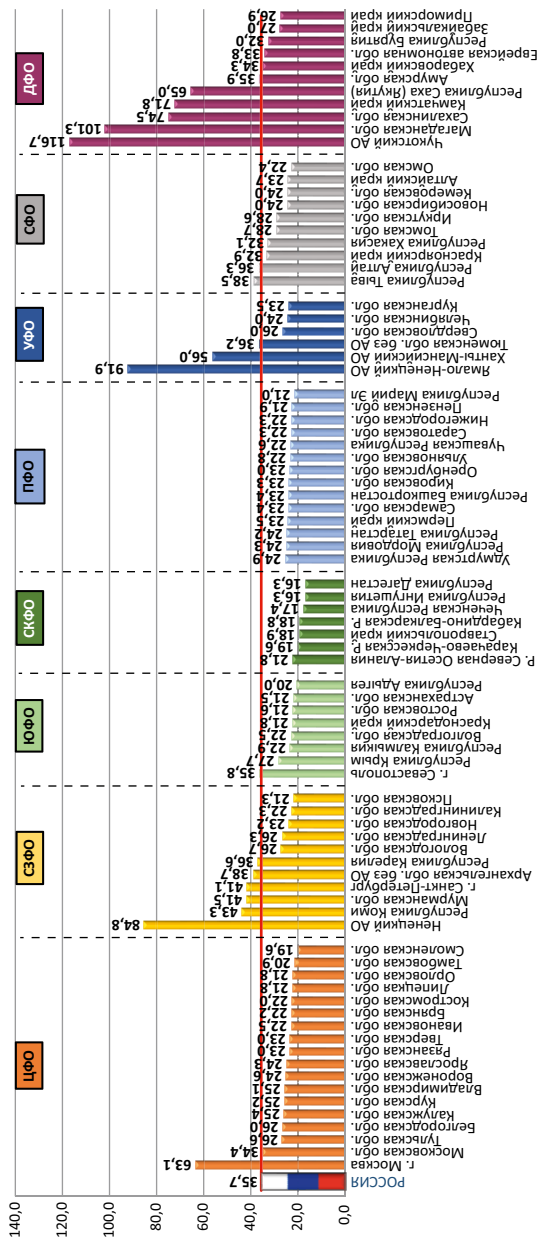


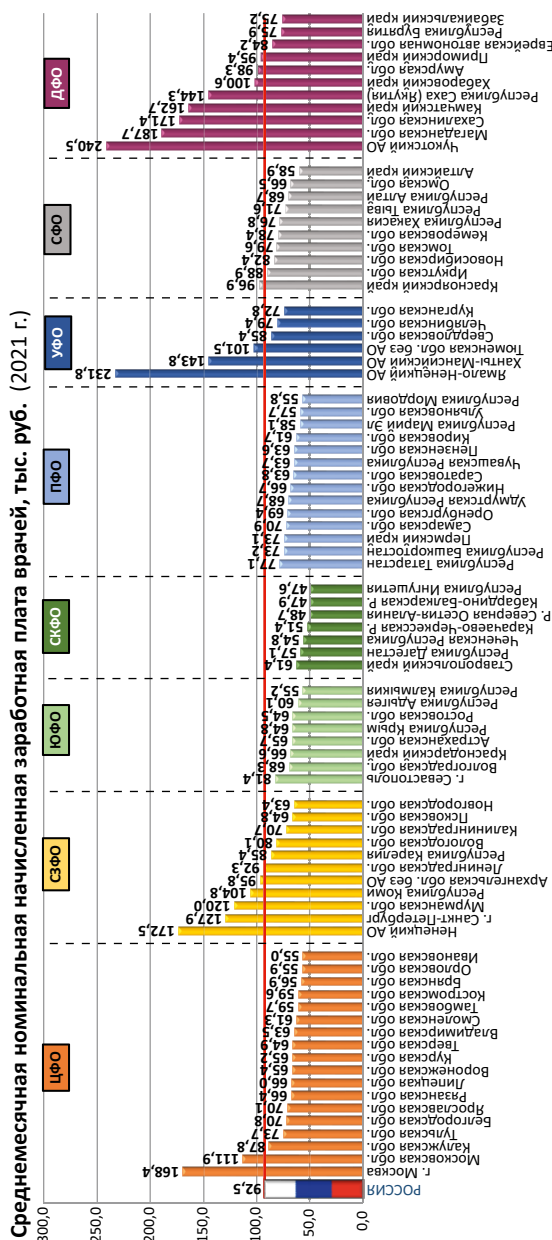
Рис. 27. Среднедушевые денежные доходы населения по субъектам РФ в 2021 г.

Подушевые государственные расходы на здравоохранение (ОМС и средства консолидированных бюджетов) с учетом КД, тыс. руб. (2021 г.)



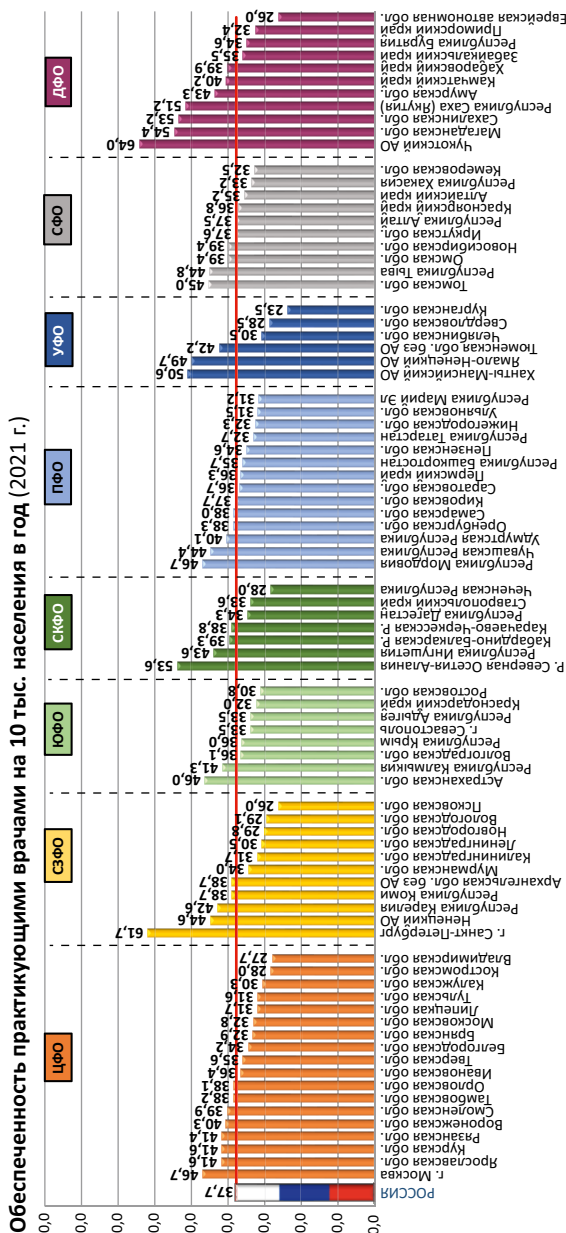
Источник: Казначейство России.

Рис. 28. Подушевые государственные расходы на здравоохранение (с учетом коэффициента дифференциации) по субъектам РФ в 2021 г.



Источник: Росстат.

Рис. 29. Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата врачей по субъектам РФ в 2021 г.



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 30. Обеспеченность практикующими врачами по субъектам РФ в 2021 г.

ЧТО НАДО ДЕЛАТЬ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ ЦЕЛИ, ПОСТАВЛЕННОЙ В УКАЗЕ ПРЕЗИДЕНТА РФ, — «СОХРАНЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ, ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ ЛЮДЕЙ»

6

Неотложные меры в здравоохранении РФ

Для решения главных проблем в российском здравоохранении потребуется выполнить следующие главные задачи.

1. **Задача: повышение оплаты труда медицинских работников и выравнивание ее по субъектам РФ.** В 2021 г. у выпускника военного училища (лейтенанта) оплата труда составила в среднем около **50 тыс. руб.**¹. По сути, это минимальный оклад, который составляет около **4 МРОТ**². У военного без офицерского звания оклад по контракту составляет около **25 тыс. руб.**, или **2 МРОТ**. Аналогичные показатели у врачей и средних медицинских работников **в 2 раза меньше (см. раздел 4)**. Исходя из этих показателей, у медицинских работников необходимо установить **единые по стране средние оклады** в зависимости от уровня профессионально-квалификационной группы (по принципу тарифной сетки):
 - врач — **4 МРОТ**;
 - медицинская сестра — **2 МРОТ**;

¹ <https://base.garant.ru/73413281/a496d02287c1e8a2f8df9041972293a4/>,
<https://vumo.mil.ru/Socialnye-garantii/Denezhnoe-dovolstvie-mery-socialnoj-podd.>

² В 2021 г. в РФ МРОТ составлял 12,8 тыс. руб.

- младшие медицинские работники — **1–1,5 МРОТ**;
- профессорско-преподавательский состав вузов и НИИ — **5–8 МРОТ**;
- профессорско-преподавательский состав медицинских колледжей — **4–6 МРОТ**.

Потребуется также установить **единые принципы начисления стимулирующих и компенсационных выплат** в регионах. Повышение базовых окладов медицинских работников **в 2 раза** потребует ежегодного увеличения фонда оплаты их труда также в 2 раза: **с 1,5 трлн руб. до 3 трлн руб.**¹, т.е. на 1,5 трлн руб. С учетом средств на повышение оплаты труда младшего медицинского и немедицинского персонала (в том числе специалистов по информационным технологиям), а также увеличения численности медицинских работников потребуются **около 2 трлн руб.** к уровню ВВП 2022 г. Это можно реализовать **за 4 года**. Сумма, равная 2 трлн руб., по отношению к 2023 г. будет составлять 1,2% ВВП в текущих деньгах (2 трлн/164 трлн руб.).

В 2023 г., по прогнозу Минфина, государственное финансирование здравоохранения составит 4,1% ВВП, соответственно, в идеале для решения проблем с повышением оплаты труда медицинских кадров оно должно было составлять в 2023 г. **5,3% ВВП** (или 8,6 трлн руб.). Названного уровня государственного финансирования здравоохранения можно добиться поэтапно **за 6 лет**, к 2029 г. Уровень государственного финансирования здравоохранения **5,3% ВВП** — именно тот сбалансированный уровень, который позволит обеспечить оптимальную доступность бесплатной медицинской помощи при сложившейся в РФ возрастной структуре населения (23% старше 60 лет).

На первом этапе необходимо доведение оплаты труда той половины врачей (273 тыс. человек), у которой она менее чем 75 тыс. руб. в месяц (в среднем 65 тыс. руб.), до уровня средней в РФ (92,5 тыс. руб.), т.е. **увеличить ее в 1,4 раза**. Аналогично потребуются увеличение оплаты труда для той части медицинских сестер (589 тыс. человек), у которой она менее чем 38 тыс. руб. (в среднем 33 тыс. руб.), до уровня средней (46 тыс. руб.). Это означает, что в 2023 г. к запланированным Мин-

¹ Расчет: фонд оплаты труда (ФОТ) врачей (92,5 тыс. руб. × 12 мес + 30,5% начисления на ФОТ) × 546 тыс. врачей = 791 млрд руб. ФОТ средних медработников (37,7 тыс. руб. × 12 мес + 30,5% начисления на ФОТ) × 1 178 тыс. средних медработников = 670 млрд руб.

фином расходам потребуется **дополнительно не менее 270 млрд руб.**¹ без учета младшего медицинского и немедицинского персонала, с их учетом — **около 300 млрд руб.** В 2024 г. к уровню 2023 г. необходимо будет дополнительно добавить столько же, чтобы продолжить выравнивание оплаты труда медицинских работников, а в 2025—2029 гг. довести ее до обновленных нормативов по всей стране, в том числе предусмотреть финансовые средства на оплату труда вновь привлеченных кадров. Как известно, в 2023 г. Президентом РФ сделан первый шаг в этом направлении: на повышение оплаты труда медицинских работников добавлено **150 млрд руб.** (см. раздел 1).

2. **Задача: увеличение бесплатного лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях.** В 2021 г. на отдельные категории граждан по всем государственным программам в амбулаторных условиях затрачивалось около **350 млрд руб.** Для создания системы всеобщего лекарственного обеспечения населения потребуются дополнительное государственное финансирование в размере не менее 200 млрд руб. в год (около 60% от затрат в 2021 г.) из расчета, что оно должно приближаться к уровню «новых-8» стран ЕС, которые финансируются по этой статье в **2,4 раза больше.**
3. **Задача: обеспечение равнодоступности медицинской помощи в субъектах РФ.** Для этого потребуются: **централизация управления** здравоохранением на уровне Минздрава России с формированием **единых подходов** в оплате труда медицинских работников и других статей расходов государственных медицинских организаций. Важно предусмотреть расходы на продолжение обновления основных фондов государственных медицинских организаций, а также капитальные и операционные расходы на их цифровую трансформацию. Потребуется восстановить **бюджетное финансирование** системы здравоохранения. Для этого средства ОМС², федерального и региональных бюджетов

¹ Расчет: [(92,5 тыс. руб. – 65 тыс. руб.) + 30,5% начисления на ФОТ] × 12 мес × 273 тыс. человек = 118 млрд руб. Аналогично расчет сделан для средних медицинских работников: [(46 тыс. руб. — 33 тыс. руб.) + 30,5%] × 12 мес × 589 тыс. человек = 120 млрд руб. Всего для выравнивания оплаты труда врачей и средних медицинских работников в 2023 г. потребуется около 240 млрд руб. (118 млрд + 120 млрд), с учетом инфляции 2022 г. (12%) – 270 млрд руб.

² Вопрос о страховых взносах в систему ОМС как источнике государственного финансирования здравоохранения требует отдельного обсуждения. Их наличие **не препятствует** созданию бюджетной модели финансирования.

должны быть объединены у единого плательщика с последующим перераспределением в регионы. В результате будет устранена дробность финансирования различных видов и профилей гарантированной населению медицинской помощи в зависимости от источника финансирования. Одновременно надо исключить **страховые медицинские организации** из цепочки доведения государственных средств до медицинских организаций, а их функции распределить между государственными организациями. Росздравнадзору передать деятельность в части экспертизы качества медицинской помощи, территориальному фонду обязательного медицинского страхования (ТФОМС) — контроль счетов, выставленных медицинскими организациями за оказанную медпомощь, и защиту прав застрахованных. Отменить полисы ОМС и установить, что все граждане РФ имеют право на получение гарантированной государством бесплатной медицинской помощи, а для их идентификации использовать нумерацию Пенсионного фонда. Территориальные отделения ФОМС сделать финансовыми **подразделениями** региональных органов управления здравоохранением, изменив их функции (это означает упразднение самостоятельности системы ОМС).

Компенсация **расходов медицинских организаций** должна быть установлена **по смете**, которая гарантированно покрывает их **базовые расходы** (установленные объемы помощи и себестоимость ее оказания в соответствии с клиническими рекомендациями и другими нормативными актами). Расположение и мощности этих организаций должны быть обоснованы исходя из потребностей населения в медицинской помощи, ее территориальной и транспортной доступности. Это позволит сохранить медицинские организации в сельской местности, малых городах, восстановить инфекционную службу и скорую медицинскую помощь в соответствии с установленными нормативами. При этом достижение медицинскими организациями целевых **показателей качества**, дополнительных объемов помощи и снижение непроизводительных затрат может обеспечить необходимые мотивационные стимулы для повышения эффективности их деятельности.

Необходимо также четко **разделить** бесплатные медицинские услуги, гарантированные населению государством, и платные. При этом по мере увеличения государственного финансирования здравоохранения необходимо более четко регламентировать **оказание платных медицинских услуг** в государственных медицинских организациях, вплоть до их устранения.

4. **Задача: разработка и реализация комплексной межведомственной программы по охране здоровья граждан** на уровне Правительства РФ с целью снижения потребления алкоголя **на 45%**, а распространенности потребления табака — **в 2 раза**. Для реализации данного направления необходимо создать при Правительстве РФ постоянно действующую межведомственную **Комиссию по охране здоровья населения РФ с участием РАН, Минздрава, Минобрнауки, Минпросвещения, Минтруда, Минспорта, Минсельхоза, Минприроды, Минкультуры и Минфина**. Комиссия в кратчайшие сроки должна разработать и утвердить соответствующую **Программу до 2030 г.** с конкретными целевыми **показателями и ответственными** за их достижение руководителями различных ведомств. Важнейшим блоком этой программы должны стать охрана здоровья **граждан трудоспособного возраста** путем реализации подпрограммы **производственной медицины (медицины труда)** на всех крупных и средних предприятиях страны¹, а также подпрограмма **по охране здоровья детей и подростков**, включая вопросы школьной медицины. Ежегодно должен публиковаться **государственный доклад** о ходе реализации программы с заслушиванием на совместном заседании палат Федерального Собрания РФ.

Необходимый объем государственного финансирования здравоохранения для повышения ОПЖ до 78 лет к 2030 г.

По результатам проведенного сотрудниками ВШОУЗ исследования (о влиянии трех главных факторов на ОПЖ в РФ), **см. раздел 3**, были построены сценарные условия для прогнозирования ОПЖ до 2030 г. и определены условия, при реализации которых можно достичь целе-

¹ Речь идет о полноценной производственно-цеховой медицине, которая сегодня сохранилась лишь в ОАО «РЖД», а не о корпоративных программах общественного здоровья.

вого значения этого показателя — 78 лет к 2030 г. В качестве базовых условий для прогнозирования сделаны несколько предположений относительно развития будущих событий, связанных с независимыми переменными. Так, предполагено, что:

- темп прироста ВВП на душу населения в 2023 г. составит 1,1%, в 2024 г. — 2%, а за период 2025–2030 гг. — 3%¹;
- значения потребления крепких алкогольных напитков на душу населения в субъектах РФ будут снижаться по функции экспоненциального роста (минимальный порог — 3,2 л крепкого алкоголя на душу), что соответствует снижению этого показателя для всей страны на 47%.

Принимая указанные выше условия², были построены **три сценария** дальнейшего развития событий. В первом случае мы допускаем, что ГРЗ за период 2023–2030 гг. останутся на уровне 2022 г., во втором случае — что их ежегодный прирост составит 3%, а в третьем случае — 6%.

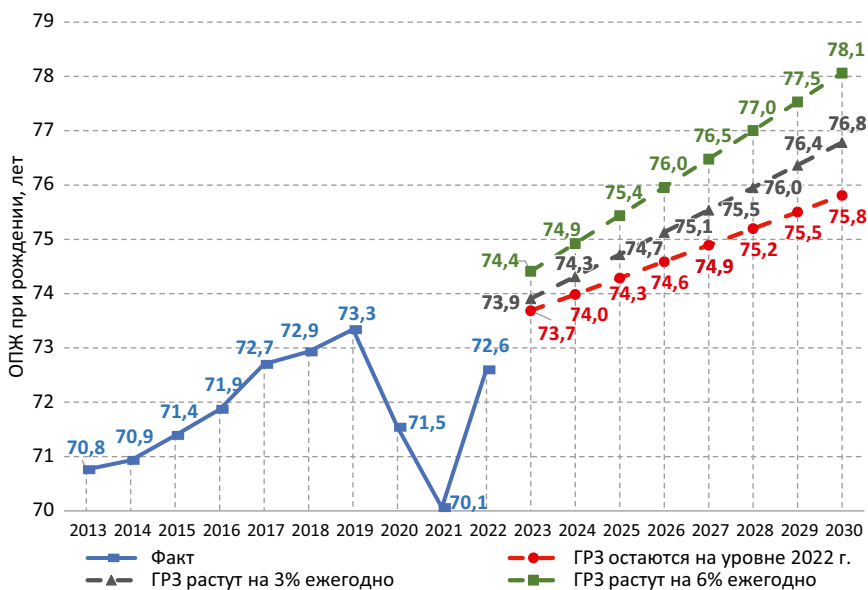
Результаты расчетов представлены на **рис. 31**, из которого видно, что для достижения национальной цели по увеличению ОПЖ до 78 лет к 2030 г. необходимо, чтобы ГРЗ ежегодно **росли на 6%** в постоянных ценах. Кроме этого, необходимо проводить целенаправленную политику по снижению потребления крепкой алкогольной продукции среди населения.

Наши расчеты показали, что при темпе роста государственных расходов на 6% в постоянных ценах к 2030 г. государственное финансирование должно составить **7,3 трлн руб.** в постоянных ценах 2019 г. или **12,9 трлн руб.** в текущих ценах (**табл. 2**). Это будет соответствовать **5% ВВП**. Именно такой уровень ГРЗ сложился в «новых-8» странах ЕС сегодня и по необходимым объемам увеличения оплаты труда медицинских работников (**см. выше**).

Еще раз подчеркнем, что **если не будут** соблюдаться базовые условия (а именно не будет снижаться заложенными темпами потребление алкоголя и расти ВВП на душу населения), то для повышения ОПЖ до целевого уровня потребуются **еще большие объемы финансирования здравоохранения**, чем заложено в расчетах.

¹ Согласно макроэкономическому опросу Банка России по состоянию на март 2023 г. и прогнозам МВФ.

² Мы также допускаем, что начиная с 2023 г. коронавирусная пандемия будет преодолена и не окажет негативного воздействия на смертность населения РФ.



Источник: Росстат (расчет ВШОУЗ).

Рис. 31. Динамика ОПЖ и ее прогнозные значения по трем сценарным условиям до 2030 г.

Источники дополнительного финансирования здравоохранения

Этим источником может стать увеличение налога на доходы людей, получающих оплату труда более 5 млн руб. в год (НДФЛ). Во всех развитых странах для людей, получающих сверхвысокие заработные платы, такой налог составляет **35–40%** (в РФ сегодня — 15%). В 2021 г. увеличение НДФЛ с 13 до 15% (на 2%) для названных заработных плат дало дополнительно в бюджет **60 млрд руб.** Соответственно увеличение налога **на 20%** (вместо 2%) даст в бюджет дополнительно **600 млрд руб.** Более того, должны быть установлены дополнительные налоги на вывоз капитала за рубеж. Например, по данным ЦБ РФ в 2021 г. только чистый отток капитала¹ составил 74 млрд долл. США (4400 млрд руб.). В том случае, если бы эти средства были обложены налогом, например, 10%, то бюджет страны имел бы дополнительно **440 млрд руб.**

¹ Сальдо вывоза и ввоза денежных средств.

Таблица 2. Фактические и расчетные объемы государственного финансирования здравоохранения в России в период 2019–2030 гг.

Наименование показателя	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2030/ 2023, прирост
	Факт				Прогноз								
Макроэкономические показатели													
ВВП в текущих ценах, трлн руб.	110	108	135	151	164	174	186	199	213	227	243	260	59%
Инфляция (индекс потребительских цен), декабрь к декабрю предыдущего года, %	3,04	4,91	8,39	11,94	6,00	4,10	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	x
Государственные расходы на здравоохранение													
Государственные расходы на здравоохранение в текущих ценах, млрд руб.	3805	4964	5206	5925	6636	7306	8037	8841	9725	10 697	11 767	12 943	95%
Государственные расходы на здравоохранение в ценах 2019 г., млрд руб.	3805	4732	4578	4 655	4 918	5202	5502	5819	6155	6510	6886	7283	48%
Государственные расходы на здравоохранение в долях от ВВП	3,5%	4,6%	3,8%	3,9%	4,1%	4,2%	4,3%	4,4%	4,6%	4,7%	4,8%	5,0%	x

Источник: расчет ВШОУЗ.

ВЫВОДЫ

Для повышения доступности медицинской помощи, тем самым снижения смертности населения РФ и достижения национальной цели по увеличению **ОПЖ до 78 лет к 2030 г.** потребуется:

- 1) повышение оплаты труда медицинских работников и выравнивание ее по субъектам РФ. Для этого необходимо установить единые по стране средние оклады в зависимости от уровня профессионально-квалификационной группы (по принципу тарифной сетки): врач — **4 МРОТ**; медицинская сестра — **2 МРОТ**; младшие медицинские работники — **1–1,5 МРОТ**; профессорско-преподавательский состав вузов и НИИ — **5–8 МРОТ**; профессорско-преподавательский состав медицинских колледжей — **4–6 МРОТ**;
- 2) создание системы всеобщего лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях, для чего дополнительно потребуется **200 млрд руб.** в год;
- 3) обеспечение равнодоступности медицинской помощи в субъектах РФ. Для этого потребуются: централизация управления здравоохранением на уровне Минздрава России с формированием единых подходов в оплате труда медицинских работников и других статей расходов государственных медицинских организаций; восстановление бюджетного финансирования и переход на сметный способ компенсации затрат медицинских организаций;
- 4) реализация межведомственной программы по формированию здорового образа жизни населения РФ с целью снижения потребления алкоголя **на 45%** и распространенности потребления табака **в 2 раза**.

Для решения этих задач необходимо поэтапное увеличение ГРЗ, чтобы к 2030 г. оно достигло **5% ВВП**. Этот уровень определен при условии, что другие факторы, влияющие на ОПЖ, будут улучшаться следующим образом: ВВП будет расти со средним темпом **2–3%**, а потребление алкоголя **снизится на 45%**. Если этого не произойдет, то в здравоохранение потребуются еще бóльшие вложения.

ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ОТ ВЛОЖЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ДО 2030 г.

7

В данном разделе показано, что дополнительное финансирование здравоохранения является высокорентабельным вложением в экономику страны. Экономический эффект реализуется как напрямую, через снижение смертности населения, так и опосредованно, например, через повышение производительности труда, снижение числа дней нетрудоспособности, сохранение полных семей, уменьшение потребления дорогостоящих услуг системы здравоохранения. Кроме того, успешно работающая система здравоохранения является фактором обеспечения национальной безопасности, социальной и политической стабильности в стране.

Нами подсчитан прямой экономический эффект **от снижения смертности трудоспособного населения** (через вклад сохраненных жизней в ВВП страны) **и от продления трудоспособного возраста населения**.

Снижение смертности трудоспособного населения

По данным Росстата, в 2021 г. трудоспособное население РФ составило 81,6 млн человек¹. За 2021 г. смертность трудоспособного населения составила 480 тыс. человек, или 5,9 случая на 1 тыс. населения, причем в ее структуре 77% составила смертность мужчин (8,7 случая на 1 тыс. населения). В 1987 г. этот показатель был почти на 25% ниже — 6,7 случая на 1 тыс. населения. Если благодаря увеличению государственного финансирования здравоохранения и, как следствие, повышению доступности бесплатной медицинской помо-

¹ Мужчины в возрасте 16–60 лет, женщины — 16–55 лет.

щи общая смертность мужчин и женщин трудоспособного возраста к 2030 г. **снизится на 25%** (примерно до уровня 1987 г.), то в абсолютных показателях она составит **360 тыс. человек**. Тогда с 2022 по 2030 г. можно посчитать сохраненные жизни граждан трудоспособного возраста (**табл. 3**). Это будет разница между базовым вариантом, когда смертность остается на уровне 2021 г. (480 тыс. смертей в год), и вариантом, когда она снижается со средним темпом 13 тыс. человек в год. Всего за этот период будет сохранено **626 тыс. жизней граждан трудоспособного возраста**.

Зная динамику ВВП (прогнозы ЦБ и МВФ) и численность граждан трудоспособного возраста по годам (прогнозы Росстата), можно определить вклад каждого гражданина в ВВП страны. Затем, перемножив число сохраненных жизней на стоимость этого вклада, можно сосчитать доход ВВП от сохраненных жизней. С 2022 по 2030 г. он **составит 1,7 трлн руб. (см. табл. 3)**. Формула расчетов: сохраненные жизни × стоимость жизни одного трудоспособного человека за период 2022–2030 гг.

Полученный эффект в размере 1,7 трлн руб. будет усиливаться косвенными факторами — снижение числа дней нетрудоспособности, соответственно, уменьшение социальных выплат, повышение производительности труда, сохранение полных семей, как следствие, снижение числа малоимущих. В научной литературе, как правило, этот эффект оценивается от 300 до 500% к прямому¹. Мы взяли среднее значение этого показателя — 400%. Соответственно, общий эффект от снижения смертности трудоспособного населения составит **8,5 трлн руб. (1,7 трлн руб. + 400%)**.

¹ Weintraub W.S. The Economic Burden of Illness // JAMA Netw. Open. 2023. 6(3). Косвенный ущерб от сниженной трудоспособности при хронических заболеваниях и при производственном травматизме, 2020.

Таблица 3. Расчет вклада в ВВП сохраненных жизней граждан трудоспособного возраста

Наименование/год	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Динамика смертности населения трудоспособного возраста без изменений, тыс. человек (база)	480									
Динамика смертности населения трудоспособного возраста при поэтапном ее снижении, тыс. человек	480	465	450	436	422	409	396	384	372	360
Сохраненные жизни (разница между двумя вариантами), тыс. человек	0	15	30	44	58	71	84	96	108	120
ИТОГО: сохранено жизней граждан трудоспособного возраста с 2022 по 2030 г., тыс. человек	626									
Динамика ВВП в текущих ценах, трлн руб.	135	151	164	174	186	199	213	227	243	260
Численность трудоспособного населения, млн человек	81,6	81,1	80,6	80,4	80,3	80,2	80,1	80,2	80,3	80,4
Стоимость жизни одного трудоспособного человека, оцененная по его вкладу в ВВП, млн руб.	1,7	1,9	2,0	2,2	2,3	2,5	2,7	2,8	3,0	3,2
Доходы ВВП от сохраненных жизней, млрд руб.	0	28	60	95	133	176	222	273	328	389
ИТОГО: сохранено средств с 2022 по 2030 г., млрд руб.	1704									

Источники: Росстат, ЦБ РФ, расчет ВШОУЗ.

Продление трудоспособного возраста населения

Этот механизм особенно актуален для РФ, так как основным препятствием для продления активного трудового возраста является низкая ОПЖ мужчин — 67,6 года. Сегодня в России половина российских мужчин просто не доживают до 65 лет — пенсионного возраста, принятого в большинстве развитых стран. И хотя в РФ также принято решение о поэтапном повышении пенсионного возраста к 2030 г. — для женщин — 60 лет (с 55 лет в 2019 г.), для мужчин — 65 лет (с 60 лет в 2019 г.), оно не приведет к росту ВВП, поскольку большинство из них не может активно трудиться из-за наличия хронических заболеваний, о чем свидетельствует ускорение темпов сокращения численности мужчин сразу после наступления пенсионного возраста. При этом избыточное число смертей у мужчин приходится на возраст 45–60 лет (преимущественно от болезней системы кровообращения и внешних причин смерти).

Если существенно (на 25% к 2030 г.) снизить смертность мужчин и женщин трудоспособного возраста, то это позволит продлить их ОПЖ как минимум на 5 лет, соответственно, реализовать в полной мере планы государства по продлению трудоспособного возраста к 2030 г. и внесению их полноценного вклада в ВВП. Повышение пенсионного возраста **особенно важно для наукоемких и инновационных отраслей экономики**, где требуются высокообразованные и высококвалифицированные рабочие, инженеры и научные кадры. Дополнительный вклад в ВВП за счет снижения смертности и сохранения здоровья граждан, которые по новым правилам должны вступать в пенсионный возраст, можно условно оценить в 50–70%, поскольку решение о повышении их пенсионного возраста в РФ уже все равно принято, соответственно, примерно половина из них будет все равно трудиться.

Методика расчета. В 2021 г. мужчин в возрасте от 55 до 60 лет было 5,3 млн, женщин в возрасте от 50 до 55 лет — 5,7 млн. Если пренебречь смертностью и последующим изменением численности в этих когортах в период 2022–2030 гг., то в пенсионный возраст в среднем за следующие 5 лет ежегодно будут вступать 1,06 млн мужчин ($5,3 \text{ млн человек} \div 5$) и 1,14 млн женщин ($5,7 \text{ млн человек} \div 5$), т.е. всего около 2,2 млн мужчин и женщин в год. Всего за 5 лет выйдут на пенсию 11 млн человек. В течение этого пе-

риода жизнь каждого из них будет поэтапно удлиняться так, чтобы к 2030 г. она увеличилась на 5 лет, и, соответственно, на 5 лет может быть увеличен пенсионный возраст. Активный труд граждан трудоспособного возраста в указанные годы жизни до наступления пенсионного возраста внесет дополнительный вклад в ВВП, подсчитать который можно следующим образом. Сначала определяют, сколько человеко-лет будет составлять вклад в ВВП этих 11 млн человек за 5 лет при заданных условиях поэтапного увеличения продолжительности жизни: $11 \text{ млн человек} \times 4,5 \text{ года} = 49,5 \text{ млн человеко-лет}$ (4,5 года — это среднее увеличение продолжительности жизни этих граждан за 9 лет к 2030 г.). Затем этот показатель умножают на среднее значение ВВП на душу населения за 9 лет — 1,39 млн руб. в год. Итого: $49,5 \text{ млн человеко-лет} \times 1,39 \text{ млн руб.} = 68,8 \text{ трлн руб.}$ Более половины этого эффекта составит **44,4 трлн руб.**

Таким образом, **общий экономический эффект** от снижения смертности трудоспособного населения на 25% составит **8,5 трлн руб.**, а от продления активного трудового возраста на 5 лет к 2030 г. — **44,4 трлн руб.** Всего — **52,9 трлн руб.**, или **35% ВВП 2022 г.**

Расчет рентабельности дополнительных затрат на здравоохранение

С 2022 по 2030 г. дополнительные затраты на здравоохранение для снижения смертности составят 7 трлн руб. (см. раздел 6). За этот же период дополнительный экономический эффект, как было показано выше, составит 52,9 трлн руб. Соответственно коэффициент рентабельности (эффективности) дополнительных затрат на здравоохранение будет 660% [$(52,9 - 7,0)/7 \times 100\%$]. Следовательно, на каждый вложенный рубль государство получит чистый экономический эффект — 6,6 руб. Если не учитывать увеличение пенсионного возраста, то только за счет снижения смертности людей трудоспособного возраста рентабельность затрат составит 20%, т.е. на каждый вложенный в здравоохранение рубль государство получит дополнительно 0,2 руб. прибыли.

ВЫВОДЫ

Дополнительные вложения в здравоохранение высокоэффективны. В период с 2022 по 2030 г. за счет снижения смертности трудоспособного населения **на 25%** и сохранения здоровья и жизни граждан, вступающих в пенсионный возраст, установленный в РФ, рентабельность затрат составит **6,6 руб.** на каждый дополнительно вложенный рубль.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Медицинская информатика в общественном здоровье и организации здравоохранения. Национальное руководство / Гл. ред. Г.Э. Улумбекова, В.А. Медик. 3-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 1184 с. DOI: 10.33029/9704-7023-7-MIP-3-2022-1-1184.
2. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Состояние и предложения: 2019–2024 гг. 3-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 416 с. DOI: 10.33029/9704-5417-6-3-HR-2019-1-416.
3. Улумбекова Г.Э., Власов Я.В., Домников А.И., Гапонова Е.А. Научное обоснование необходимости увеличения оплаты труда медицинских работников в РФ // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2023. Т. 9. № 1. С. 4–25. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2023-9-1-4-25>.
4. ЕМИСС / база данных Росстата. [Электронный ресурс.] Режим доступа: <https://fedstat.ru/>.
5. Росстат. [Электронный ресурс.] Режим доступа: <http://www.gks.ru/>.
6. Официальный сайт ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. [Электронный ресурс.] Режим доступа: <https://mednet.ru/>.
7. OECD.Stat / база данных ОЭСР. [Электронный ресурс.] Режим доступа: <https://stats.oecd.org/>.

УДК 614.2(470+571)
ББК 51.1(2Рос)
3-46

3-46 **Здравоохранение – важнейшая часть безопасности России: как выполнить эту миссию** / Г. Э. Улумбекова, Е. А. Гапонова, А. Б. Гинойн, И. Ю. Худова ; под ред. Г. Э. Улумбековой. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. — 64 с. : ил. — DOI: 10.33029/9704-7977-3-NR-2023-1-64.
ISBN 978-5-9704-7977-3

УДК 614.2(470+571)
ББК 51.1(2Рос)

**Г.Э. Улумбекова, Е.А. Гапонова,
А.Б. Гинойн, И.Ю. Худова**

**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – ВАЖНЕЙШАЯ ЧАСТЬ
БЕЗОПАСНОСТИ РОССИИ
КАК ВЫПОЛНИТЬ ЭТУ МИССИЮ**

**Под редакцией
Г.Э. Улумбековой**

Подписано в печать 03.04.2023. Формат 60×90 ¹/₁₆.
Бумага офсетная. Печать цифровая. Объем 4 усл. печ. л.
Тираж 7000 экз. Заказ №

ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».
115035, Москва, ул. Садовническая, д. 11, стр. 12.
Тел.: 8 (495) 921-39-07.
E-mail: info@geotar.ru, <http://www.geotar.ru>.

АО «Первая Образцовая типография».
Филиал «Чеховский Печатный Двор».
142300, Московская обл., г. Чехов, ул. Полиграфистов, д. 1.

ISBN 978-5-9704-7977-3



9 785970 479773 >