



ВЫСШАЯ ШКОЛА
ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Неотложные меры в здравоохранении, в том числе в первичном звене, для снижения смертности населения России

.....

Ректор ВШОУЗ, д.м.н.
Г.Э. Улумбекова



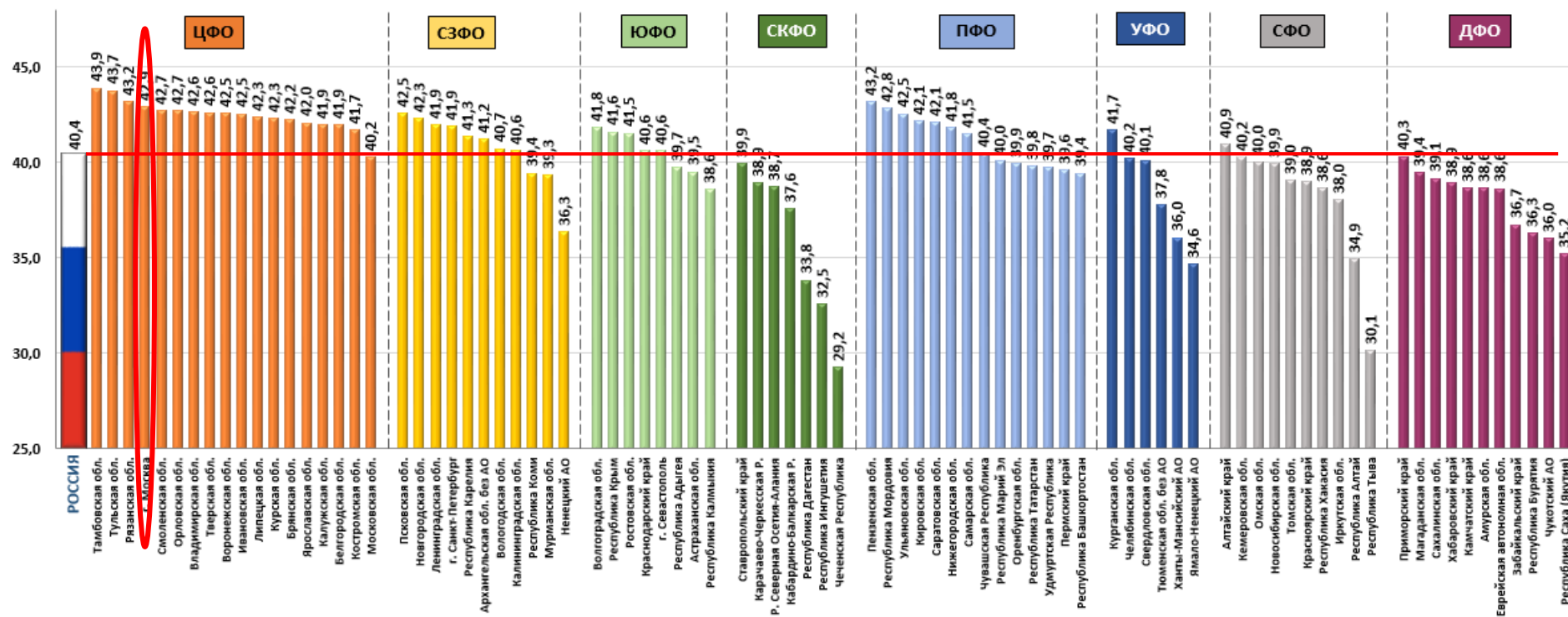
О МОСКВЕ

.....

СРАВНЕНИЕ С ДРУГИМИ СУБЪЕКТАМИ РФ

В 2021 г. в Москве средний возраст населения – **43 года**, что **на 2,5 года выше**, чем в среднем по РФ

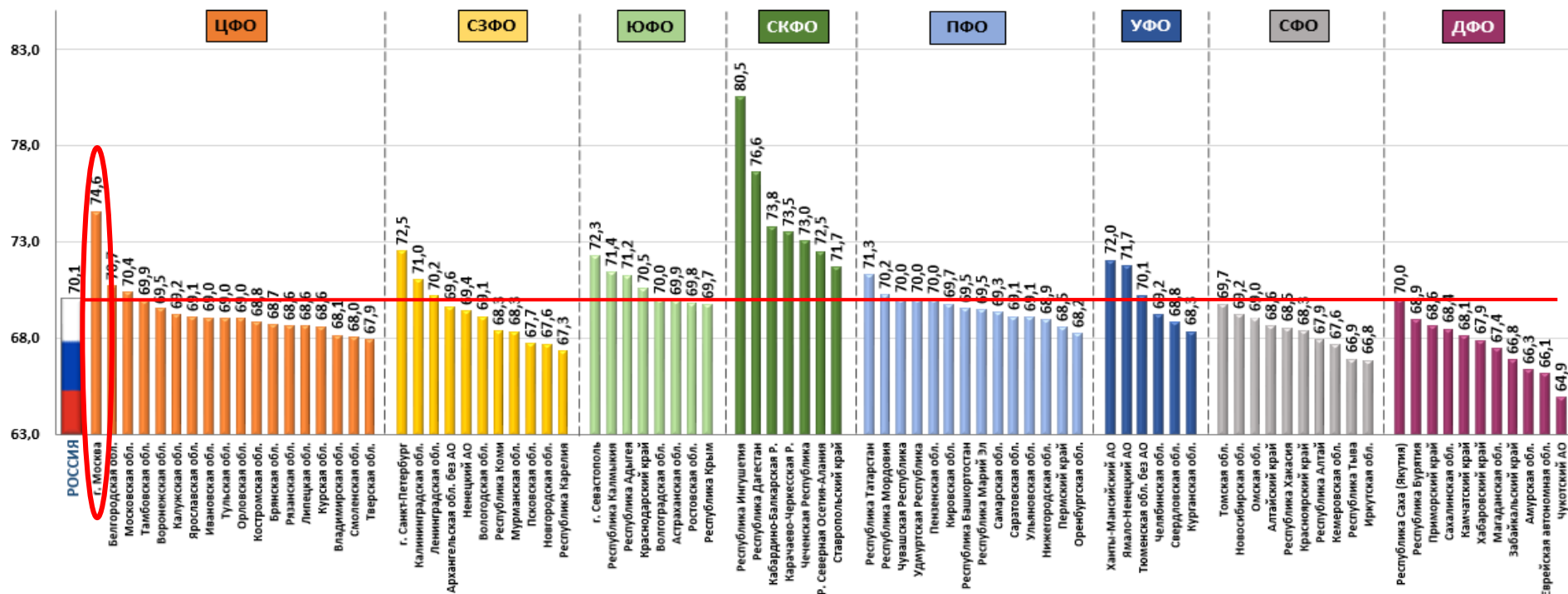
Средний возраст населения, лет (2021 г.)



Источник: Росстат, расчет ВШОУЗ

В 2021 г. в Москве ОПЖ (оба пола) – **74,6 лет**, что **на 4,5 года выше**, чем в среднем по РФ

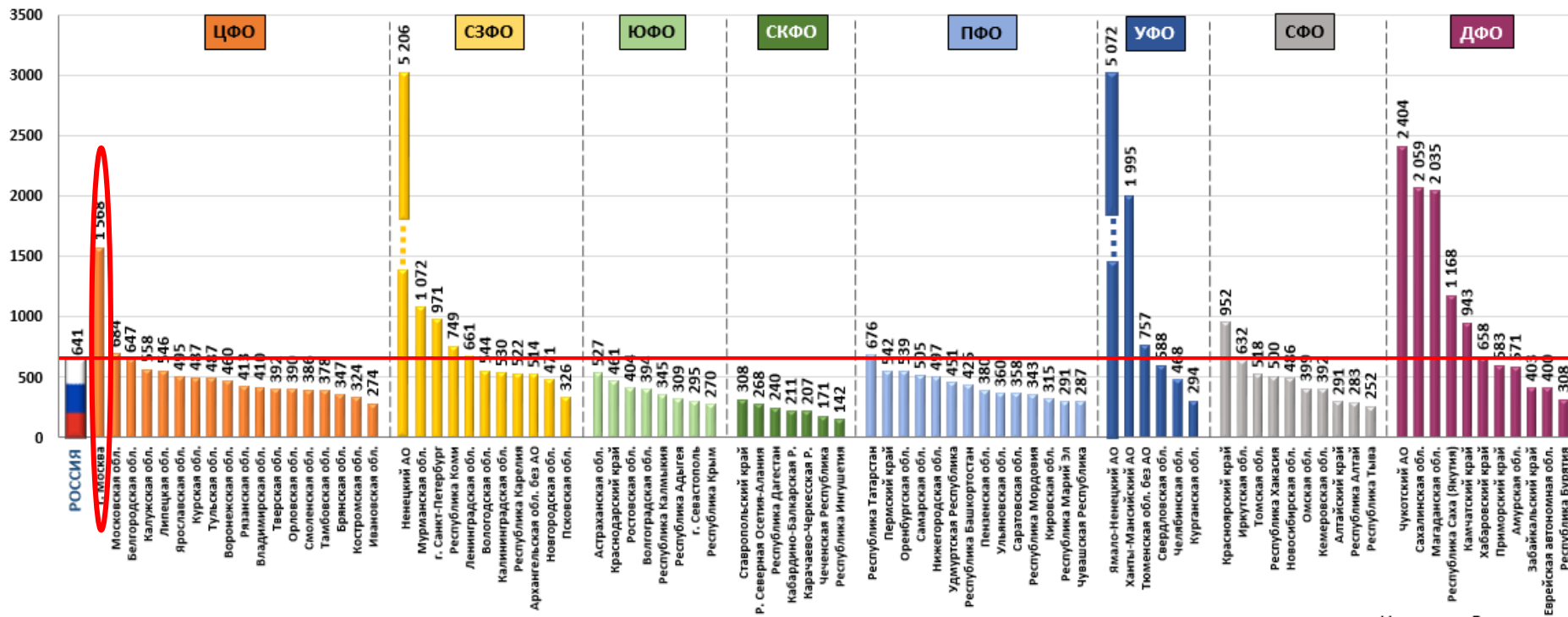
Ожидаемая продолжительность жизни, число лет (2021 г.)



Источник: Росстат

В 2021 г. в Москве валовой региональный продукт – 1568 тыс. руб. на душу населения, что в 2,4 раза выше, чем в среднем по РФ

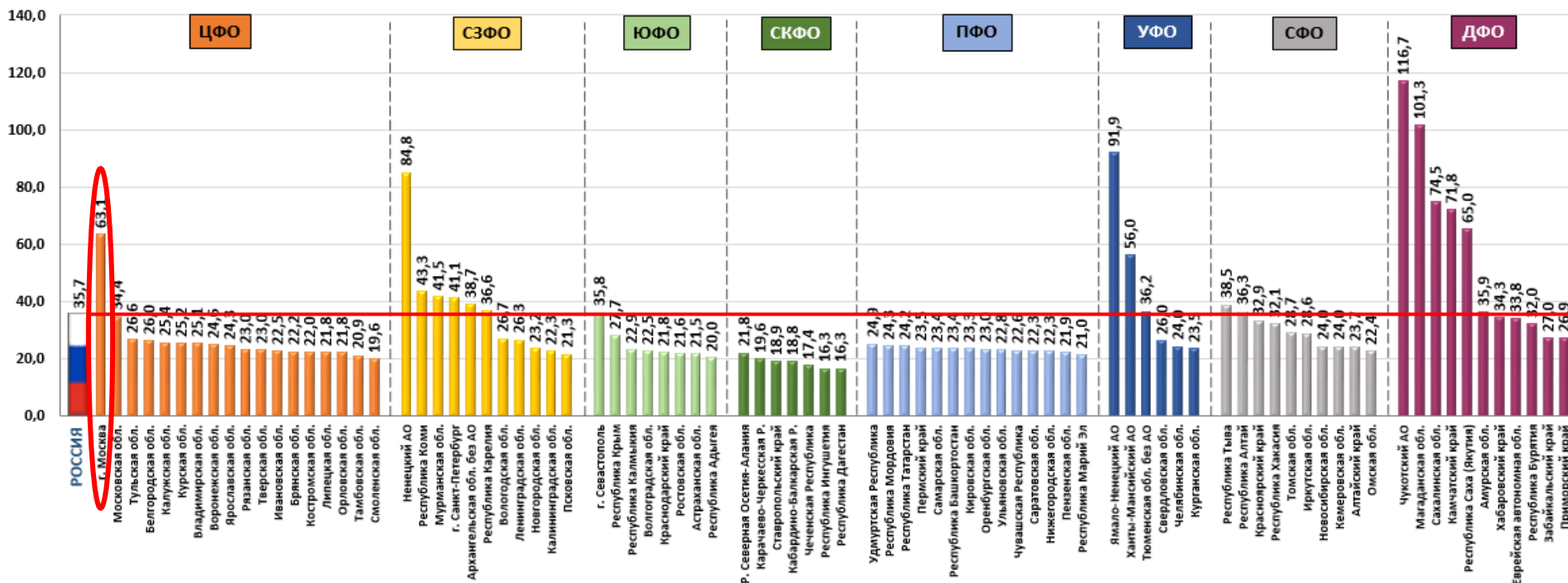
Валовой региональный продукт на душу населения, тыс. руб. (2020 г.)



Источник: Росстат

В 2021 г. в Москве государственные расходы на здравоохранение – **63,1 тыс. руб.** на душу населения, что **в 1,8 раза выше**, чем в среднем по РФ

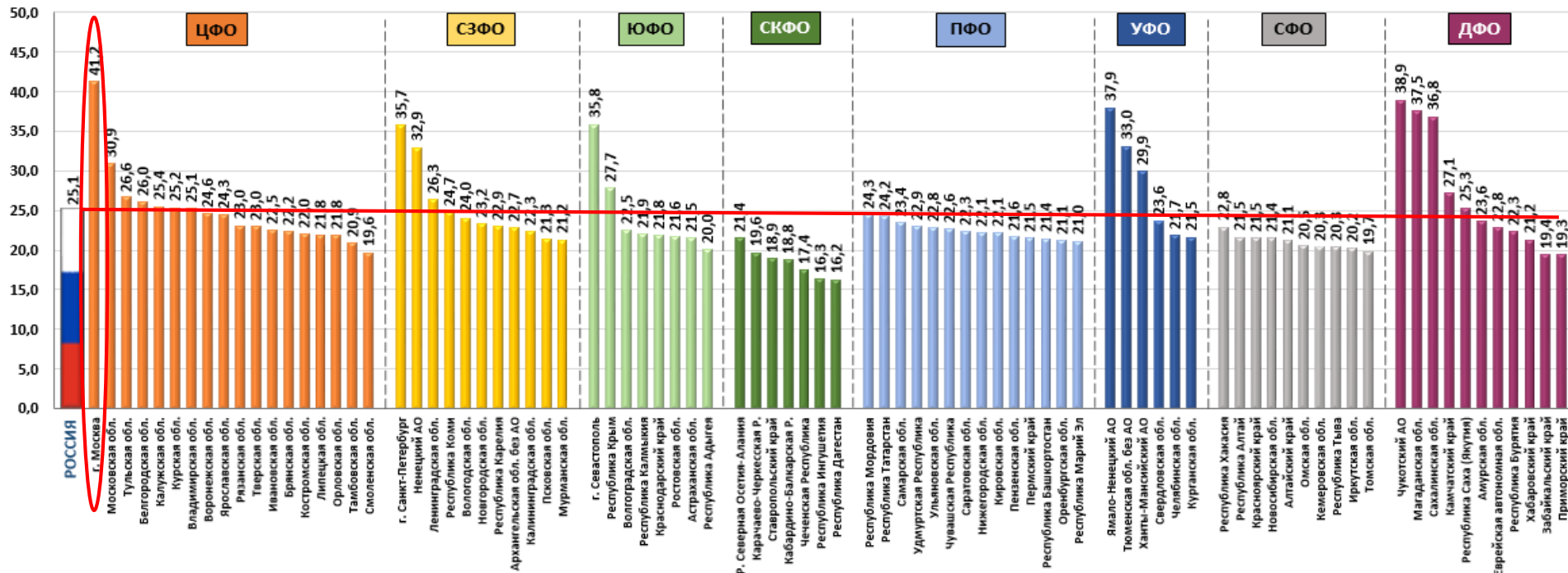
Подушевые государственные расходы на здравоохранение (ОМС и средства консолидированных бюджетов), с учетом КД, тыс. руб. (2021 г.)



Источник: Казначейство РФ

В 2021 г. в Москве государственные расходы на здравоохранение – 41,2 тыс. руб. на душу населения без учета КД (деленные на КД), что в 1,6 раза выше, чем в среднем по РФ

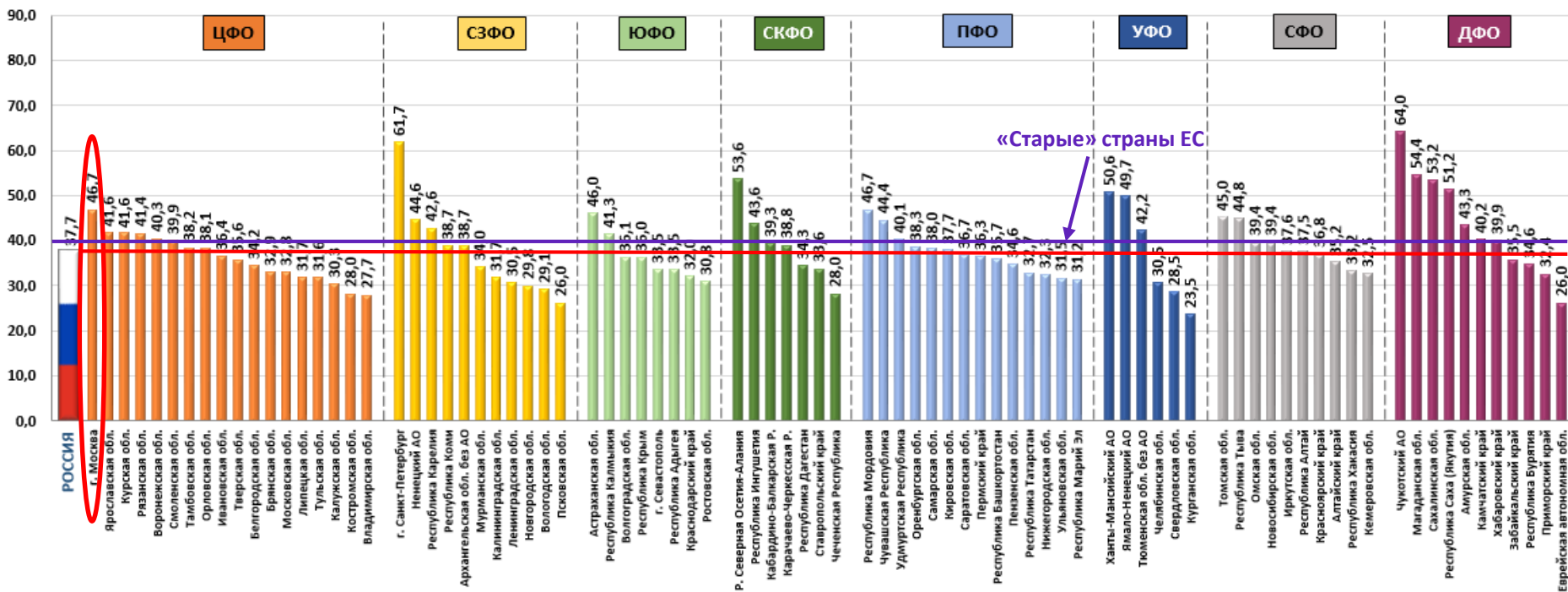
Подушевые государственные расходы на здравоохранение (ОМС и средства консолидированных бюджетов), без учета КД(деленные на КД), тыс. руб. (2021 г.)



Источник: Казначейство РФ. Расчет ВШОУЗ

В 2021 г. в Москве обеспеченность практикующими врачами – **46,7** на 10 тыс. населения (59 158 чел.), что **на 24% выше**, чем в среднем по РФ

Обеспеченность практикующими врачами на 10 тыс. населения в год (2021 г.)



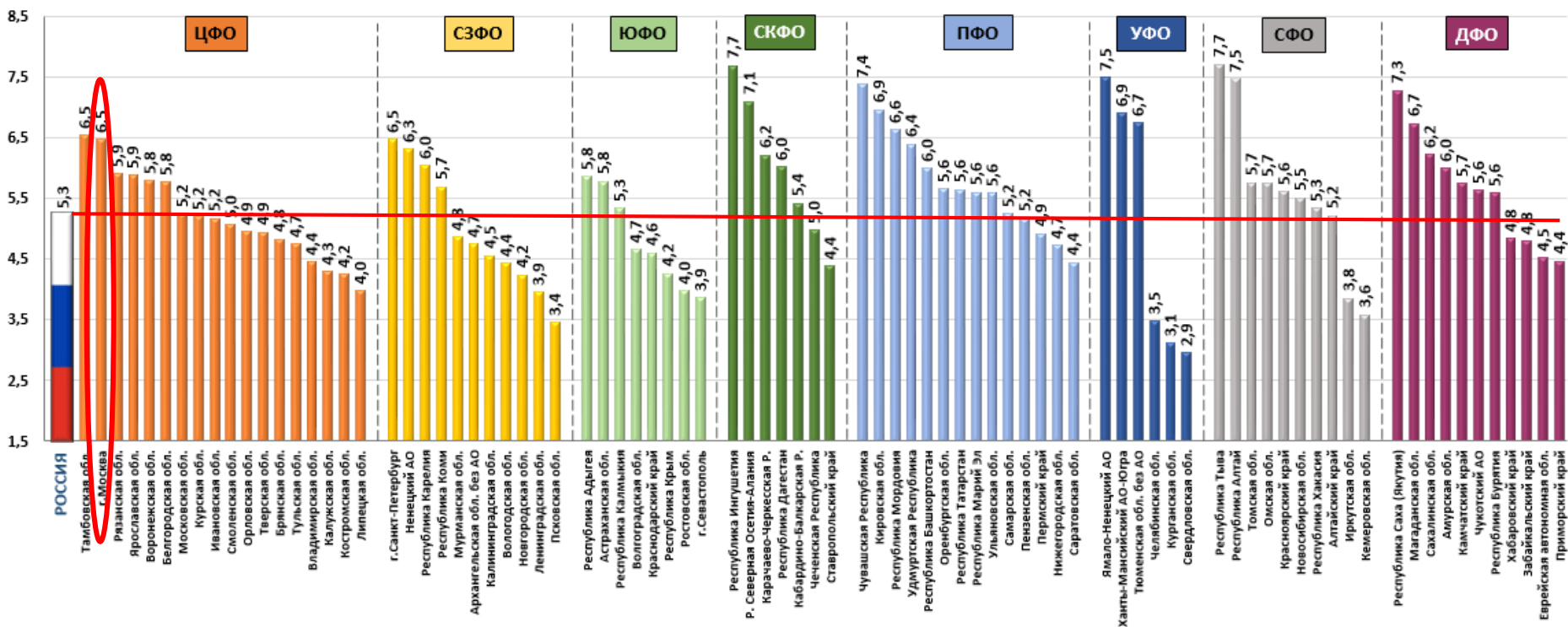
Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России

В 2021 г. в Москве обеспеченность участковыми врачами

(врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые и ВОП) –

6,5 на 10 тыс. населения (8 168 чел.), что **на 23% выше**, чем в среднем по РФ

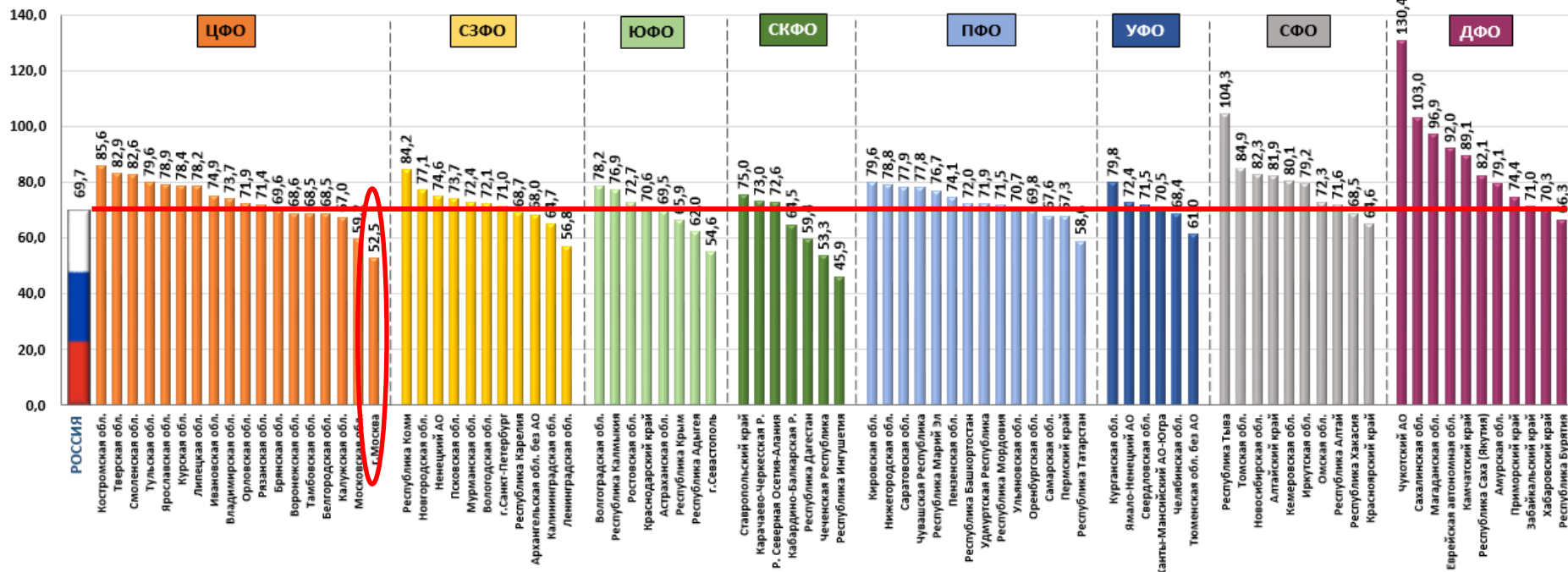
Обеспеченность участковыми врачами на 10 тыс. населения в год (2021 г.)



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России, расчет ВШОУЗ

В 2021 г. в Москве обеспеченность стационарными койками – **52,5** на 10 тыс. населения, что **на 25% ниже**, чем в среднем по РФ

Обеспеченность больничными койками на 10 тыс. населения в год (включая 5% коек на ремонте), 2021 г.

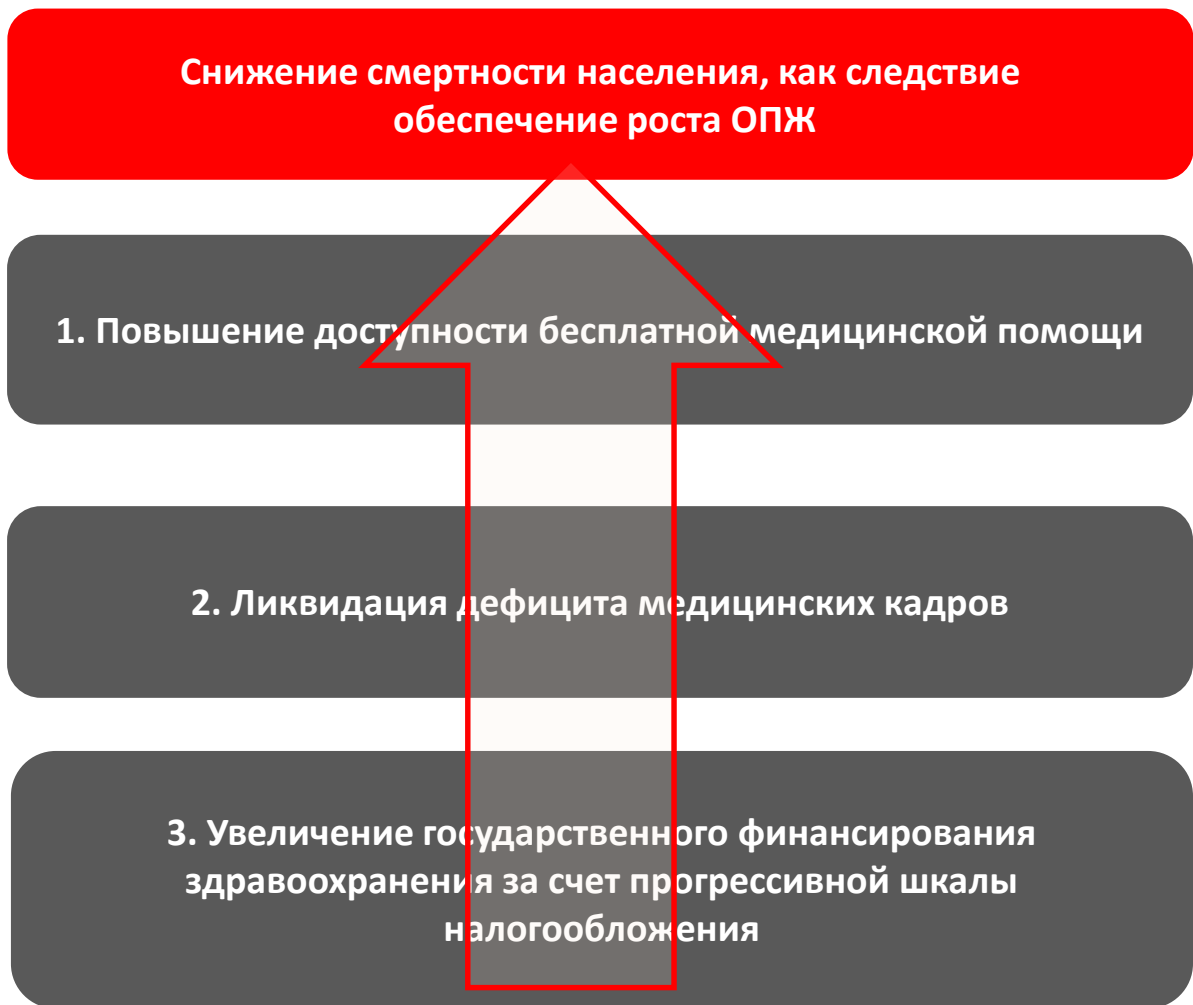


Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России

Главные тезисы

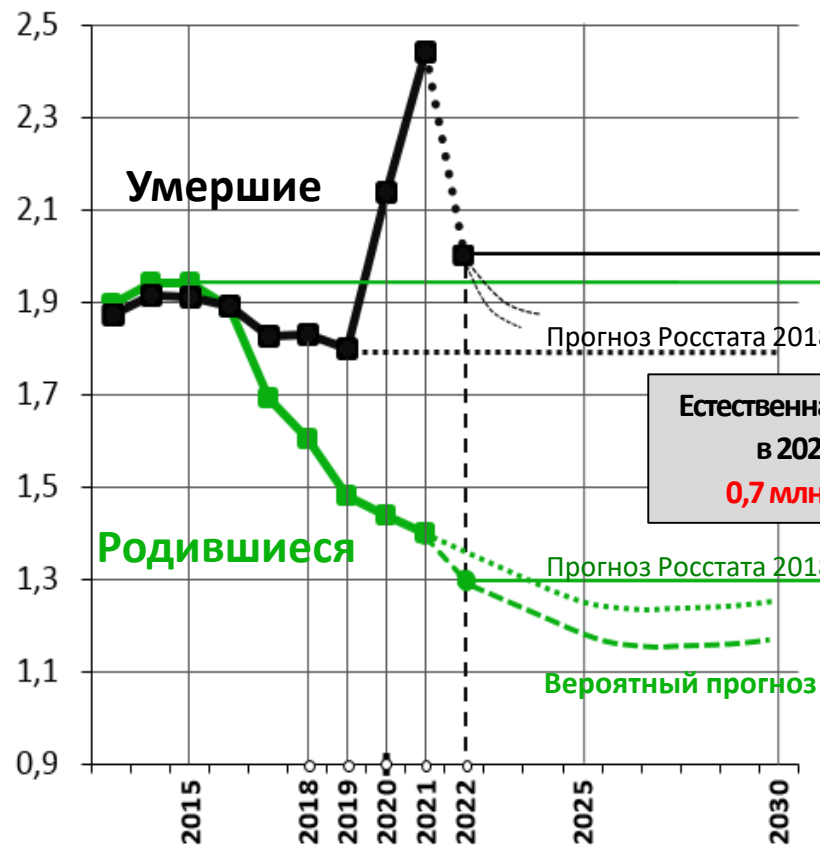
1. Для достижения главной национальной цели РФ - ожидаемой продолжительности жизни **78 лет к 2030 г.** - необходимо снижение смертности населения. Это **напрямую зависит от повышения доступности бесплатной медицинской помощи**, что особенно важно в 2022-2023 гг. в условиях роста потоков больных людей (**до +12% в 2023 г.**) и снижения реальных доходов населения (**на 3,5% в 2022 г.**)
2. Несмотря на героические усилия медицинских работников во время пандемии, сегодня **все резервы повышения доступности и качества бесплатной медицинской помощи в рамках имеющегося финансирования здравоохранения исчерпаны**. Какие бы меры не предпринимались штабом отрасли и регионами, без решения системных проблем отрасли положительного результата добиться будет **невозможно**
3. Главная проблема российского здравоохранения, которая не позволяет повысить доступность и качество медицинской помощи - это **нарастающий дефицит и огромная усталость медицинских кадров**. Особенно он выражен в первичном звене здравоохранения, где врачей **в 1,5 раза меньше**, чем положено по нормативу, а фельдшеров – **в 2 раза меньше**. В таких условиях они **не способны** полноценно выполнять свои функции
4. Для решения проблемы дефицита медицинских кадров необходимо **дополнительное финансирование** здравоохранения из федерального бюджета - **около 1 трлн руб. в год**, чего можно добиться поэтапно **за 4 года**. Тогда в 2026 г. оно достигнет **5,5% ВВП** – минимальный уровень для РФ, где доля населения старше 60 лет более 23%. В 2023 г. по факту оно **сокращается на 2%** в реальных ценах, а далее **не растет**. **В 2023 г.** срочная мера – необходимо дополнительно **300 млрд руб.** для выравнивания оплаты труда в регионах с самыми низкими ее значениями. Источник - увеличение **НДФЛ до 20-25%** на доходы граждан **свыше 12 млн руб. в год**

Главный тезис: без кардинального увеличения государственного финансирования здравоохранения добиться снижения смертности **НЕВОЗМОЖНО**. Чудес не бывает!



С 2020 по 2022 г. в РФ естественная убыль (разница между родившимися и умершими) составит более **2,4 млн человек**. До 2030 г., по прогнозам Росстата, естественная убыль составит в среднем **540 тыс. чел.** в год

млн чел./год



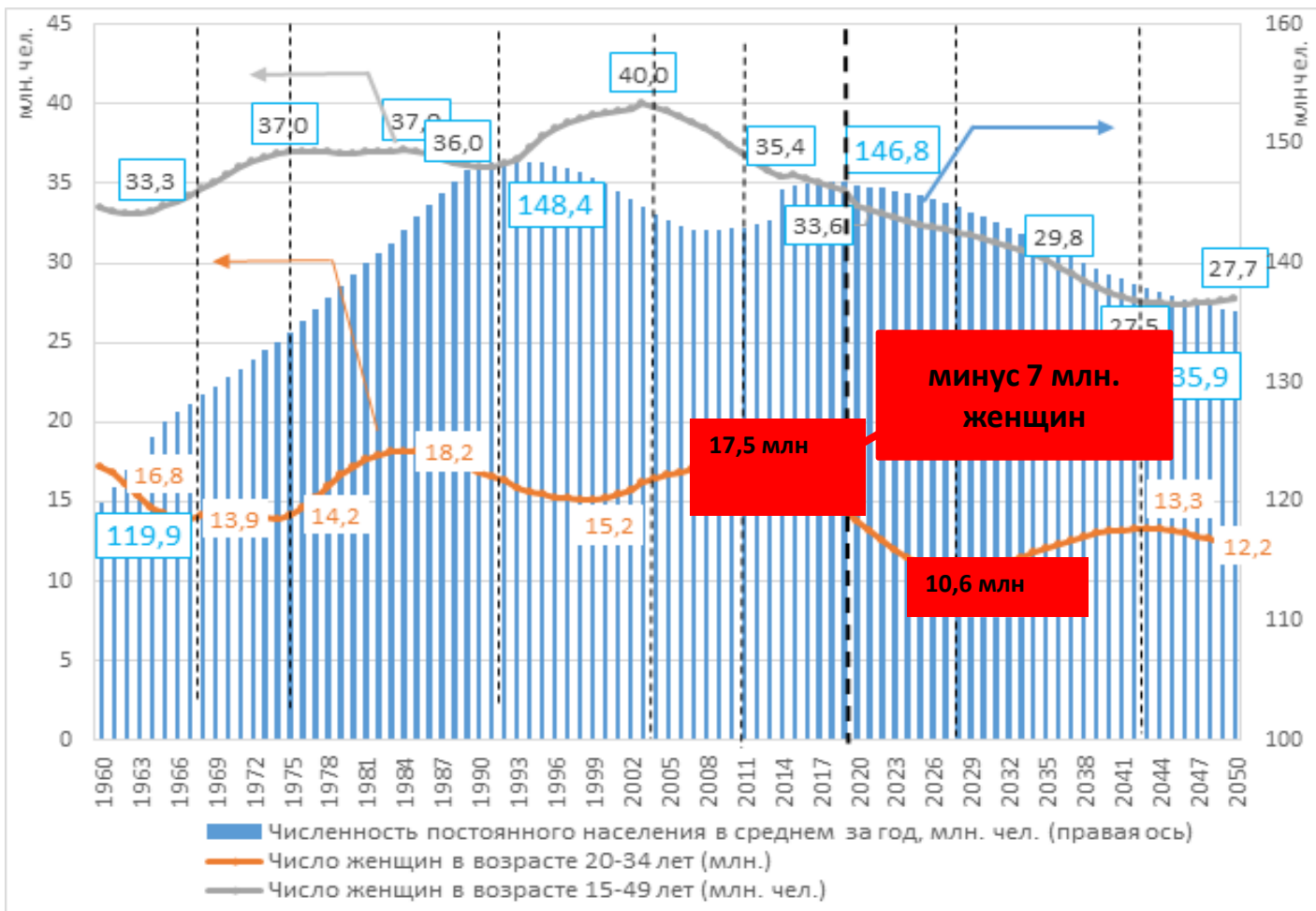
За три года (2020 – 2022 гг.) естественная **убыль населения** достигнет **2,4 млн.** человек

Рождаемость
2015: 1,94 млн.
2022: 1,3 млн.
Падение на 33%

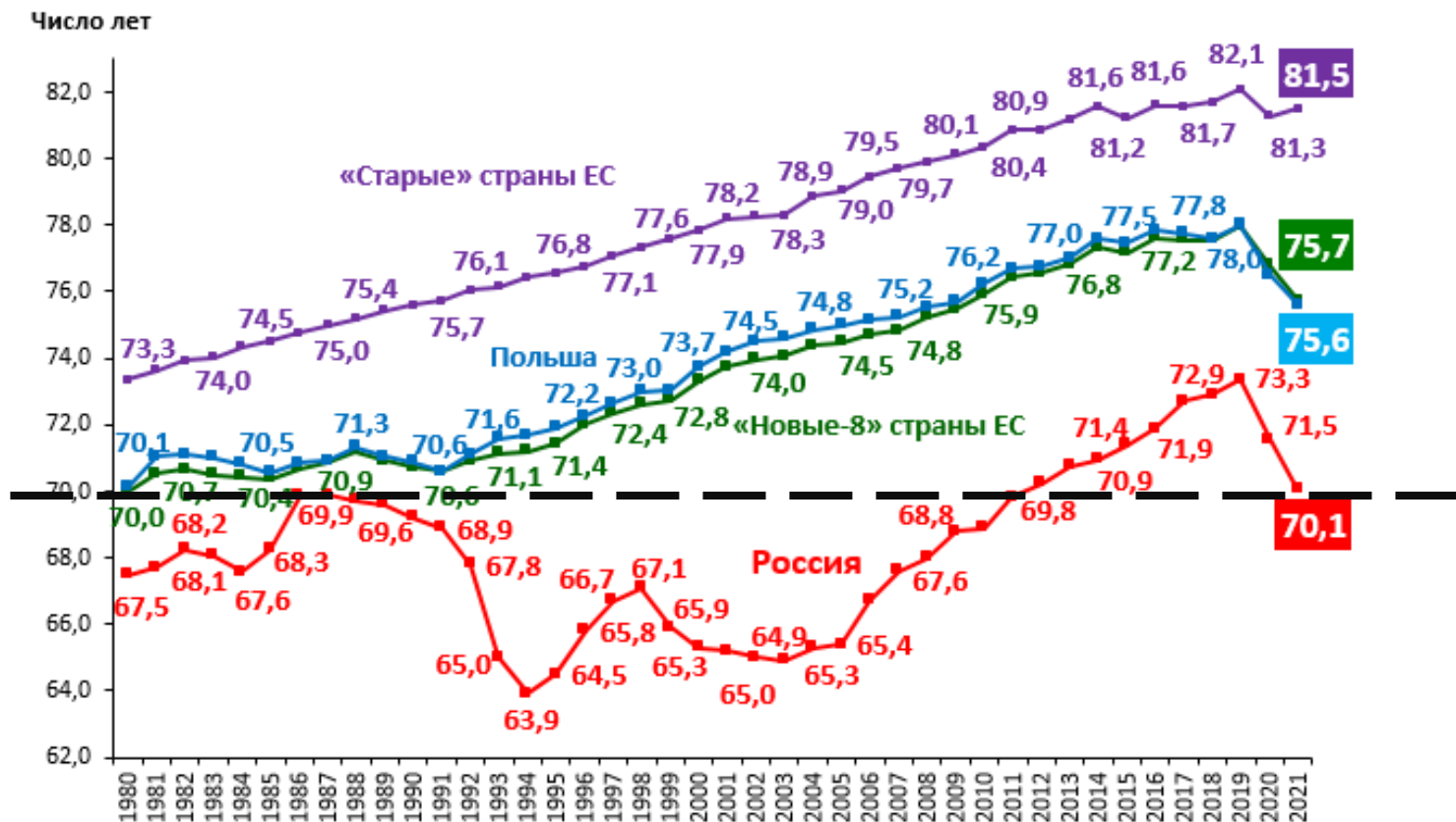
Расчеты естественной убыли:
 $\Delta N = +1941 - 1908 = +33$ тыс. чел. (2015)
 $\Delta N = +1604 - 1830 = -225$ тыс. чел. (2018)
 $\Delta N = +1485 - 1800 = -315$ тыс. чел. (2019)
 $\Delta N = +1436 - 2138 = -702$ тыс. чел. (2020)
 $\Delta N = +1400 - 2440 = -1043$ тыс. чел. (2021)
 $\Delta N \approx +1300 - 2000 \approx -700$ тыс. чел. (2022)

В РФ количество женщин активного детородного возраста (20-34 лет), на которых приходится **80%** рождений в год, с 2011 по 2028 г. **сокращается на 7 млн** (со средним темпом **0,4 млн в год**). На этот фактор мы уже повлиять **не можем**, потому что девочки и женщины, которые смогут родить до 2030 г., **уже родились**.

Соответственно, для повышения рождаемости необходимы **экстраординарные меры**

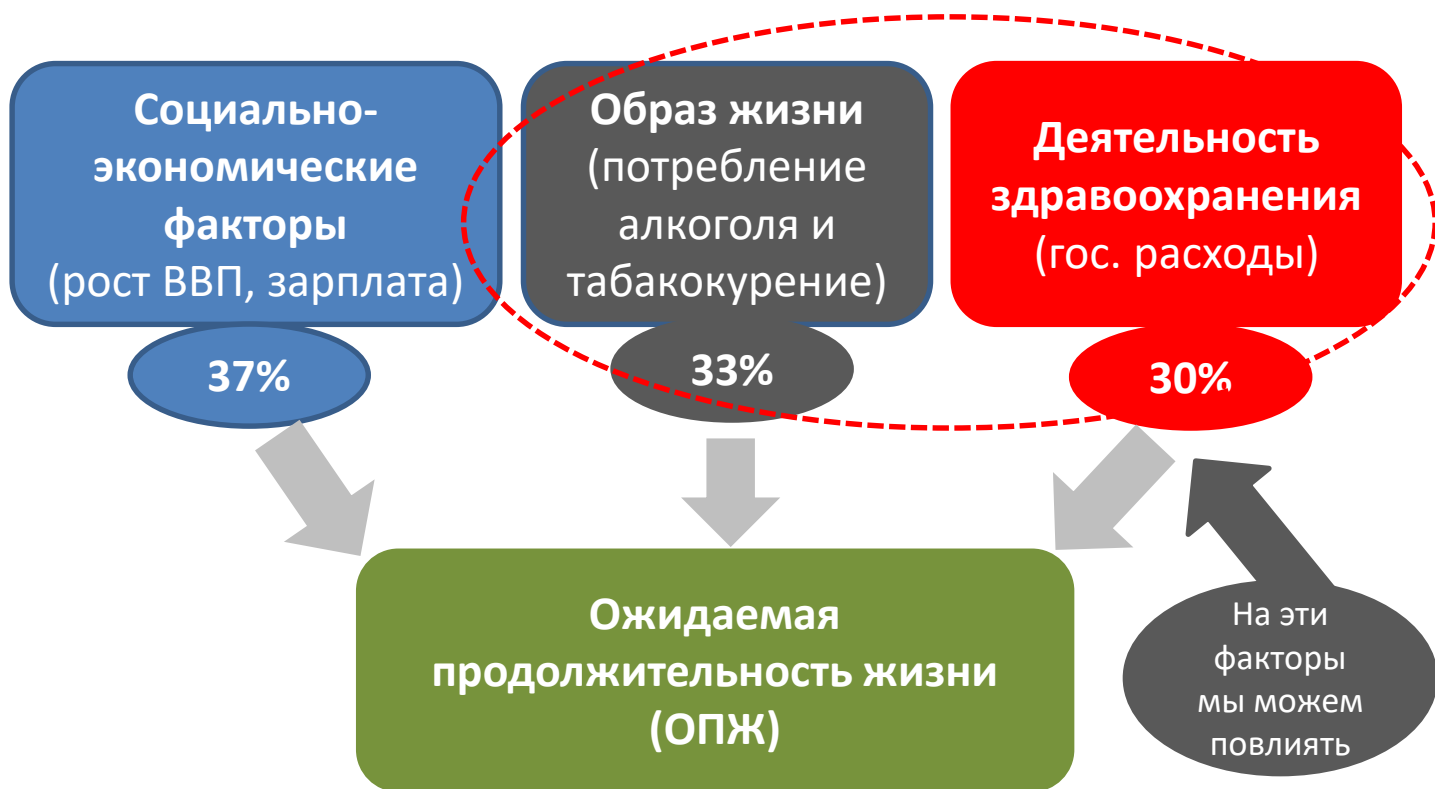


За 2 года (2019-2021 гг.) в РФ ОПЖ из-за высокой смертности сократилась **на 3,2 года до 70,1 года**. Это уровень 1987 г. В результате она стала **на 5,7 года ниже**, чем в «новых» странах ЕС, и **на 11,4 года ниже**, чем в «старых» странах ЕС



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

В РФ ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) определяется **три** ключевыми факторами:



Данные регрессионного анализа по всем регионам РФ за период 2011-2018 гг.

В ситуации **снижения** реальных доходов населения и при замедлении снижения потребления алкоголя и табака, а также их **отсроченном** влиянии на смертность **единственным фактором**, который может повлиять на ее снижение (соответственно рост ОПЖ), **остается здравоохранение**, то есть повышение качества и доступности медицинской помощи.....

Реальные доходы населения	С 2013 по 2022 г. сокращение на 11%
Потребление алкоголя	Снижение замедлилось , но сегодня оно в РФ более чем на 40% выше, чем в Канаде, Италии, Швеции, Норвегии (чистый спирт на душу населения старше 15 лет, соответственно 11,2 и 8,0-7,3 л.)
Здравоохранение	Системные проблемы – дефицит медицинских кадров и огромные перегрузки , приведшие к выгоранию и стрессу у 70-90% из них

ТО ЕСТЬ ВОЗДЕЙСТВИЕ ВСЕХ ГЛАВНЫХ ФАКТОРОВ НА ОПЖ И СМЕРТНОСТЬ - ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ

Сегодня система здравоохранения, несмотря на героические усилия медицинских работников во время пандемии во главе со штабом отрасли, не способна справиться с задачей снижения смертности без решения системной проблемы, — нарастающего **дефицита** кадров, тем более на фоне роста потока пациентов **на 12% в 2023 г.**

(~+30 млн в год от уровня общей заболеваемости в 2019 г. - 242 млн чел.)

Главная причина оттока медицинских кадров из отрасли – НИЗКАЯ ОПЛАТА ТРУДА И ОГРОМНЫЕ ПЕРЕГРУЗКИ

По данным Всероссийского общества пациентов, более **60%** врачей работают на **1,5 ставки** и более **30%** на **2 ставки** и более

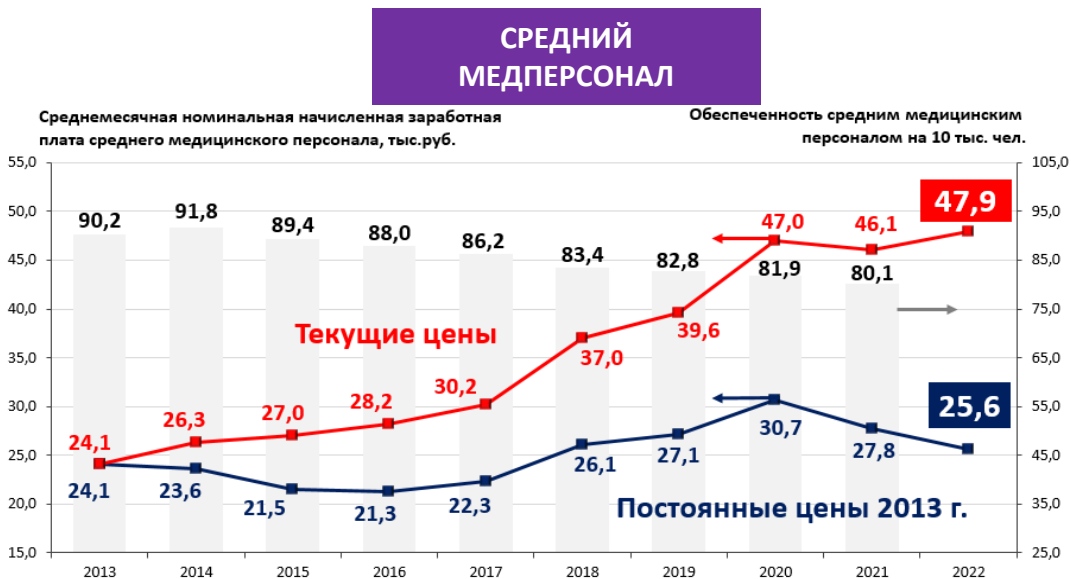
За 9 лет (с 2013 по 2022 гг.)
средняя заработная плата:

У врачей с очень низкого уровня (141% от средней оплаты труда в экономике) выросла **только на 20%**, при этом обеспеченность ими **осталась на прежнем уровне**



Источник: Росстат, ЦНИИОИЗ Минздрава России, расчет ВШОУЗ

У среднего медперсонала оплата труда возросла **на 9%**, а обеспеченность ими **сократилась на 11%**



Источник: Росстат, ЦНИИОИЗ Минздрава России, расчет ВШОУЗ

Критическая ситуация сложилась в первичном звене
В 2019 г. дефицит медработников первичного звена был **ниже норматива:**
от 1,5 раза у врачей до 2 раз у фельдшеров, и их количество продолжает
сокращаться

.....

По расчетам ВШОУЗ, в 2019 г. дефицит медработников участковой службы составил:

- врачей – **37 тыс.** (в 1,5 раза меньше необходимого без совместительства)
 - фельдшеров – **20 тыс.** (в 2 раза меньше необходимого без совместительства)
- По данным Минздрава, дефицит всех медицинских работников составляет около
85 тыс. чел. (26 451 врачей и 58 268 среднего медицинского персонала)

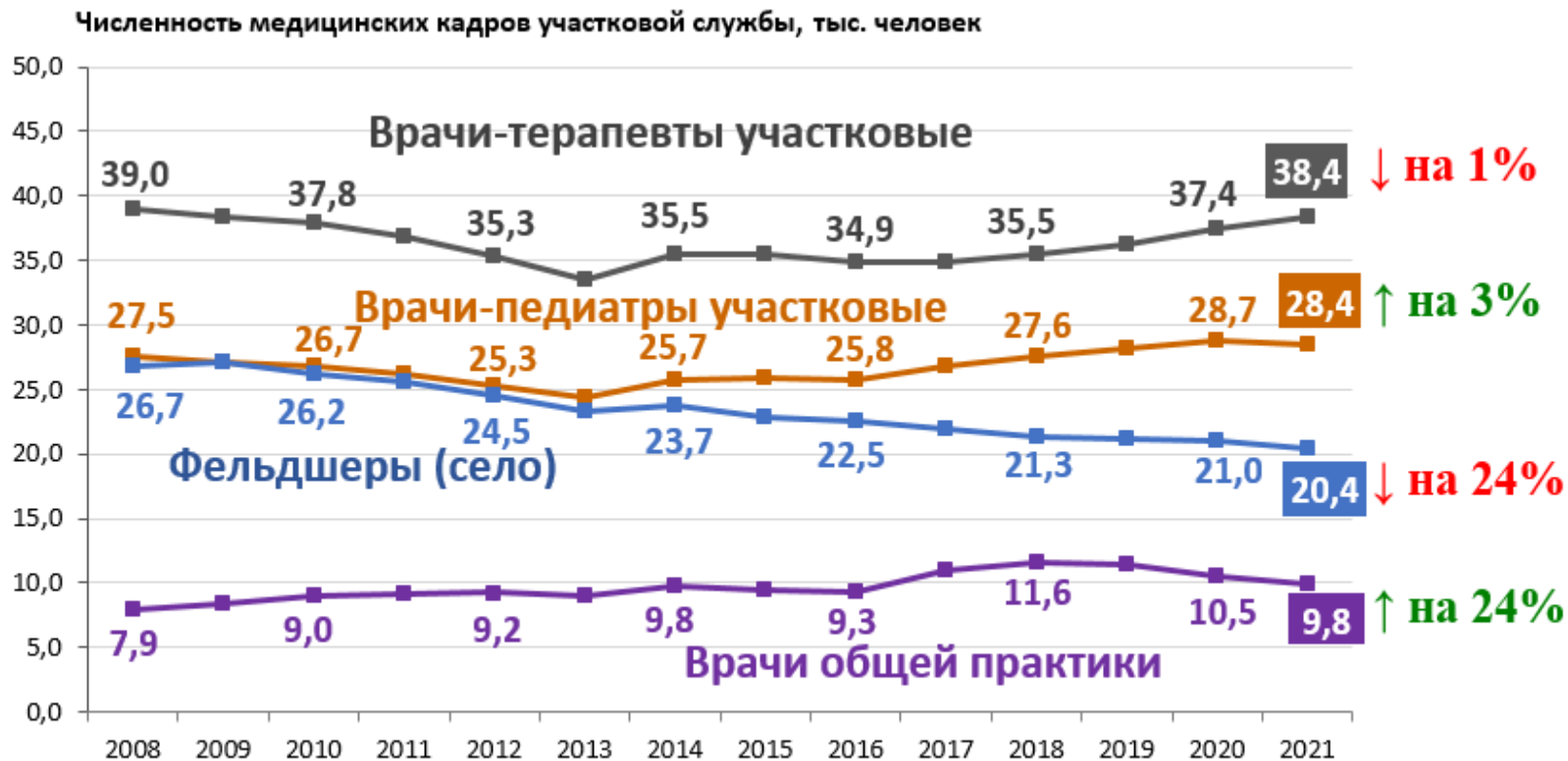
<https://regulation.gov.ru/projects#npa=132218>

По данным Счетной палаты, в 2019-2021 гг. дефицит в первичном звене нарастает:

- количество врачей уменьшилось **на 2,6 тыс. чел.**
- количество медицинских сестер **на 4,5 тыс. чел.**
- нормированный страховой запас, предназначенный для ликвидации дефицита кадров, израсходован **только на 15%** (в 2020 г.)

(Отчет о результатах параллельного контрольного мероприятия «Проверка эффективного и целевого использования средств нормированного страхового запаса бюджета ФОМС, предназначенного на цели финансирования расходов медорганизаций на оплату труда медицинского персонала», 29 сентября 2021 г.)

С 2008 по 2020 гг. в РФ численность врачей участковой службы (терапевтов и педиатров) **не выросла**, а фельдшеров в сельской местности **снизилась на 24%** при условии их **огромной перегрузки**



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России

Дефицит медицинских работников в первичном звене приводит к **дополнительным смертям** и **невозможности** выполнения поставленных задач

ДОКАЗАНО, ЧТО ВРАЧ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА **НЕ МОЖЕТ** ПОЛНОЦЕННО ВЫПОЛНЯТЬ СВОИ ФУНКЦИИ, ЕСЛИ ОБСЛУЖИВАЕТ **БОЛЕЕ 1 500 ЧЕЛ.***

Сегодня в РФ по факту приходится:

- на врача-терапевта участкового в **1,6 раза больше** населения, чем по нормативу (1 800 чел. — для города и 1 300 — для села);
- на врача-педиатра участкового в **1,3 раза больше** населения, чем по нормативу (800 чел.)

* A Primary Care Panel Size of 2500 Is neither Accurate nor Reasonable/ M. Raffoul, M. Moore, D. Kamerow, A. Bazemore. — JABFM, July-August 2016. — Vol. 29. — N. 4. — P. 496–499.

Estimating a Reasonable Patient Panel Size for Primary Care Physicians With Team Based Task Delegation / J. Altschuler, D. Margolius, T. Bodenheimer, K. Grumbach. — Annals of family medicine, September-October 2012. — Vol. 10. — N. 5. — P. 396–400.

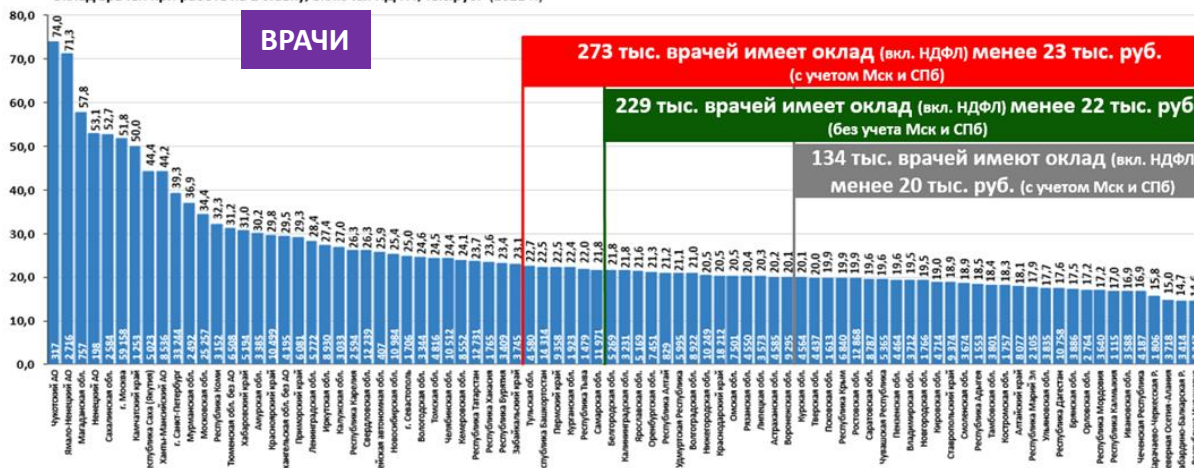
Association of Primary Care Physician Supply With Population Mortality in the United States, 2005–2015 // JAMA. February, 2019. Электронный доступ: <https://ama.silverchair-cdn.com/journals/jamainternalmedicine/newonline>

Доказано, что **миграция** врачей из регионов (стран) с низкой оплатой труда приводит к **росту** смертности и **высоким** экономическим потерям**

** Saluja S, Rudolfson N, Massenburg BB, et al. The impact of physician migration on mortality in low and middle-income countries: an economic modelling study. BMJ Global Health 2020;5:e001535. doi:10.1136/bmjgh-2019-001535

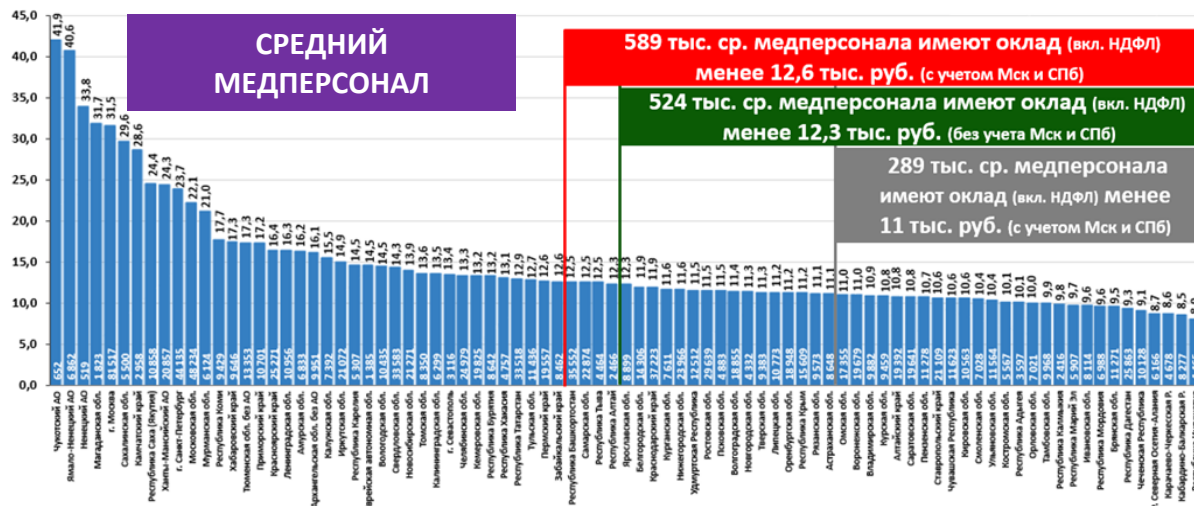
ТО ЕСТЬ ТРУДОВАЯ НАГРУЗКА НА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ НОРМАТИВЫ (СТАВКУ), А ОПЛАТА ТРУДА ДОЛЖНА БЫТЬ СОПОСТАВИМОЙ ПО РЕГИОНАМ

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



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.**

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



Это приводит к их **чрезмерной зависимости** от руководителя учреждения, вынуждает **перерабатывать и мигрировать** в регионы с более высокой оплатой труда

Тримечание: в нижней части столбиков представлена численность среднего медперсонала в регионе

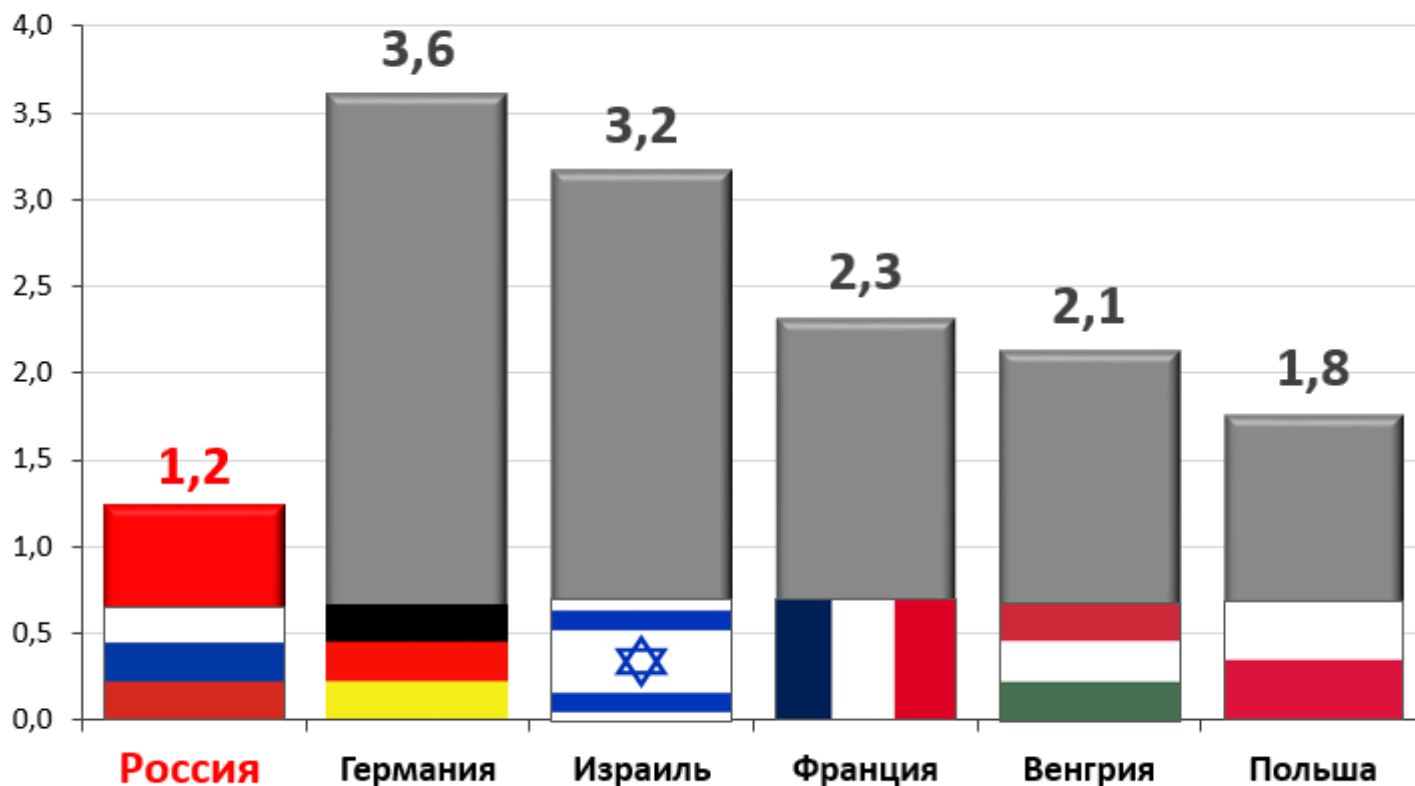
Источник: Росстат, ЦНИИОИЗ Минздрава России, расчет ВШОУЗ

МЫ ЭКОНОМИМ НА ТЕХ, КТО МОЖЕТ СНИЗИТЬ СМЕРТНОСТЬ В СТРАНЕ!

В 2021 г. в РФ отношение среднегодового дохода врача к ВВП на душу населения было в **3 раза ниже**, чем в Германии и в **1,5 раза ниже**, чем в Польше. Это говорит о **несбалансированности** экономики в РФ, и это **допустили экономисты**, а Комитет по охране здоровья ГД долгие годы с этим соглашался!

.....

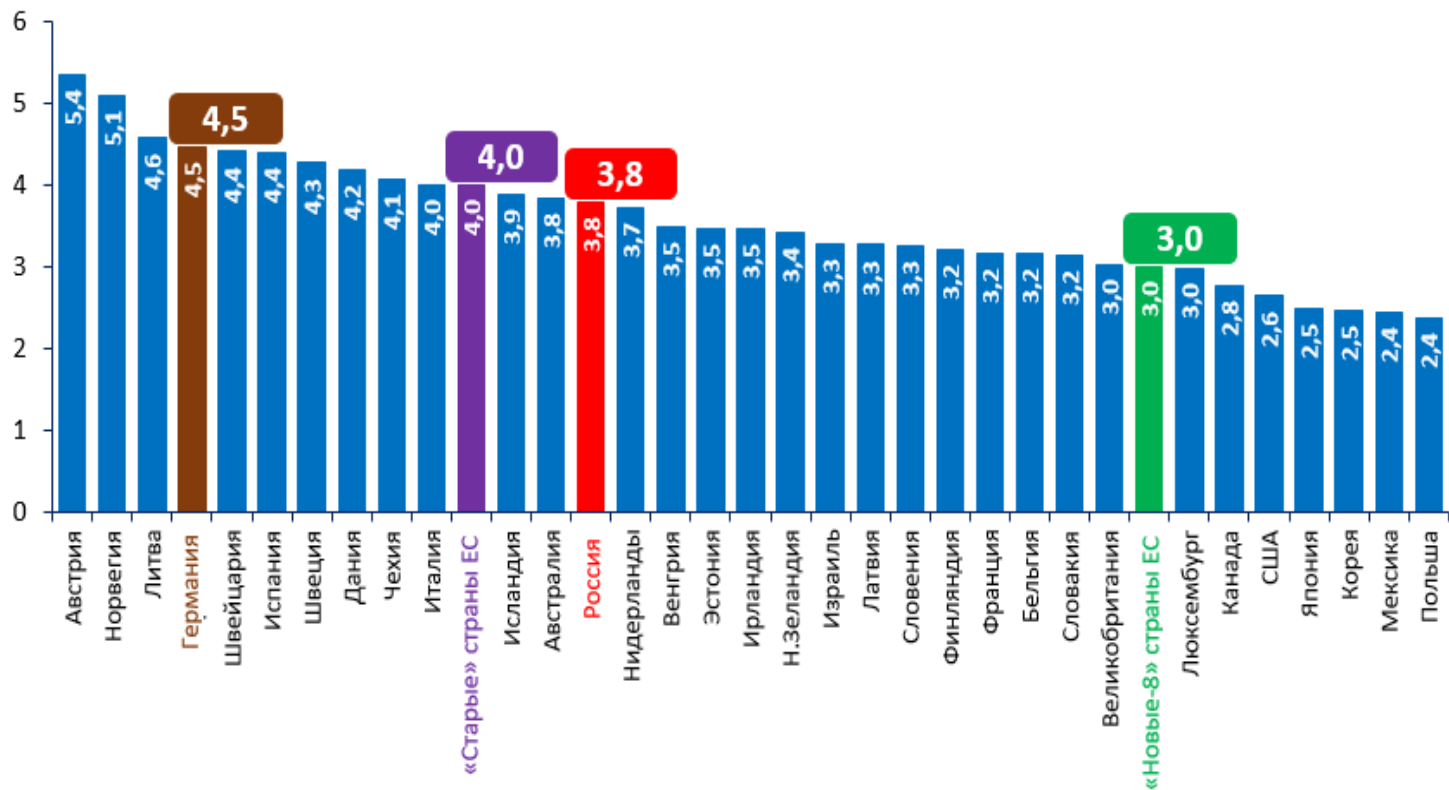
Коэффициент отношения среднегодового дохода врача к ВВП на душу населения
(2021 г. или последний возможный)



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

Дефицит кадров: обеспеченность практикующими врачами в РФ при большем потоке больных и меньшей плотности населения **на 16% ниже**, чем в Германии и **на 5% ниже**, чем в «старых» странах ЕС

Обеспеченность практикующими врачами на 1000 населения
2020 г. (или последний возможный)

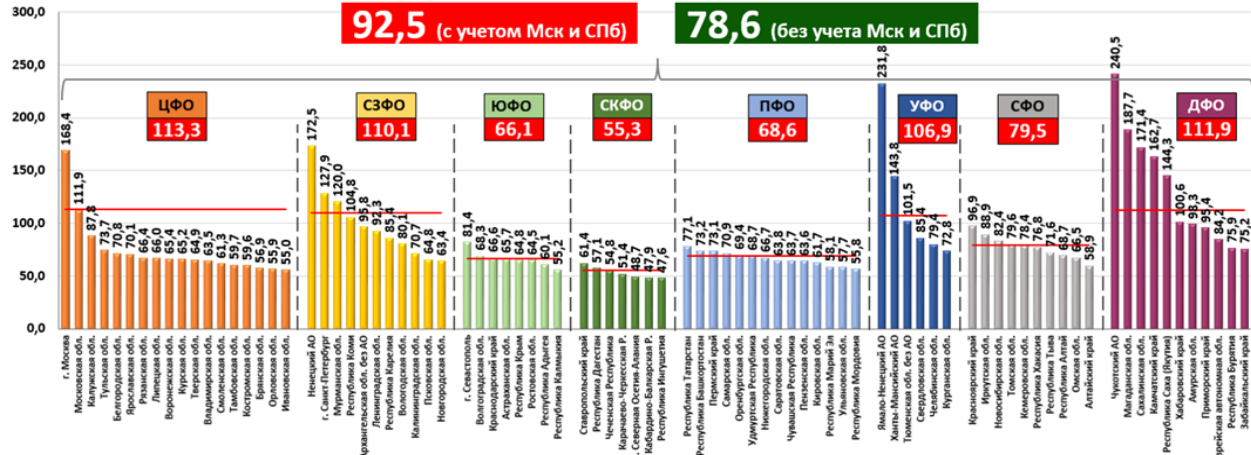


«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словению, Словакию.

Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России; база данных ОЭСР «OECD.Stat». Расчет: ВШОУЗ-КМК.

Среднемесячная начисленная заработная плата врачей, тыс. руб. (2021 г.)

Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата врачей, тыс.руб. (2021 г.)



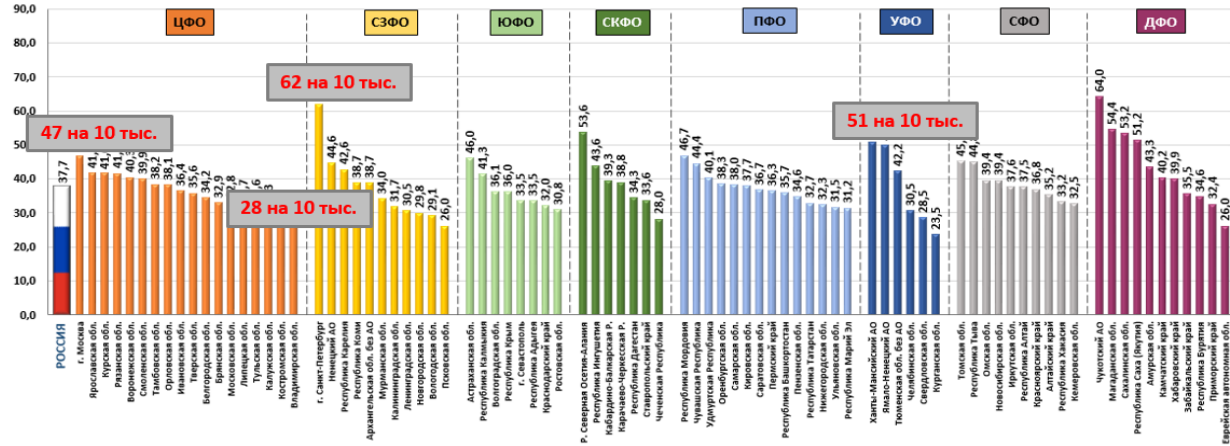
Источник: Росстат, расчет ВШОУЗ

Ситуация усугубляется тем, что оплата труда медицинских работников разнится по регионам в 5 раз.

Как следствие, также разнится обеспеченность ими

Обеспеченность практикующими врачами на 10 тыс. населения в год (2021 г.)

Обеспеченность практикующими врачами на 10 тыс. населения в год (2021 г.)



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России

ТРИ главные причины дефицита кадров в здравоохранении. Первая – длительное недофинансирование из государственных источников. В течение последних 20 лет в РФ госрасходы на здравоохранение в доле ВВП были **в 1,6 раза ниже**, чем в «новых» странах ЕС и **в 2,4 раза ниже**, чем в «старых» странах ЕС

.....

Доля ВВП, %

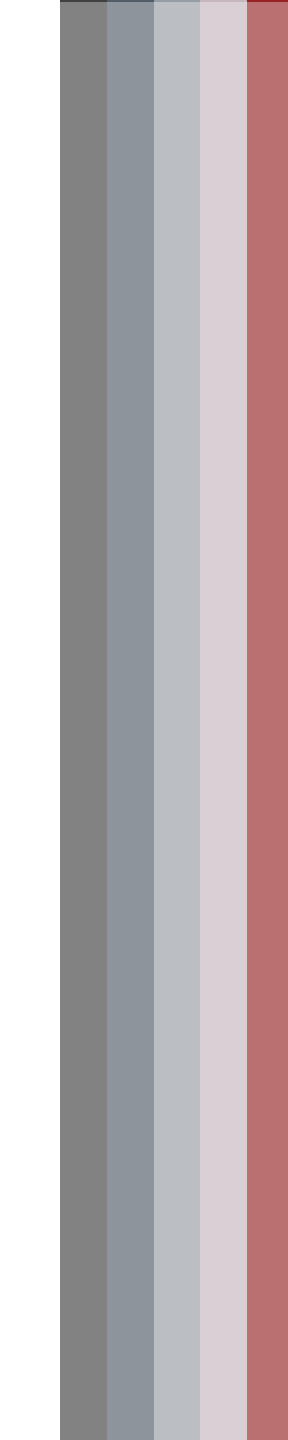


«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
 Источники: Минздрав РФ, Казначейство РФ; база данных ОЭСР «OECD.Stat», расчет ВШОУЗ.

Вторая причина — губительные реформы, инициированные **финансово-экономическим блоком** (НИФИ и Центром политики в здравоохранении ВШЭ). В результате с 2012 по 2018 г. в РФ потоки больных **увеличились**, а мощности и финансирование системы здравоохранения **сократились**. Это привело к **дополнительным смертям** наших людей во время пандемии. **И никто за это не ответил!**

.....

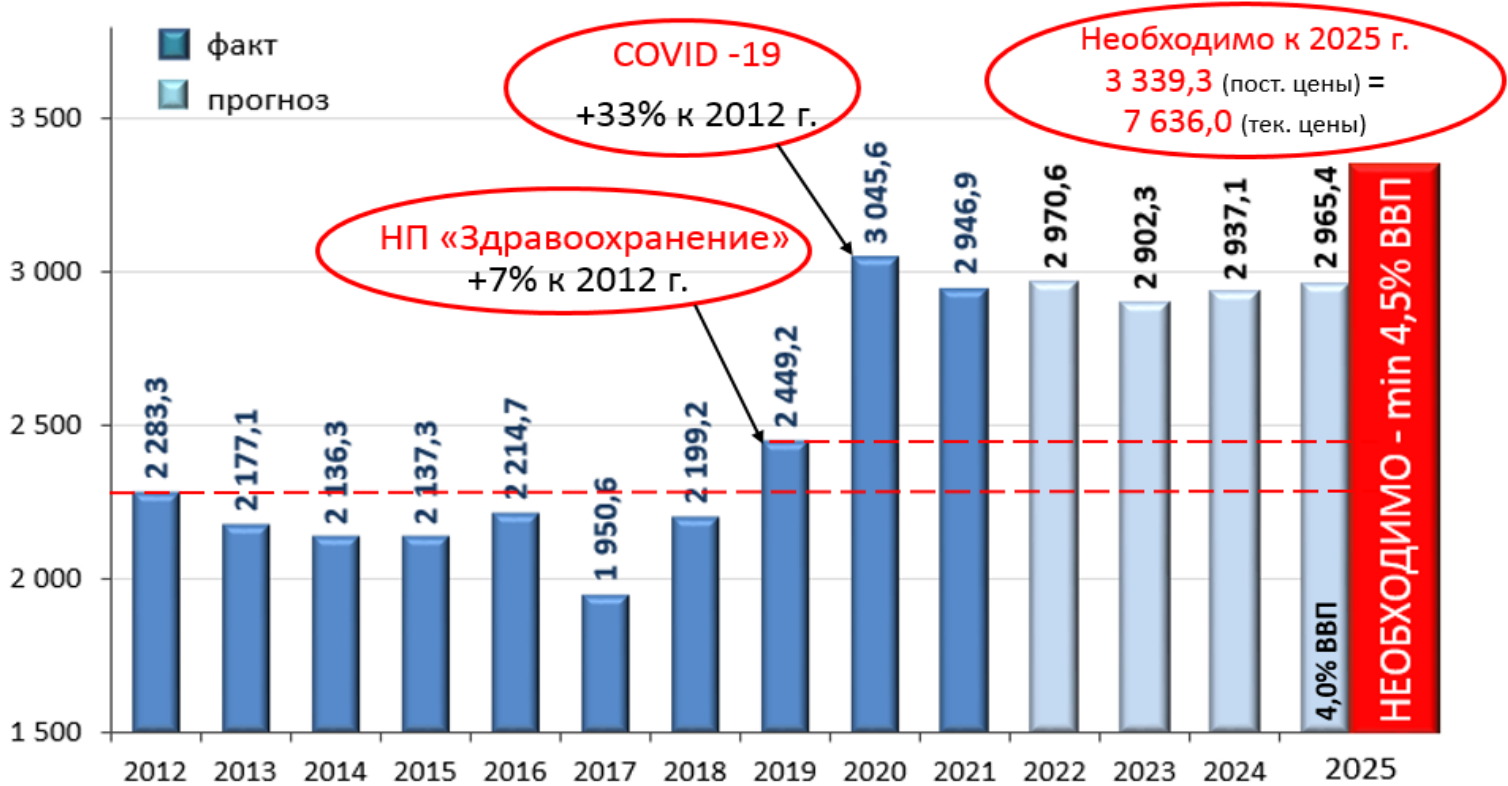




**ТРЕТЬЯ ПРИЧИНА: КРИЗИС ПОНИМАНИЯ
ОБЩЕСТВОМ И ВЛАСТЬЮ НЕОБХОДИМОСТИ
УВЕЛИЧЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО
ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Дополнительные расходы на НП «Здравоохранение» и программу модернизации первичного звена направлены преимущественно на восстановление инфраструктуры отрасли, а в 2020 и 2021 гг. на пандемию. В 2023 г., по сравнению с 2022 г., государственные расходы в реальных ценах снижаются на 2% и далее не растут. То есть кадровую проблему решить будет невозможно

Государственные расходы на здравоохранение в ценах 2012 г., млрд рублей



У здравоохранения **исчерпаны все ресурсы** для снижения смертности. Сначала надо закрыть «провал», а потом думать о других оргмерах. **В 2023 г.** для повышения доступности медпомощи необходимо дополнительно **300 млрд руб.**, до 2026 г. – всего дополнительно **1 трлн руб.** (тогда оно в 2026 г. достигнет минимально необходимо уровня **5,5% ВВП**)

.....

1. Ввести **единый средний оклад** для медицинских работников на всей территории РФ, **как у военных**:
 - врач – **4 МРОТ** (как у выпускников военных училищ); медицинская сестра – **2,5 МРОТ**; младшие медицинские работники – **1,5 МРОТ**;
 - профессорско-преподавательский состав вузов и НИИ – **6-8 МРОТ**; профессорско-преподавательский состав медицинских колледжей – **4-6 МРОТ**.
2. Установить **единую систему** стимулирующих и компенсационных выплат медицинских работников (разработано Профсоюзами) и вернуться к принципам тарифной сетки
3. **Выровнять** оплату труда медицинских работников в регионах до среднего уровня. Для этого в 2023 г. к запланированным Минфином расходам необходимо добавить **финансовые средства + 300 млрд. руб. и далее по 500 млрд. руб.** каждый год к базе предыдущего года. За 4 года, к 2026 г., ФОТ врачей и среднего медперсонала потребует **увеличить в 2 раза**
4. **Создать условия для психологической разгрузки** медицинского персонала, реализовать кампанию по повышению их престижа в обществе, прекращение уголовного преследования
5. Создать условия для повышения квалификации медицинских работников – включить наличие **библиотек бумажных и электронных** в стандарт оснащения медорганизации
6. Перейти на бюджетную модель финансирования здравоохранения (Программы госгарантий) из единого источника и **сметную модель** оплаты медорганизаций
7. Централизовать управление всеми ведомствами по охране здоровья граждан на уровне Минздрава России
8. Обеспечить плотную координацию в деятельности **военной и гражданской медицинских служб**

Источники финансирования для повышения доступности бесплатной медицинской помощи

В РФ самое большое количество долларовых миллиардеров на объем ВВП, они платят **15%** от доходов, а **не 40% и 60%**, как в Европе и США
(расчеты ВШОУЗ на основе данных Росстата, Всемирного банка и Forbes)

В РФ **самый большой** флот частных яхт в мире

В РФ **самые большие** инвестиции в недвижимость за границей

С 2008 по 2021 гг. из РФ официально вывели за границу практически без уплаты налогов **\$900 млрд. США**

В 2022 г. в РФ вывоз капитала за границу **более \$65 млрд.**

И НЕ МОЖЕМ НАЙТИ НЕСЧАСТНЫЕ \$4,5 МЛРД. (~300 млрд руб.) НА СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ В СТРАНЕ?

ПРИОРИТЕТОМ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА ДОЛЖНЫ БЫТЬ НЕ ИНФРАСТРУКТУРНЫЕ ПРОЕКТЫ, А СПАСЕНИЕ ЖИЗНЕЙ РОССИЙСКИХ ЛЮДЕЙ!