



ВЫСШАЯ ШКОЛА  
ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

# Демографическая ситуация в России: проблемы и предложения

Ректор ВШОУЗ, д.м.н.,  
Г.Э. Улумбекова

# Национальные цели указов Президента **НЕ ВЫПОЛНЯЮТСЯ**



## УКАЗ

ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

О национальных целях развития Российской Федерации  
на период до 2030 года

В целях осуществления прорывного развития Российской Федерации, увеличения численности населения страны, повышения уровня жизни граждан, создания комфортных условий для их проживания, а также раскрытия таланта каждого человека постановляю:

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

а) сохранение населения, здоровье и благополучие людей;

б) достижение устойчивого экономического и социального развития;



Президент  
Российской Федерации В.Путин

Москва, Кремль  
21 июля 2020 года  
№ 474

- Обеспечение устойчивого роста численности населения



Происходит естественная **убыль населения - 2,3 млн** с 2020 по 2022 г.

- Повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 г.



**Невозможно** достичь при уровне госфинансирования здравоохранения (4% ВВП)

- Обеспечение темпа роста ВВП выше среднемирового



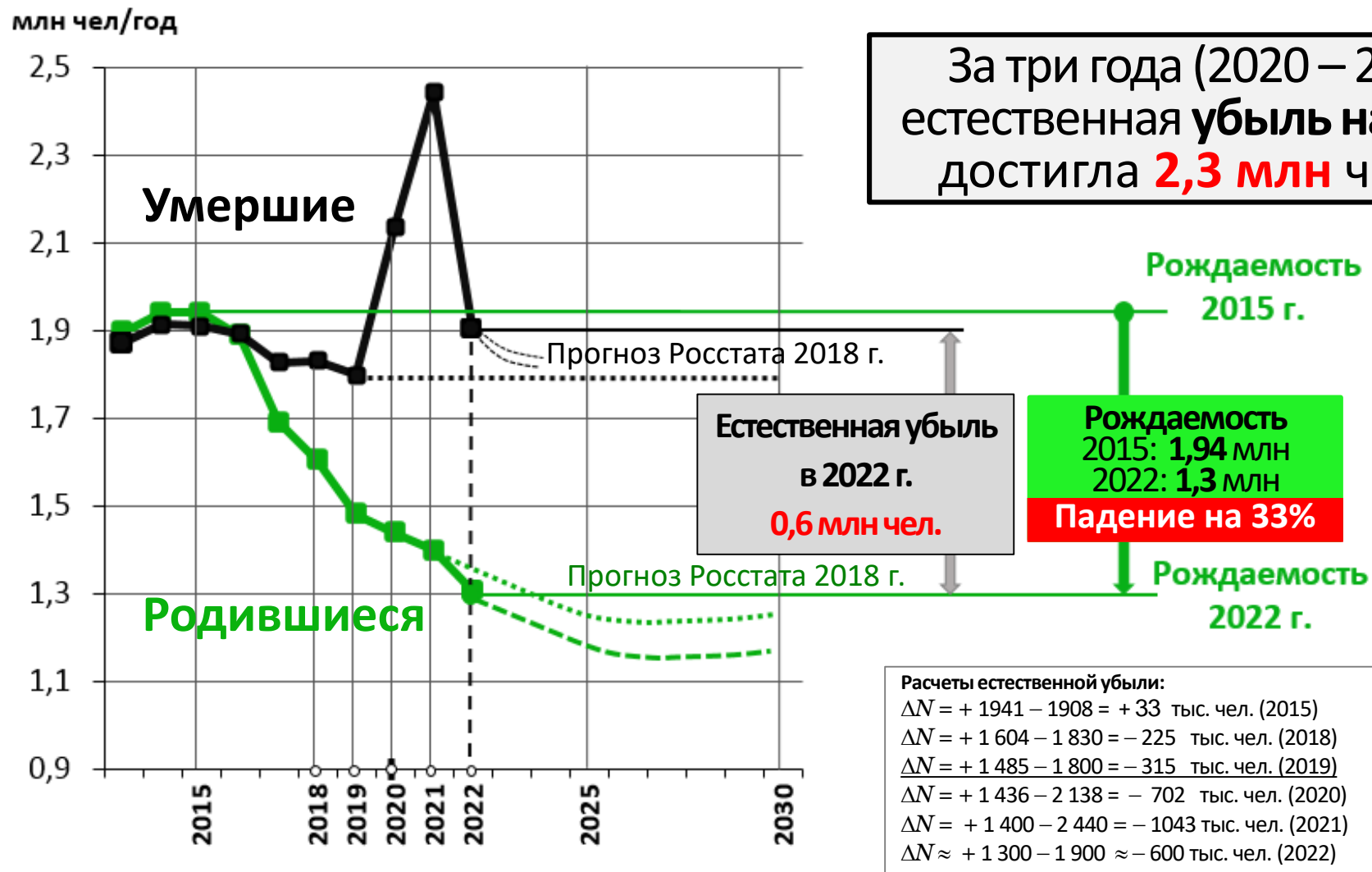
Темп роста ВВП РФ – **1,1%**, общемировой – **2,6%**

- Обеспечение темпа устойчивого роста доходов населения



Реальные доходы населения с 2013 по 2022 г. **сократились на 10%**

С 2020 по 2022 г. в РФ естественная убыль (разница между родившимися и умершими) составила более **2,3 млн человек**. До 2030 г., по прогнозам Росстата, естественная убыль составит в среднем **540 тыс. чел.** в год



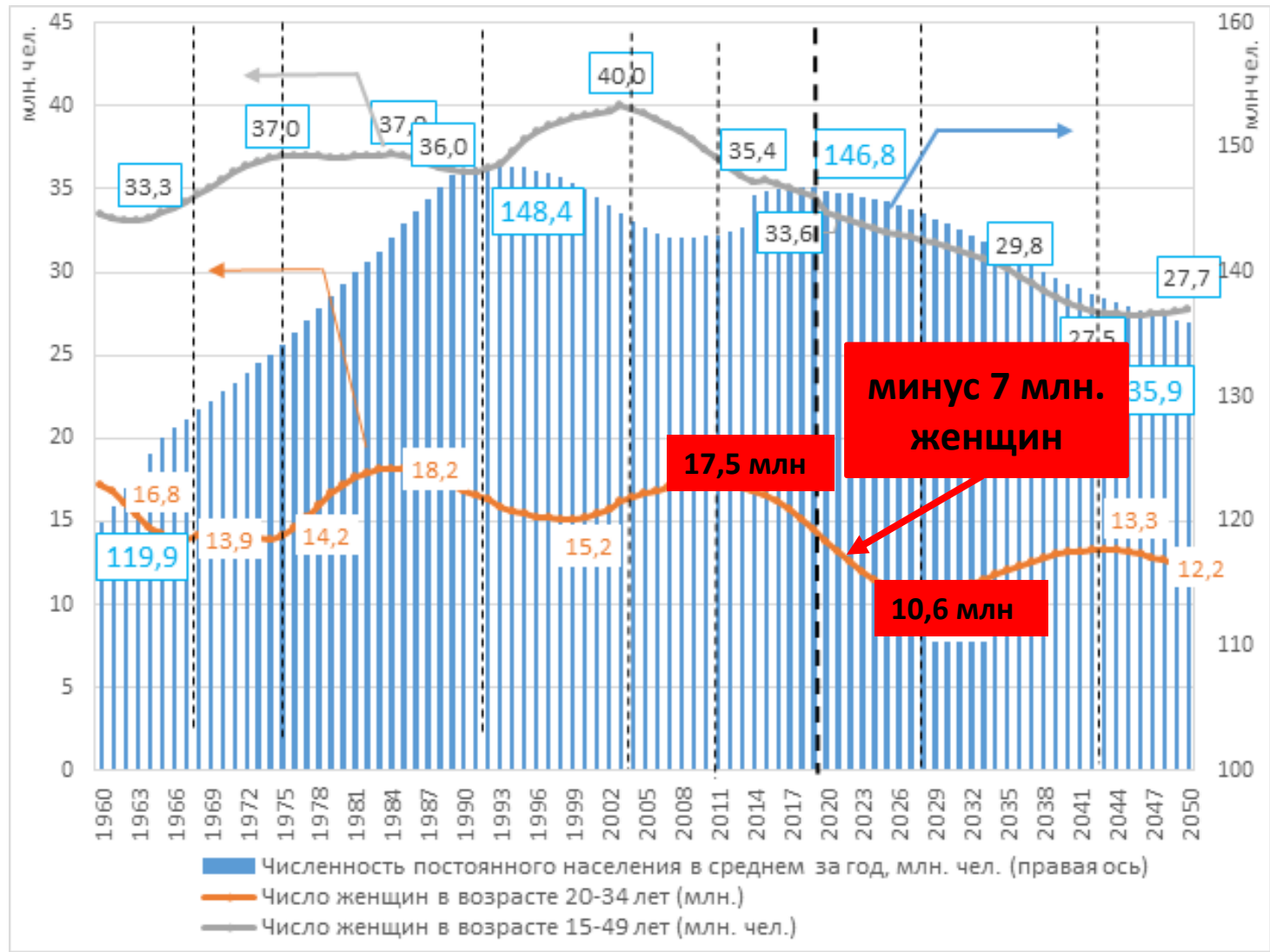
За три года (2020 – 2022 гг.) естественная **убыль населения** достигла **2,3 млн человек**

Естественная убыль в 2022 г. **0,6 млн чел.**

Рождаемость 2015: 1,94 млн  
Рождаемость 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)  
 $\Delta N = +1400 - 2440 = -1040$  тыс. чел. (2021)  
 $\Delta N \approx +1300 - 1900 \approx -600$  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 повлиять **не можем**, потому что девочки и женщины, которые смогут рожать до 2030 г., **уже родились**. Соответственно, для повышения рождаемости необходимы **ЭКСТРАОРДИНАРНЫЕ МЕРЫ**



## В РФ в условиях сокращения числа женщин активного детородного возраста для повышения рождаемости потребуются:

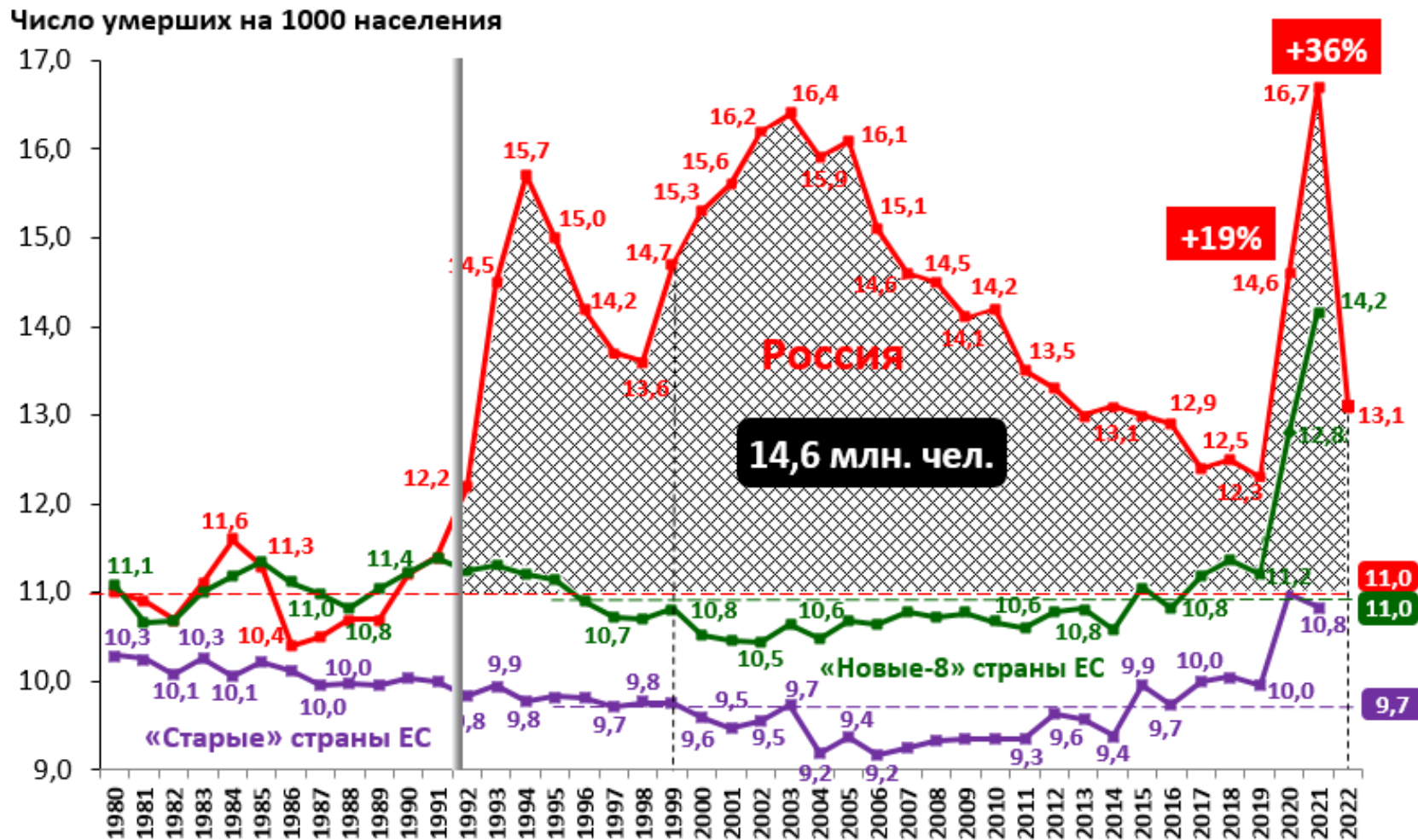
- **удвоение** материнского капитала при рождении второго и последующего детей;
- поддержка семей с детьми от 3 до 7 лет – **доплата ½ медианной зарплаты** в регионе (вне зависимости от статуса нуждаемости);
- создание дружелюбной среды для воспитания детей.

Это потребует дополнительно к 1,8 трлн. руб., затрачиваемых на политику по поддержке рождаемости, **около 1,7 трлн. руб. в год, что как раз составит около 3% ВВП.**

И только при этих условиях у нас есть шанс хоть как-то замедлить темп падения рождаемости. Никакие разнарядки по увеличению рождаемости и снижению числа абортов в регионы **НЕ ПОМОГУТ!**

Тем более А.Г. Силуанов объявил о сокращении бюджетных расходов **на 10%**

Смертность в РФ в 1990 г. была на уровне «новых-8» стран ЕС, а в 2021 г. - на 18% выше, чем у них. За 3 года (2020-2022 гг.) дополнительно, по сравнению с 2019 г., умерли более 1 млн чел. (+21% ежегодно в среднем). В 2022 г. в РФ смертность на 25% выше, чем в РСФСР в 1985 г. и еще не снизилась до уровня 2019 г.



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

Источники: Росстат, Евростат, расчет ВШОУЗ



ОПЖ в РФ зависит **в равной степени от 3-х факторов**, и их влияние отрицательное.  
ЕДИНСТВЕННЫМ ФАКТОРОМ, который быстро может повлиять на снижение смертности  
(соответственно, рост ОПЖ) **ОСТАЕТСЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

---

<b>Реальные доходы населения</b>	С 2013 по 2022 г. сокращение <b>на 10%</b>
<b>Потребление алкоголя</b>	В РФ за последние 10 лет потребление алкоголя снизилось почти в 2 раза, но сегодня оно замедлилось и пока <b>в 2 и 3 раза выше</b> , чем, например, в Китае и Израиле (чистый спирт на душу населения старше 15 лет, соответственно, 9,0; 4,5 и 3 л.)
<b>Здравоохранение</b>	<b>НЕТ РЕЗЕРВОВ:</b> Снижение численности медицинских работников и высокий уровень их выгорания <b>(70-80%)</b>

**ТО ЕСТЬ НЕОБХОДИМО ИЗМЕНИТЬ ВОЗДЕЙСТВИЕ ВСЕХ ГЛАВНЫХ ФАКТОРОВ НА ОПЖ**

## НЕТ РЕЗЕРВОВ ИЗ-ЗА КОВИДА И БЕЗДАРНЫХ РЕФОРМ

В 2012 г. по инициативе НИФИ при Минфине России, Минэкономразвития России, НИУ «Высшая школа экономики» и РАНХиГС был подготовлен «Отчет по повышению эффективности бюджетных расходов», в том числе в сфере здравоохранения - **«ОПТИМИЗАЦИЯ»**.....

В результате с 2012 по 2018 г.:

- 1) Государственное финансирование **сократилось на 4%** в ценах 2012 г.
- 2) Количество врачей **сократилось на 46 тыс.**
- 3) Количество стационарных коек **сократилось на 160 тыс.**

**ЭТО СТОИЛО НАМ 180 ТЫС. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СМЕРТЕЙ ВО ВРЕМЯ  
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ!**

**ПОЧЕМУ ЗА ЭТО ДО СИХ ПОР НИКТО НЕ ПОНЕС ОТВЕТСТВЕННОСТИ:**

авторы (Назаров, Шейман, Шишкин), вице-премьер по социальным вопросам (Голодец О.),  
председатель Комитета Госдумы по охране здоровья (Морозов Д.)

Действующие Комитеты Госдумы по охране здоровья и бюджету не понимают сути и  
продолжают политику «голодного пайка» для здравоохранения



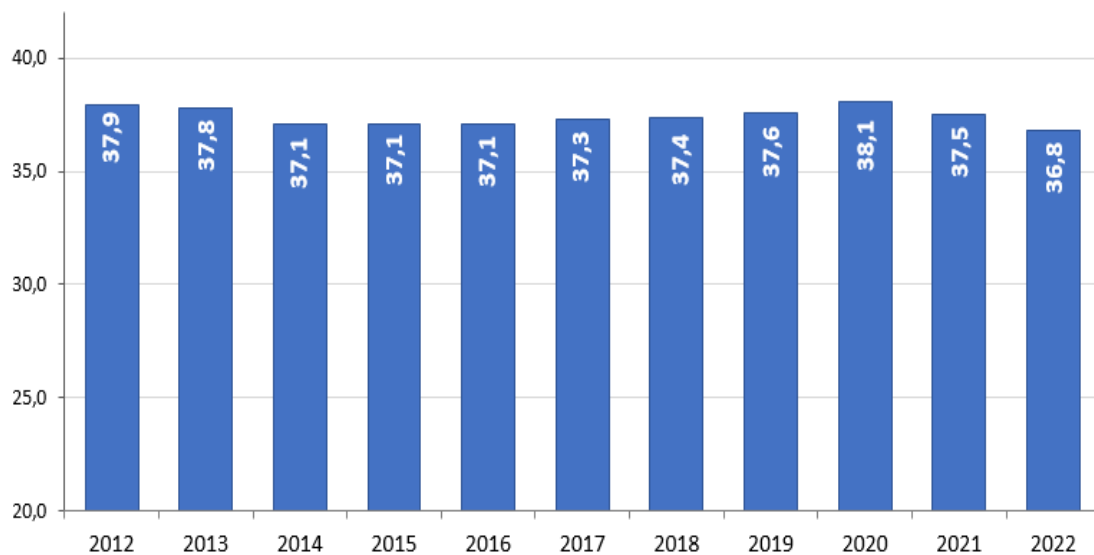
# ПРОБЛЕМА №1: ДЕФИЦИТ КАДРОВ

Обеспеченность практикующими врачами в РФ **НЕ РАСТЕТ** и при большем потоке больных и меньшей плотности населения **НИЖЕ**, чем в большинстве развитых стран.

И мы не решим эту проблему увеличением приема студентов в вузы, так как будет страдать качество подготовки

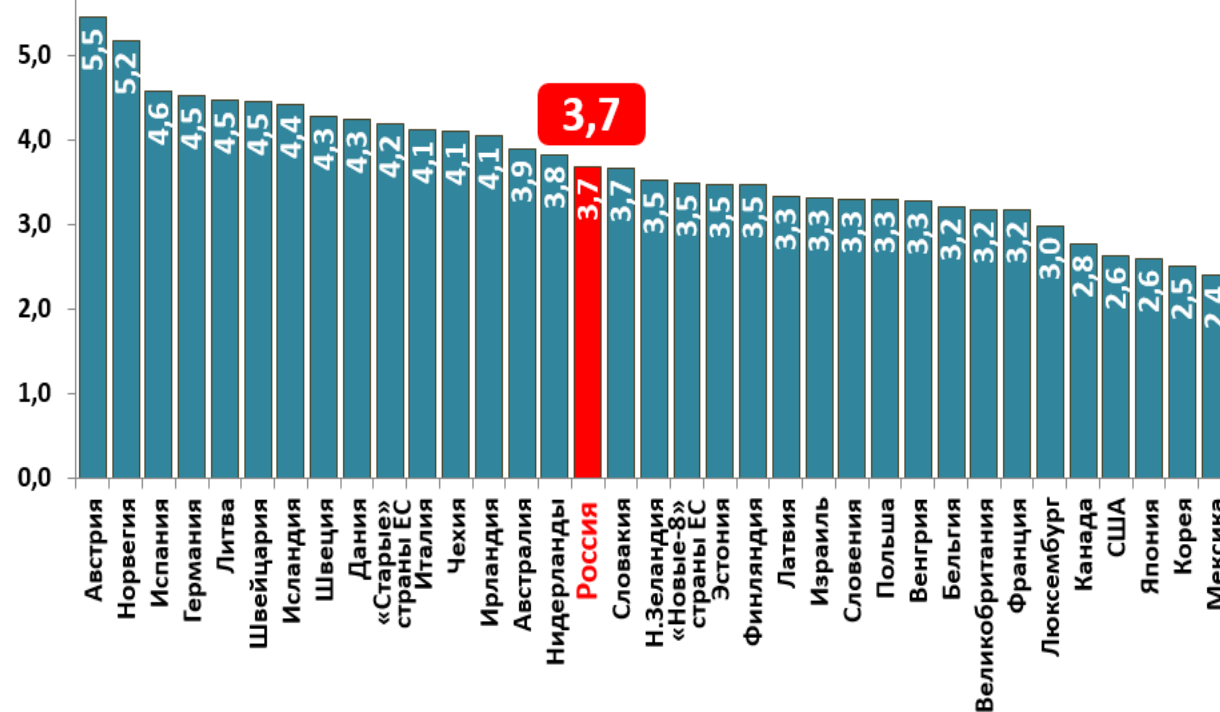
$\Delta 2022/2012$   
**-3%**

Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России

Обеспеченность практикующими врачами на 1000 населения, (2022 г. или последний возможный)

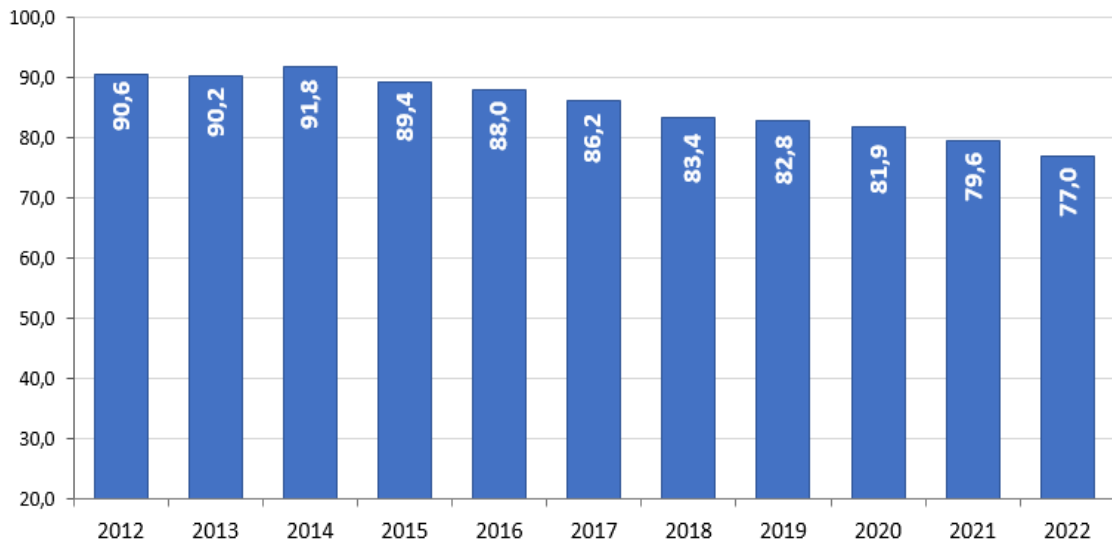


«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.  
Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России; база данных ОЭСР «OECD.Stat», расчет ВШОУЗ.

Обеспеченность средним медицинским персоналом в РФ **СОКРАЩАЕТСЯ** и одна из **САМЫХ НИЗКИХ**, по сравнению с развитыми странами. Сокращать сроки подготовки студентов и не повышать квалификацию преподавателей чревато снижением качества специалистов

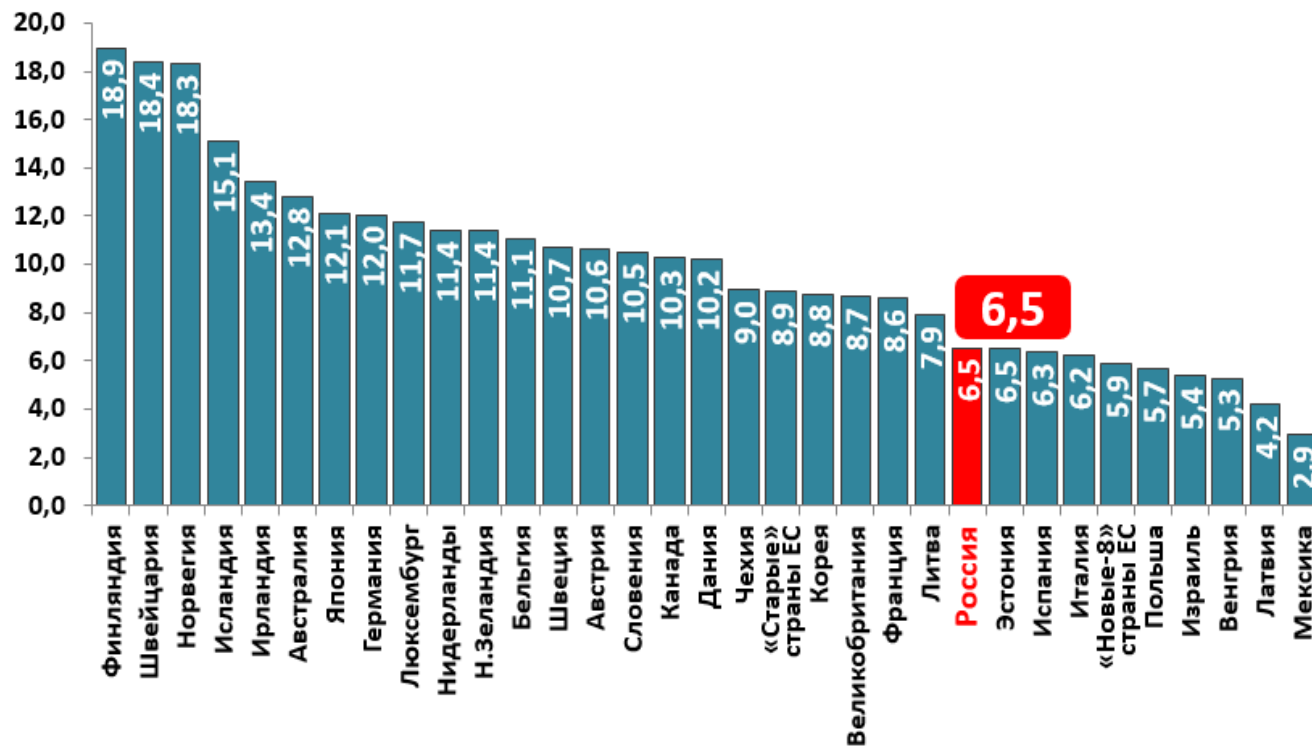
$\Delta 2022/2012$   
-15%

Обеспеченность средним медицинским персоналом на 10 тыс. населения



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России

Обеспеченность средним медицинским персоналом, имеющим прямой контакт с пациентами на 1000 населения (2022 г. или последний возможный)

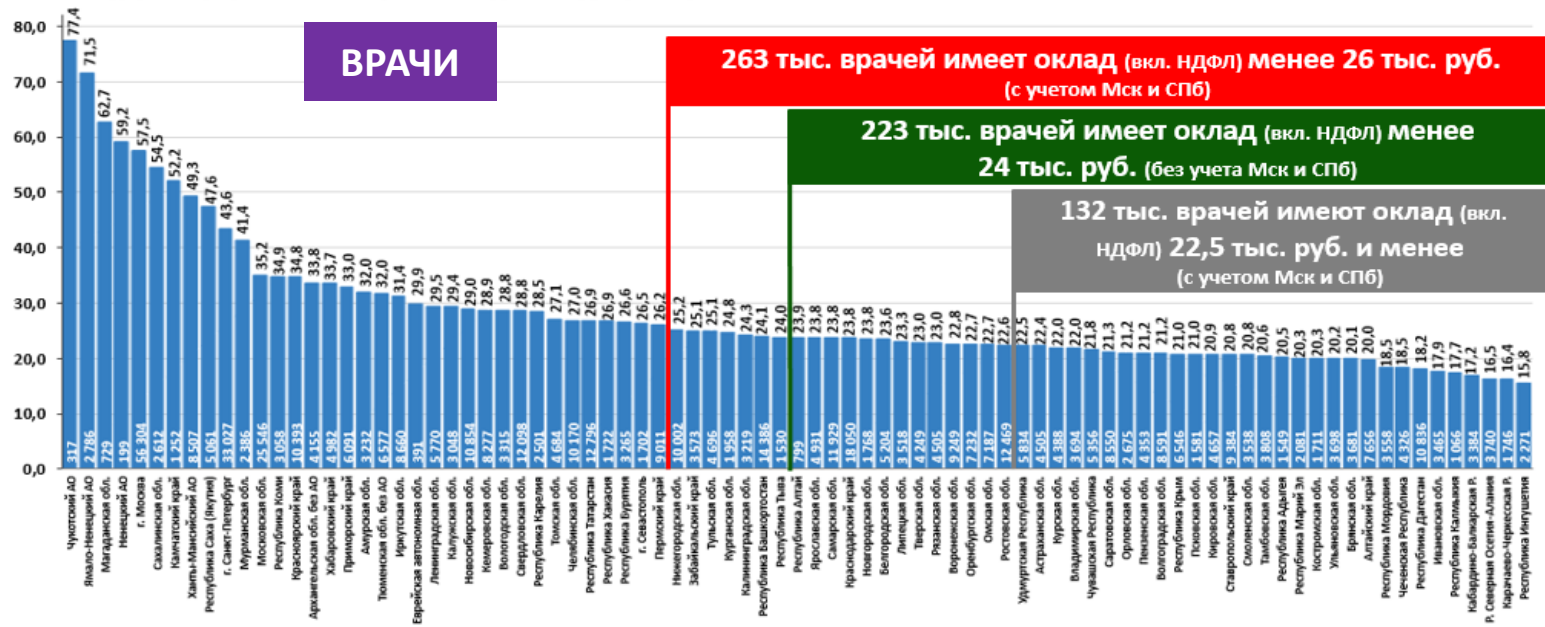


«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.

Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России; база данных ОЭСР «OECD.Stat», расчет ВШОУЗ.

Примечание: для сопоставимости в расчет показателя по РФ вкл. медицинские сестры, сестринское дело (бакалавриат), рентгенолаборанты, фельдшеры, фельдшеры-наркологи

Оклад врачей при работе на 1 ставку, включая НДФЛ, тыс.руб. (2022 г.)



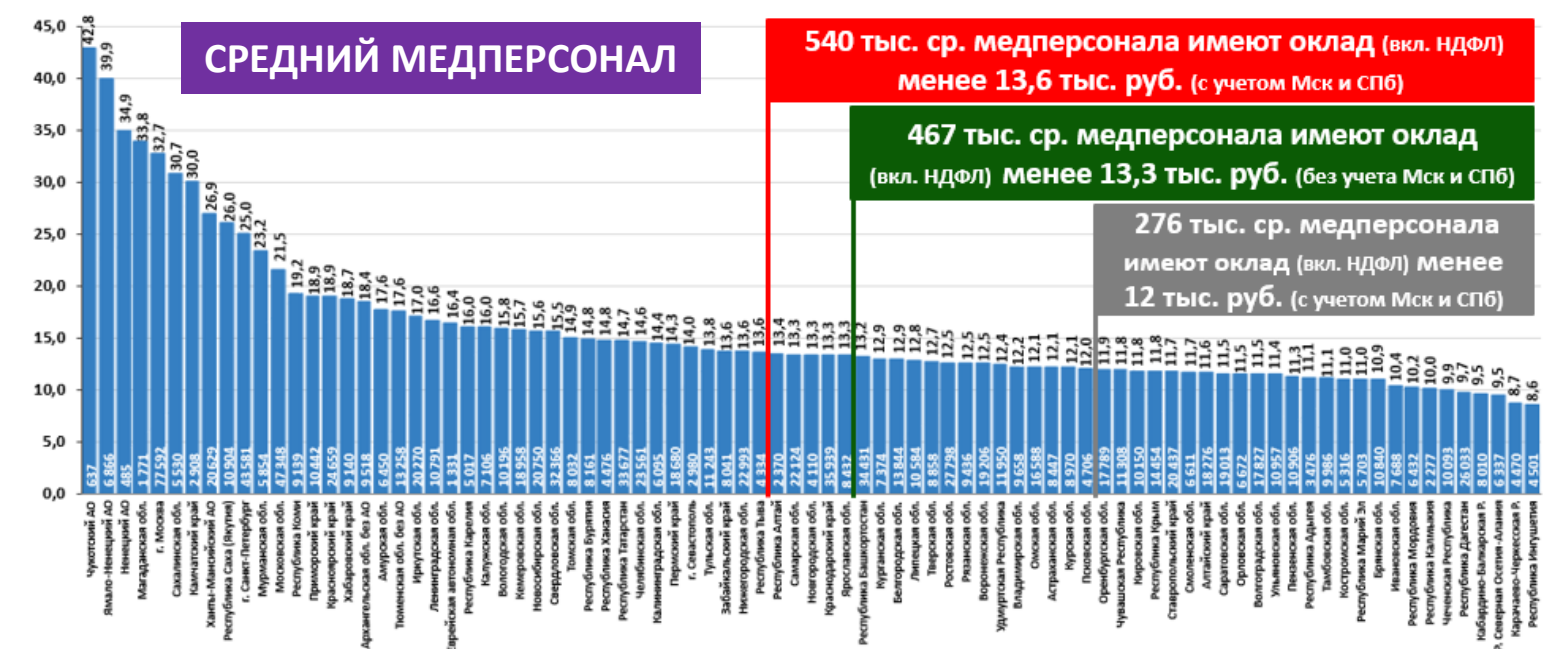
Примечание: в нижней части столбиков представлена численность врачей в регионе

Источник: Росстат, ЦНИИОИЗ Минздрава России, расчет ВШОУЗ

Главная причина дефицита кадров – НИЗКАЯ ОПЛАТА ТРУДА!

В 2022 г. в РФ гарантированный оклад (тарифная ставка) у половины врачей составлял **менее 26 тыс. руб.**, а у среднего медперсонала – **менее 13,6 тыс. руб.**

Оклад среднего медицинского персонала при работе на 1 ставку, включая НДФЛ (13%), тыс.руб. (2022 г.)



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

Источник: Росстат, ЦНИИОИЗ Минздрава России, расчет ВШОУЗ

НИКАКИЕ ПОЛУМЕРЫ НЕ ПОМОГУТ!

## ПРОБЛЕМА №2: НЕДОСТАТОЧНАЯ КВАЛИФИКАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Итоги экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС - **дефекты в 25%** случаев, в Москве с первого раза не сдают экзамен **более 20% кандидатов**. Многочисленные жалобы пациентов привели к тому, что в Следственном комитете организован отдел медицинских экспертиз и ежегодно более **170 уголовных дел** над врачами доводится до суда

### ПРИЧИНЫ

- Низкая оплата труда и высокие трудовые нагрузки у педагогических работников. Сегодня в РФ оплата труда преподавателей в медицинских вузах равна оплате практикующих врачей и в сопоставимых показателях **в 2,5 раза ниже**, чем в советское время.
- Недостаточная продолжительность подготовки медицинских кадров для допуска к практической деятельности. В РФ, по сравнению с большинством развитых стран, **отсутствует интернатура**; допуск к практической деятельности в первичном звене осуществляется непосредственно после окончания вуза, тогда как в развитых странах после прохождения минимум 2-х лет ординатуры, кроме того у нас **самая короткая ординатура (2 года)**.
- Неудовлетворительное информационно-методическое обеспечение образовательного процесса. В РФ обеспеченность медицинских вузов Минздрава России учебными ресурсами (печатные и электронные издания) составляет **900 руб. на студента в год**, что **в 2,5 раза ниже**, чем аналогичное обеспечение у школьников старших классов и **в 18 раз ниже**, чем в университетских библиотеках развитых стран (в сопоставимых показателях).
- Низкая оплата практикующих врачей в сочетании с высокой трудовой нагрузкой приводят к их выгоранию и дефициту свободного времени на полноценное повышение квалификации.
- В большинстве медицинских организаций **нет профессиональных библиотек**

# НЕ надо придумывать **ГЛУПОСТИ** и заниматься **АНТИНАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ**

В феврале 2023 г. были внесены изменения в «Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения» в системе ОМС в части стимулирующих выплат по показателям результативности для первичного звена. ЦНИИОИЗ считает, что это повысит качество и доступность медицинской помощи! На самом деле – это **ВРЕДНО для системы здравоохранения.**

1. Уменьшится и без того невысокая оплата труда медицинского персонала первичного звена, что усугубит имеющийся там дефицит кадров, а значит, и доступность медицинской помощи, так как бюджет медорганизаций первичного звена будет **урезан на 10%, а** получение их обратно привязано к **недостижимым** результатам.
2. Показатели установлены **НЕВЕРНО** и в ситуации дефицита кадров в первичном звене **НЕДОСТИЖИМЫ**. Например, чтобы достичь показателя «Смертность прикрепленного населения в возрасте от 30 до 69 лет за период (без учета внешних причин)», смертность должна снижаться **каждый год на 10%!!!** Этого достичь невозможно, так как за прошедшие 29 лет (1990-2019 гг.) смертность населения в трудоспособном возрасте (без учета внешних причин) не только не снизилась, **но и возросла на 7%.**
3. В-третьих, доказано, что стимулирующие выплаты медицинскому персоналу для его мотивации к повышению качества медпомощи **НЕЭФЕКТИВНЫ и НЕ ПОВЫШАЮТ КАЧЕСТВО** медпомощи.
4. В-четвертых, введение стимулирующих выплат увеличит и без того раздутый в первичном звене документооборот. Сегодня учет посещений уже и так ведется **по 16 подвидам**, а это дополнительная ненужная работа, которая ляжет на плечи врачей.

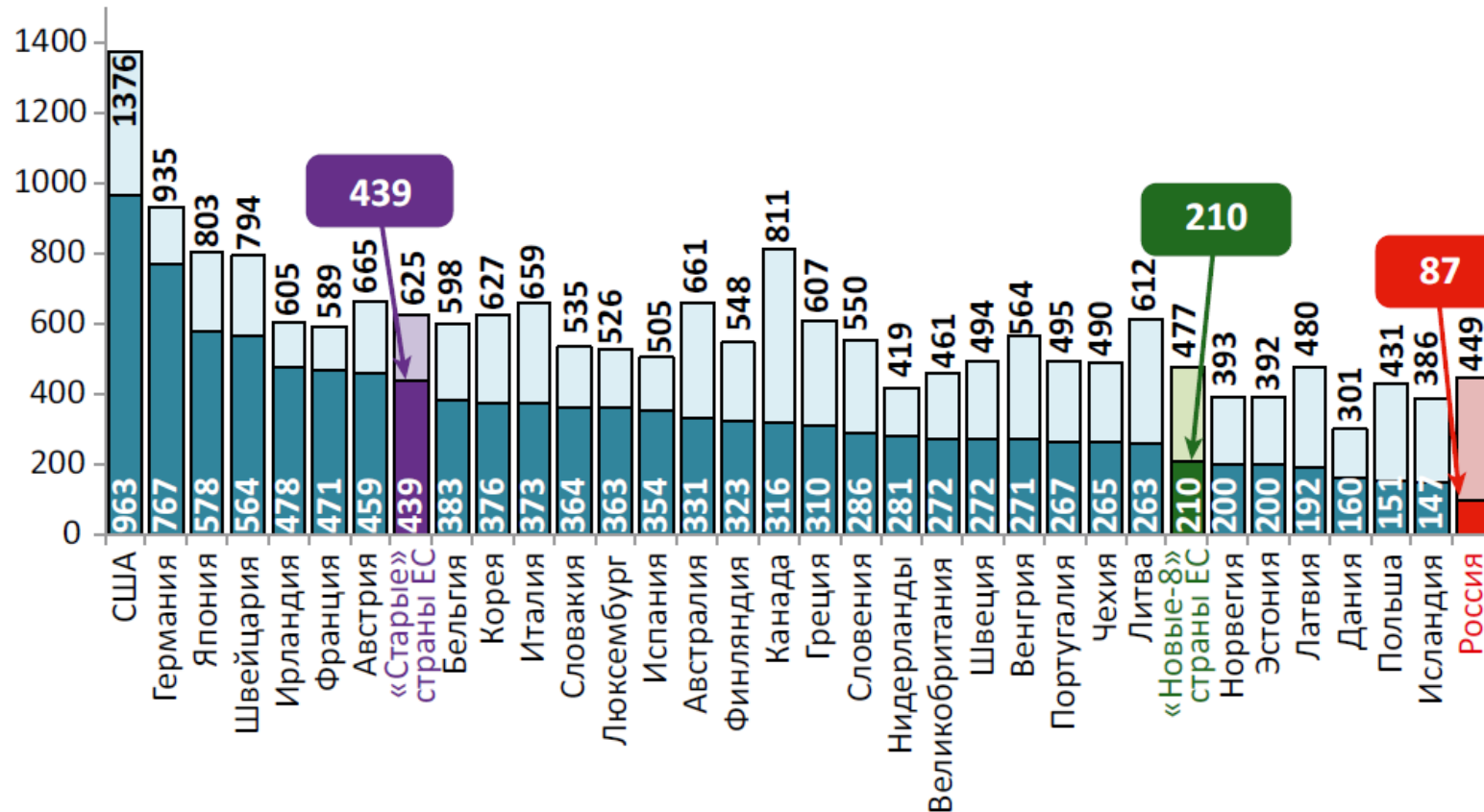


# ПРОБЛЕМА №3: НИЗКАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ЛЕКАРСТВАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

В 2021 г. в РФ обеспеченность лекарствами в амбулаторных условиях была **в 2,4 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС и **в 5 раз ниже**, чем в «старых» странах ЕС. В РФ их получают только **отдельные категории** граждан, имеющие инвалидность, а в развитых странах – **все**, кому врач выписал рецепт

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

Общие расходы, в том числе государственные



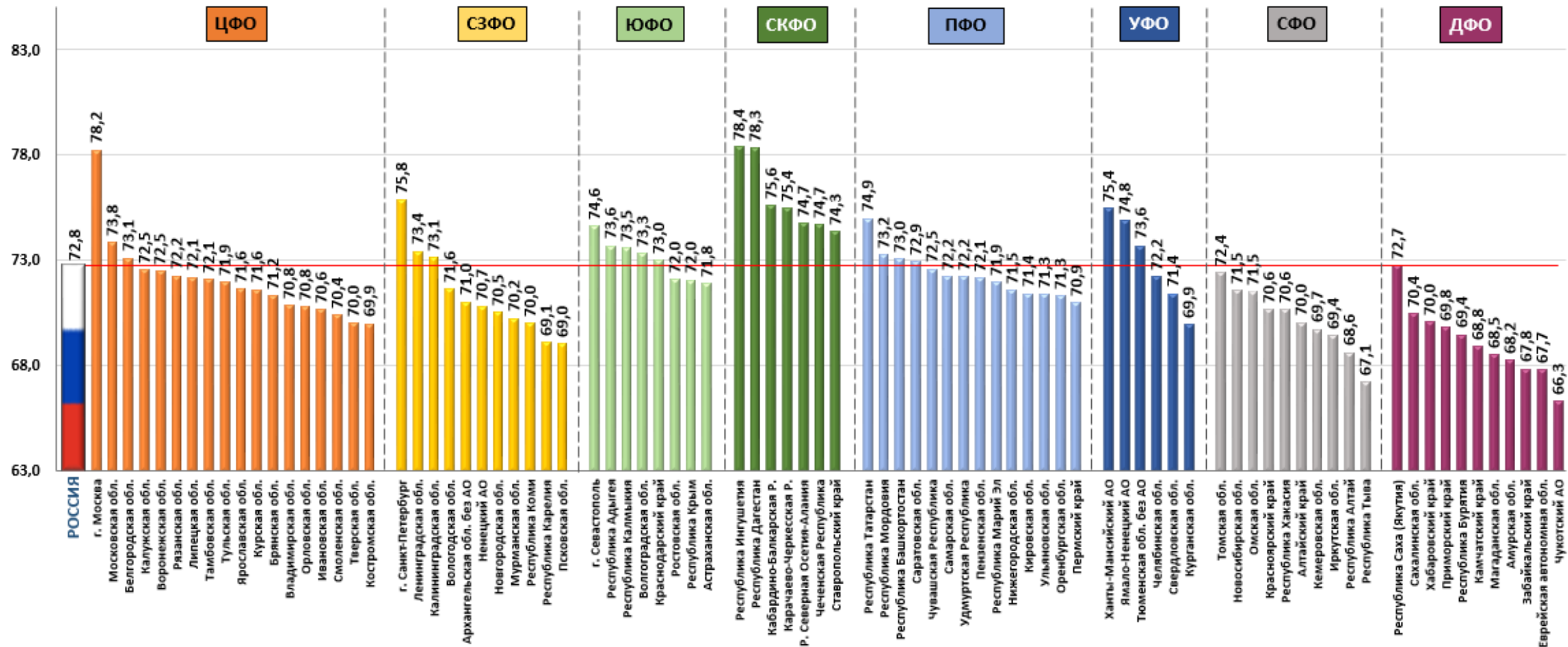
«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.

Источники: Росстат, Health at a Glance (2021 г.), расчет ВШОУЗ.

# ПРОБЛЕМА №4: НЕРАВЕНСТВО В РЕГИОНАХ. ГДЕ СПРАВЕДЛИВОСТЬ?

В 2022 г. в РФ самый высокий показатель ОПЖ (искл. Ингушетия и Дагестан) сложился в Москве – **78,2 года**, что почти на **12 лет выше**, чем в Чукотском АО (66,3 года) и **на 8 лет и более выше**, чем в Иркутской, Кемеровской, Псковской и Тверской областях.....

Ожидаемая продолжительность жизни, число лет (2022 г.)

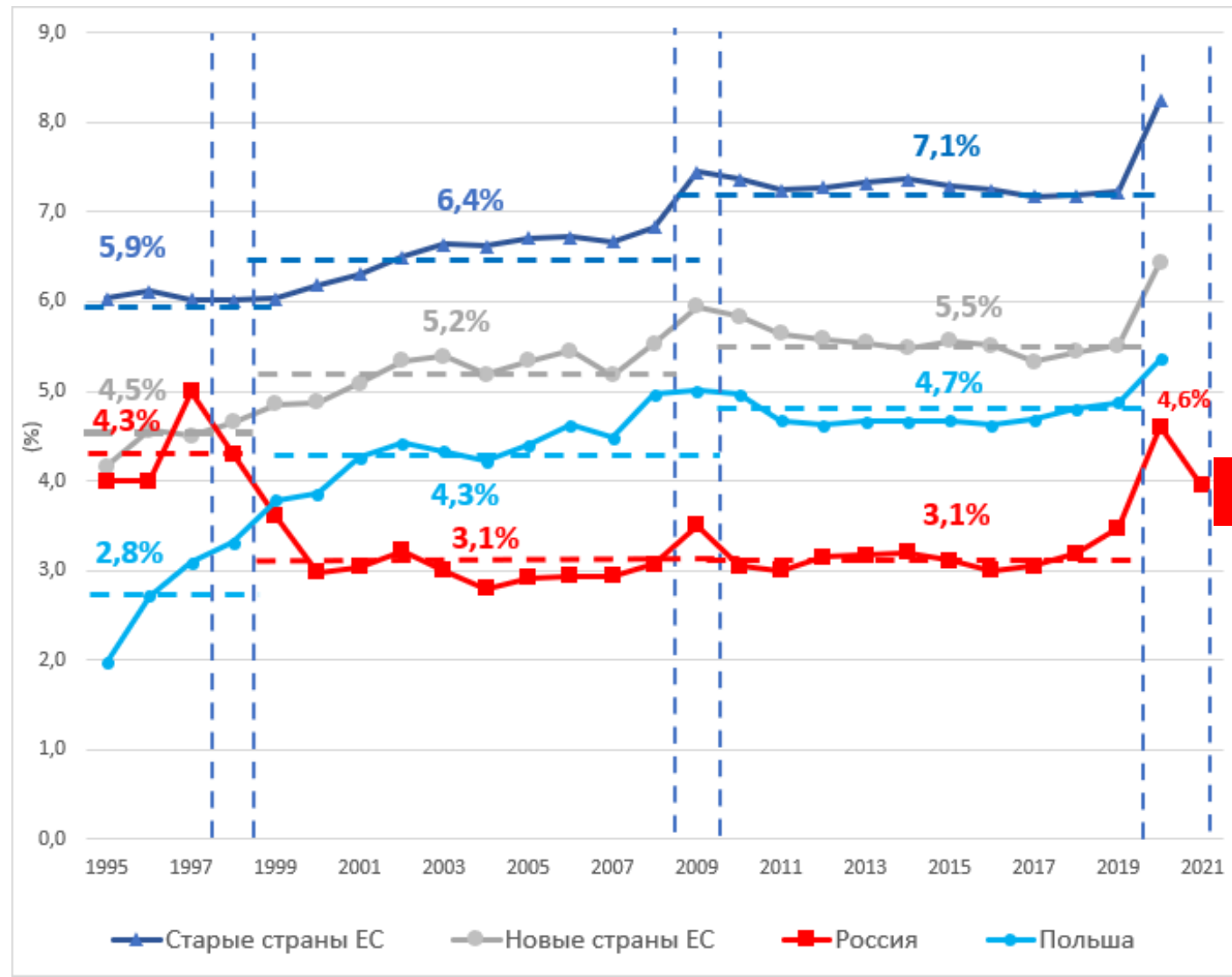


Источник: Росстат



**ГЛАВНАЯ ПРОБЛЕМА – НЕДОФИНАСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОСУДАРСТВОМ.** В РФ оно в **ДОЛЕ ВВП на 35% ниже,** чем в «новых-8» странах ЕС и **в 2,3 раза ниже,** чем в «старых» странах ЕС.

Без соблюдения норматива финансирования госрасходов - **min 5% ВВП** - мы **НЕ СМОЖЕМ** дальше увеличивать доступность медицинской помощи и снижать смертность. Ситуация усложняется запутанной системой финансирования здравоохранения с множеством противотоков между бюджетами



**Чтобы решить проблему с повышением доступности медицинской помощи, необходимо решить проблему дефицита медицинских кадров. ДРУГОГО ПУТИ НЕТ!** Для привлечения дополнительных кадров и увеличения оплаты их труда необходимо дополнительное государственное финансирование здравоохранения. Госрасходы на здравоохранение должны поэтапно (за 2-3 года) возрасти **с 4% до 5% ВВП, то есть дополнительно на 1,5 трлн. руб. ежегодно в ценах 2022!**

.....

**1. Задача: повышение оплаты труда медицинских работников и выравнивание ее по субъектам РФ, базовый оклад по стране должен составлять:**

- врач – **4 МРОТ**;
- медицинская сестра – **2 МРОТ**;
- профессорско-преподавательский состав вузов и НИИ – **5-8 МРОТ**;
- профессорско-преподавательский состав медицинских колледжей – **4-6 МРОТ**

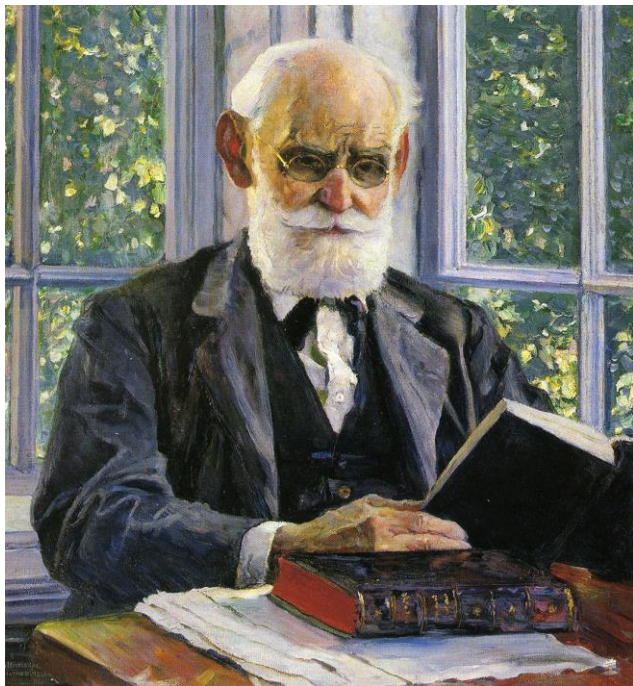
**2. Задача: создание системы всеобщего лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях. Для этого потребуется минимум **250 млрд руб.** (+ 60% к уровню госрасходов 2021 г.)**

**3. Задача: обеспечение равнодоступности медицинской помощи в субъектах РФ и **плотное взаимодействие между гражданской и военными службами.**** Для этого потребуются: отход от рыночной системы ОМС, централизация управления здравоохранением в федеральном Минздраве с формированием единых подходов в оплате труда медицинских работников и других статей расходов государственных медицинских организаций в регионах. Как в военной медслужбе, переход на систему бюджетного финансирования и компенсацию затрат медорганизаций **по смете**

**4. Задача: разработка и реализация комплексной межведомственной программы по охране здоровья граждан на уровне Правительства РФ с целью дальнейшего снижения потребления алкоголя **на 45%** и распространенности потребления табака **в 2 раза****

## ДЛЯ СВЕДЕНИЯ ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО БЛОКА ПРАВИТЕЛЬСТВА:

вместо сокращения бюджета надо **пополнять** его через **прогрессивную шкалу налогообложения**, как во всех развитых странах. Эти средства надо вкладывать в увеличение рождаемости и снижение смертности. На каждый дополнительно вложенный в здравоохранение рубль через развитие других отраслей экономики эффект составит **+ 6 руб.**



*«У нас должна быть одна потребность, одна обязанность - охранять единственно нам оставшееся достоинство: смотреть на самих себя и окружающее без самообмана»*

**Иван Петрович Павлов (1849 - 1936 г.)**

— выдающийся русский и советский учёный, физиолог, создатель науки о высшей нервной деятельности, лауреат Нобелевской премии

И.П. Павлов, лекции, 1918 г.