

# Медико-демографические показатели и деятельность здравоохранения России, Республики Беларусь и отдельных стран

Ректор ВШОУЗ, д.м.н.,  
МВА Гарвардского университета **Г.Э. Улумбекова**

# Численность населения (млн человек), 2022 г.

---

**Россия**



**146,7**

**Беларусь**



**9,2**

**Польша**



**37,6**

**Турция**



**84,7**

**Казахстан**

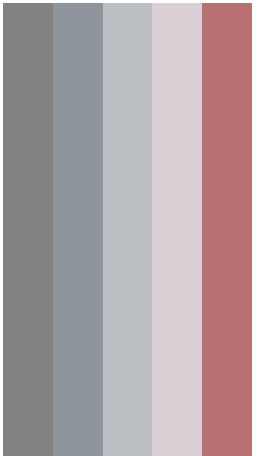


**19,6**

**«Новые-8» страны ЕС**



**«Старые» страны ЕС**

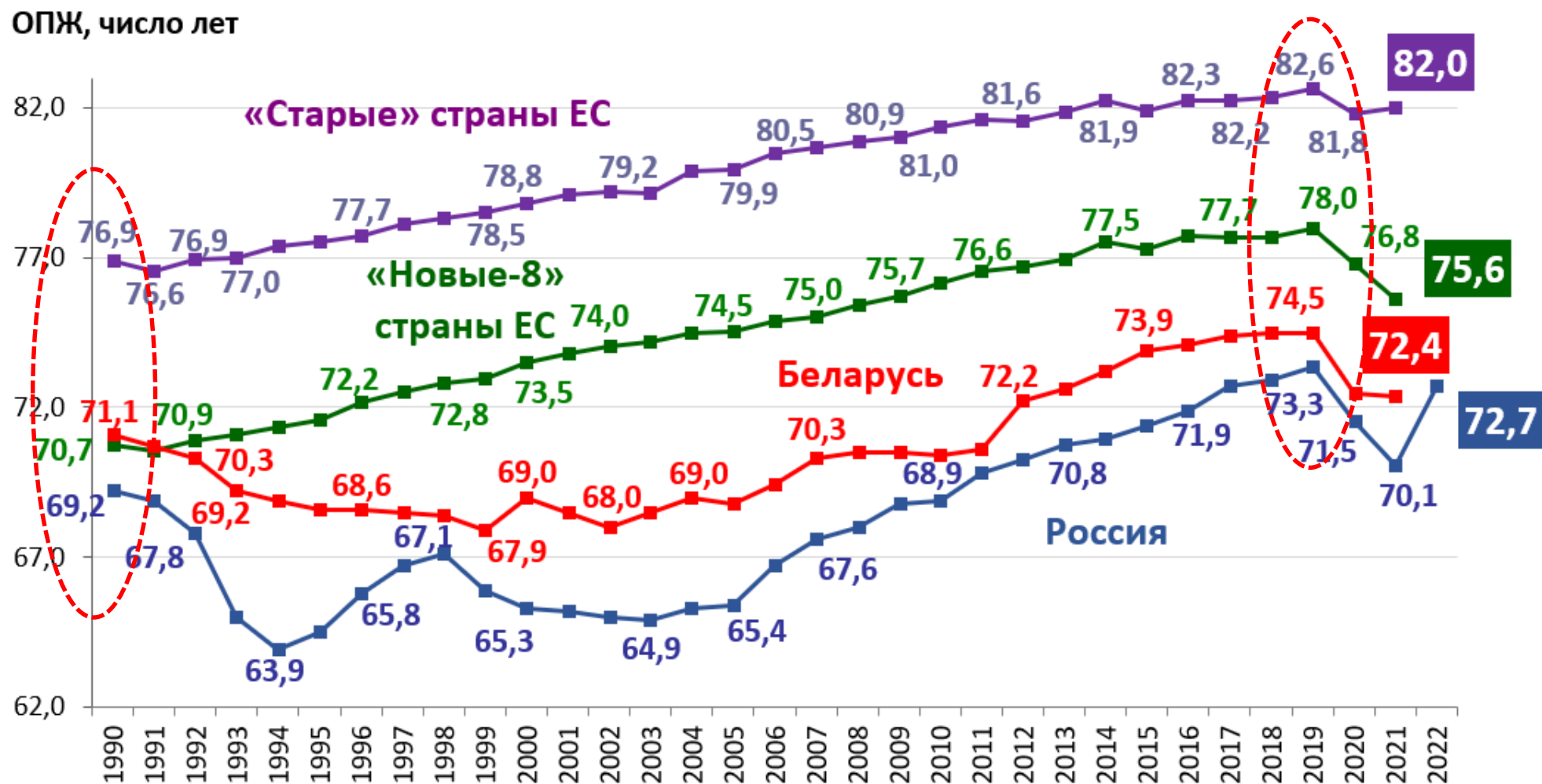


**1.**

.....

## МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

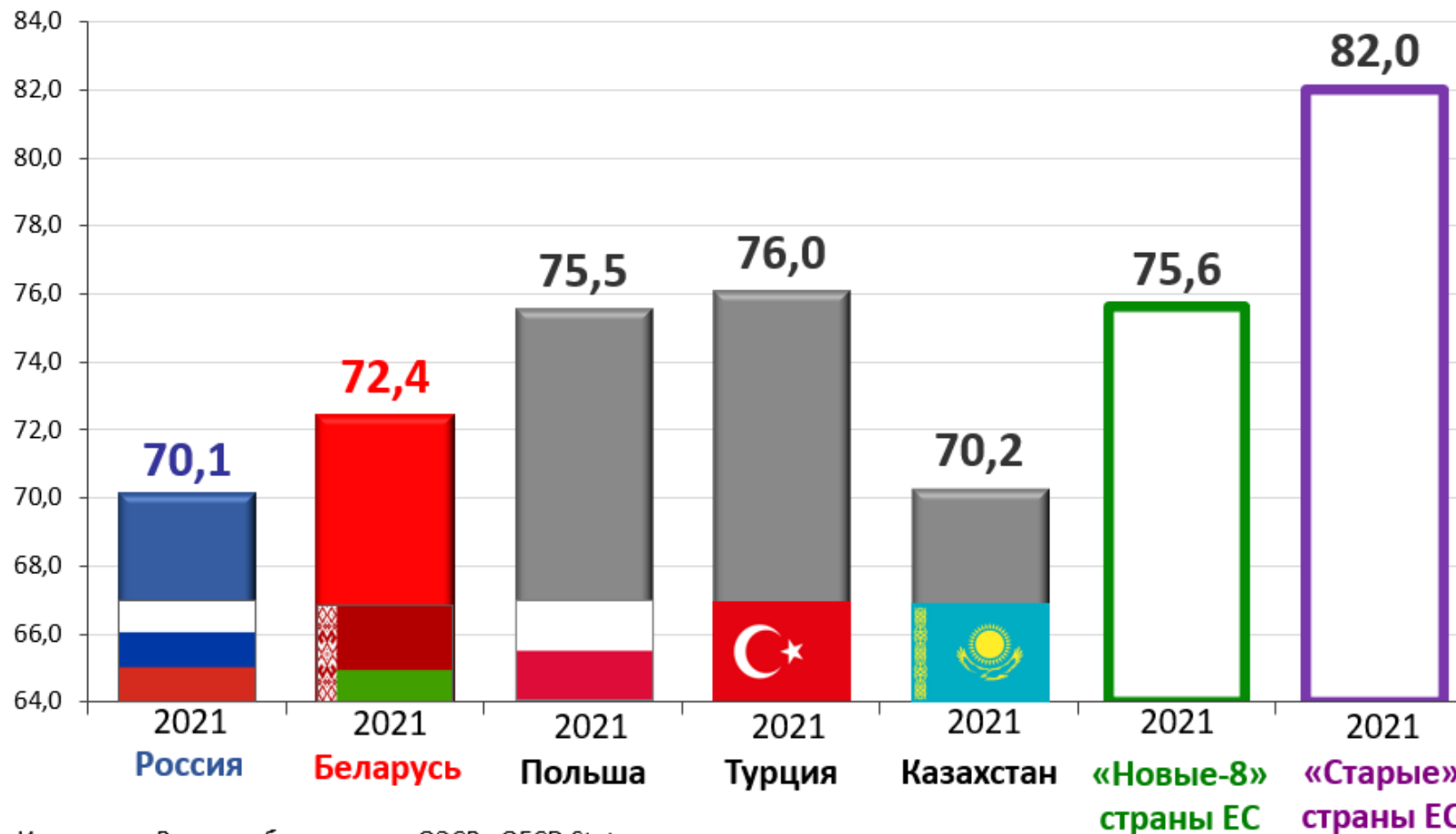
В РФ ОПЖ (оба пола) за 29 лет с 1990 по 2019 г. **возросла на 4,1 года**, что **на 0,7 года выше**, чем в Республике Беларусь и **на 3,2 года ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (выбраны 8 «новых» стран ЕС, близких к РФ по уровню экономического развития)



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

В 2021 г. в РФ ОПЖ (оба пола) была **на 2,3 года ниже**, чем в Республике Беларусь и **на 5,5 года ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС

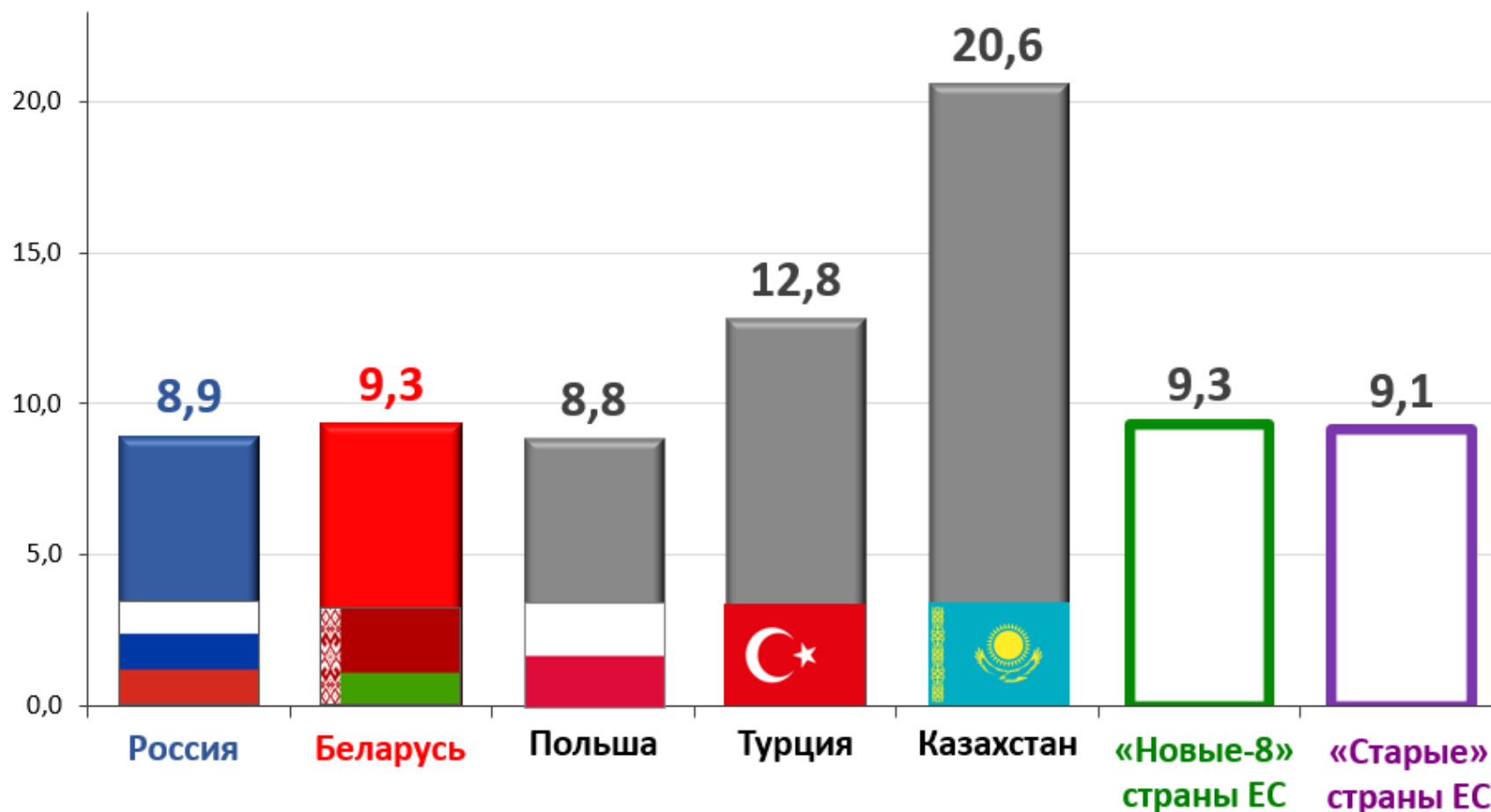
ОПЖ, число лет



Источники: Росстат; база данных ОЭСР «OECD.Stat», база данных «Показатели мирового развития» Всемирного банка, расчет ВШОУЗ.

# В РФ коэффициент рождаемости **на 4% ниже**, чем в Республике Беларусь и «новых-8» странах ЕС

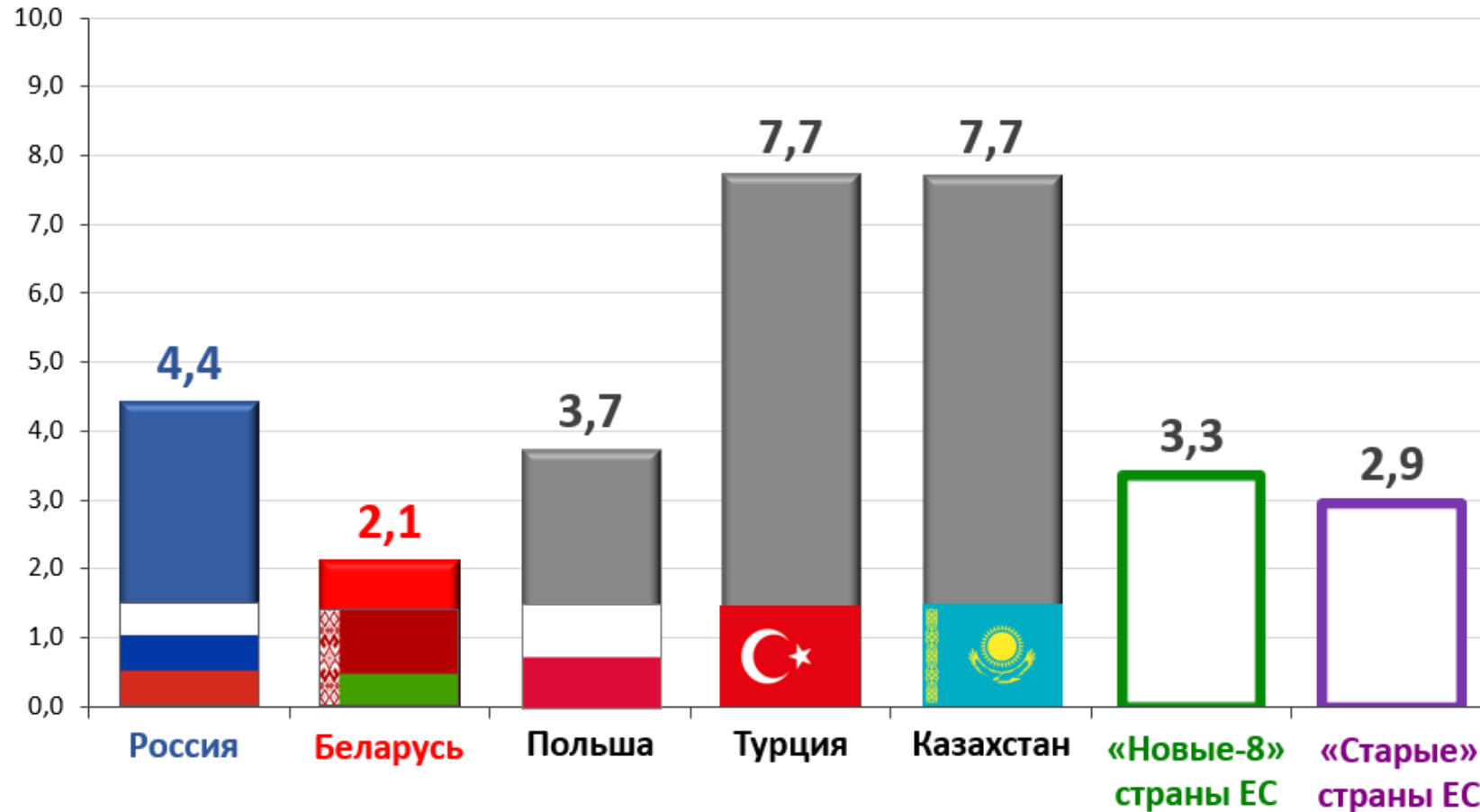
Число родившихся живыми на 1000 населения (2022 г. или последний возможный)



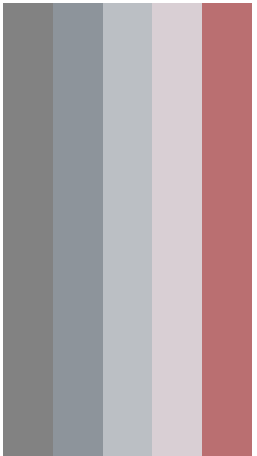
Источники: Росстат; Белстат; ННЦРЗ, расчет ВШОУЗ.

# В РФ младенческая смертность почти **в 2 раза выше**, чем в Республике Беларусь и **на 33% выше**, чем в «новых-8» странах ЕС

Число умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми, 2021 г. (РФ, Казахстан -2022 г.)



Источники: Росстат; ННЦРЗ; база данных ОЭСР «OECD.Stat», база данных «Показатели мирового развития» Всемирного банка, расчет ВШОУЗ.



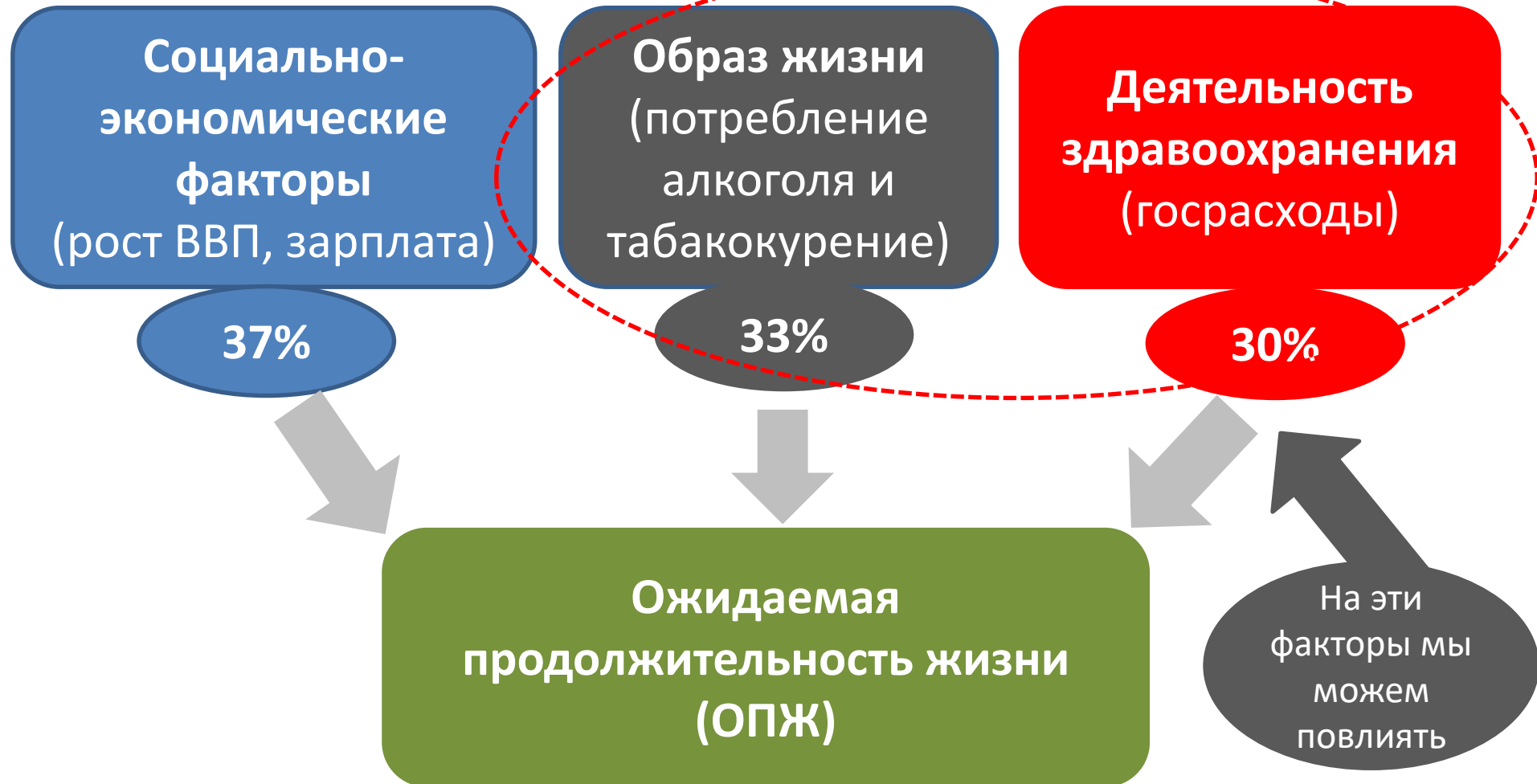
**2.**

.....

## **ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ОПЖ**



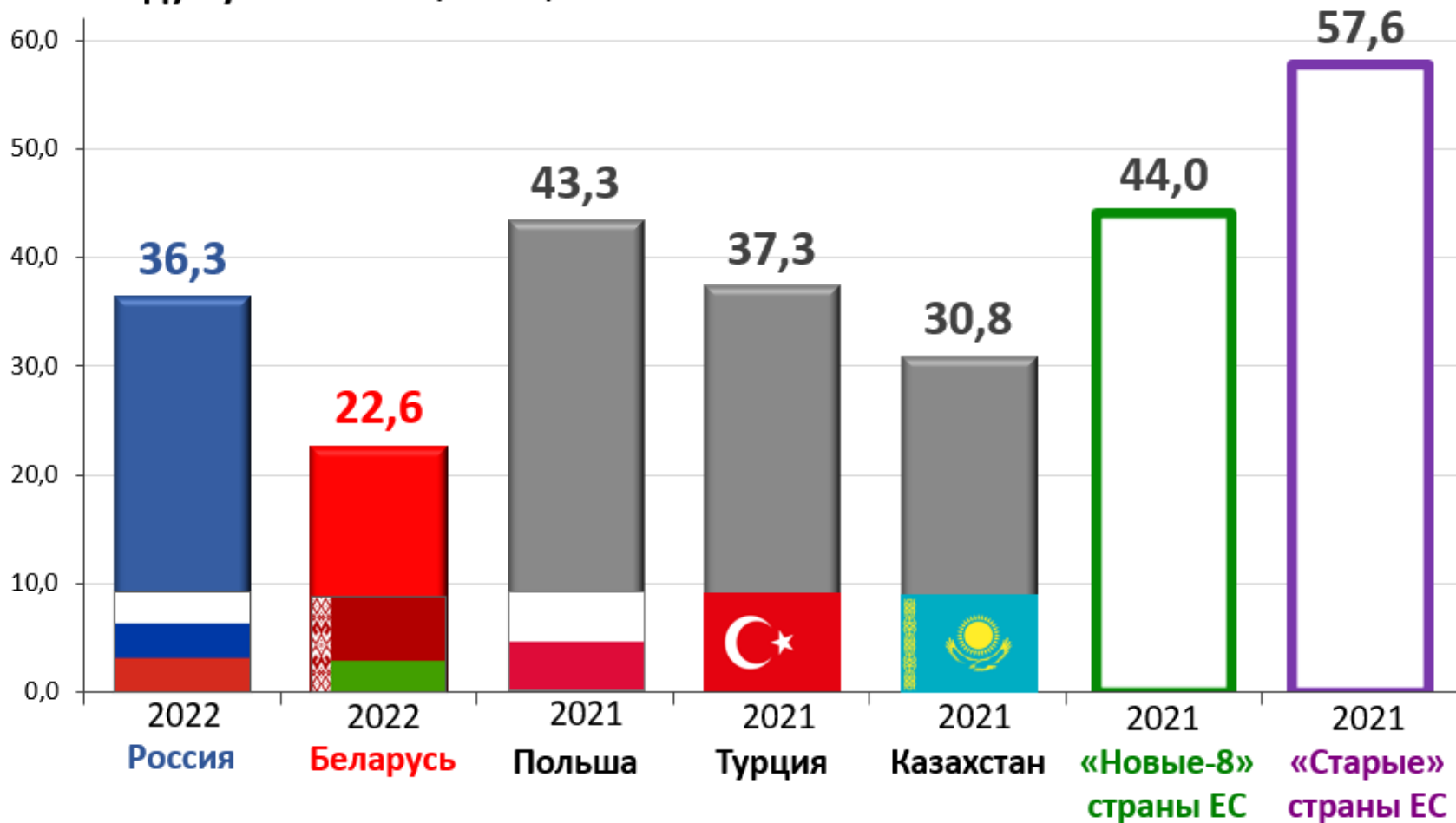
В РФ ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ)  
**определяется** следующими факторами:



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

# В РФ ВВП на душу населения **в 1,6 раза выше**, чем в Республике Беларусь и **на 18% ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС

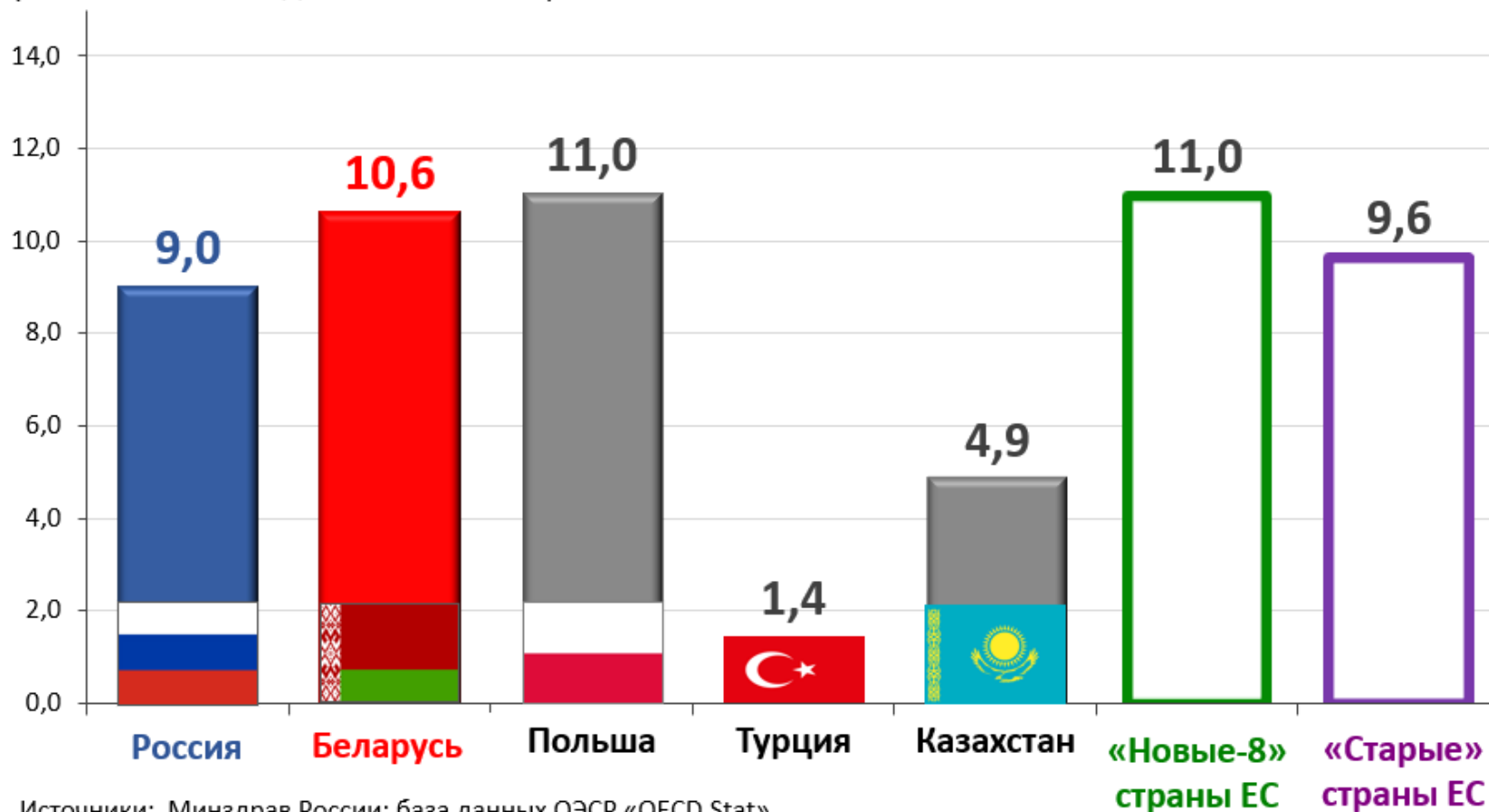
ВВП на душу населения, тыс. \$ППС



Источники: Росстат; база данных «Показатели мирового развития» Всемирного банка, расчет ВШОУЗ.

# В РФ потребление алкоголя на душу населения старше 15 лет **на 15% ниже**, чем в Республике Беларусь и **на 18% ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (чистый спирт)

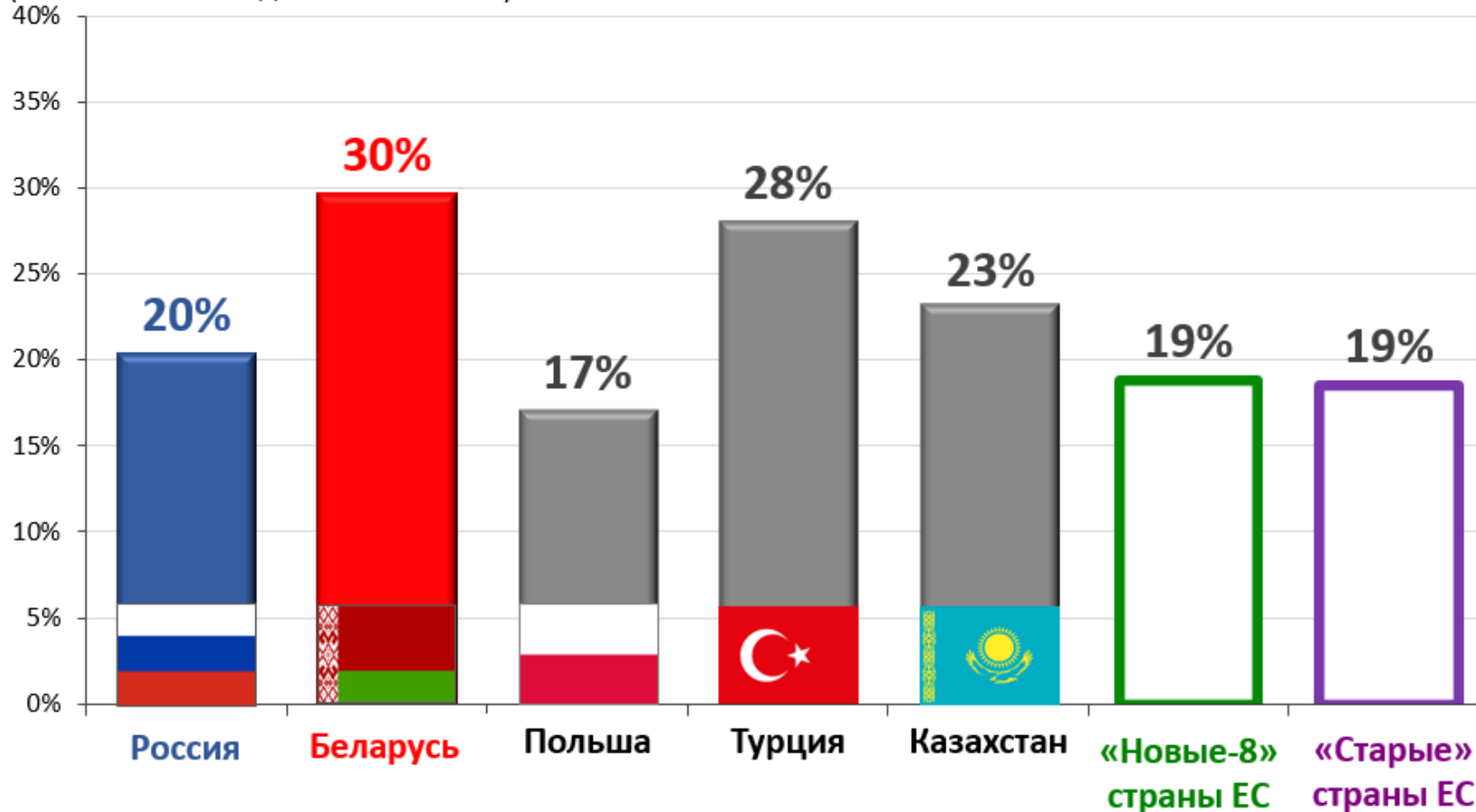
Число литров чистого спирта на душу населения среди лиц старше 15 лет  
(2021 г. или последний возможный)



Источники: Минздрав России; база данных ОЭСР «OECD.Stat», база данных «Показатели мирового развития» Всемирного банка, расчет ВШОУЗ.

# В РФ доля ежедневно курящего населения старше 15 лет **на 33% ниже**, чем в Республике Беларусь и почти **на уровне** «новых-8» стран ЕС

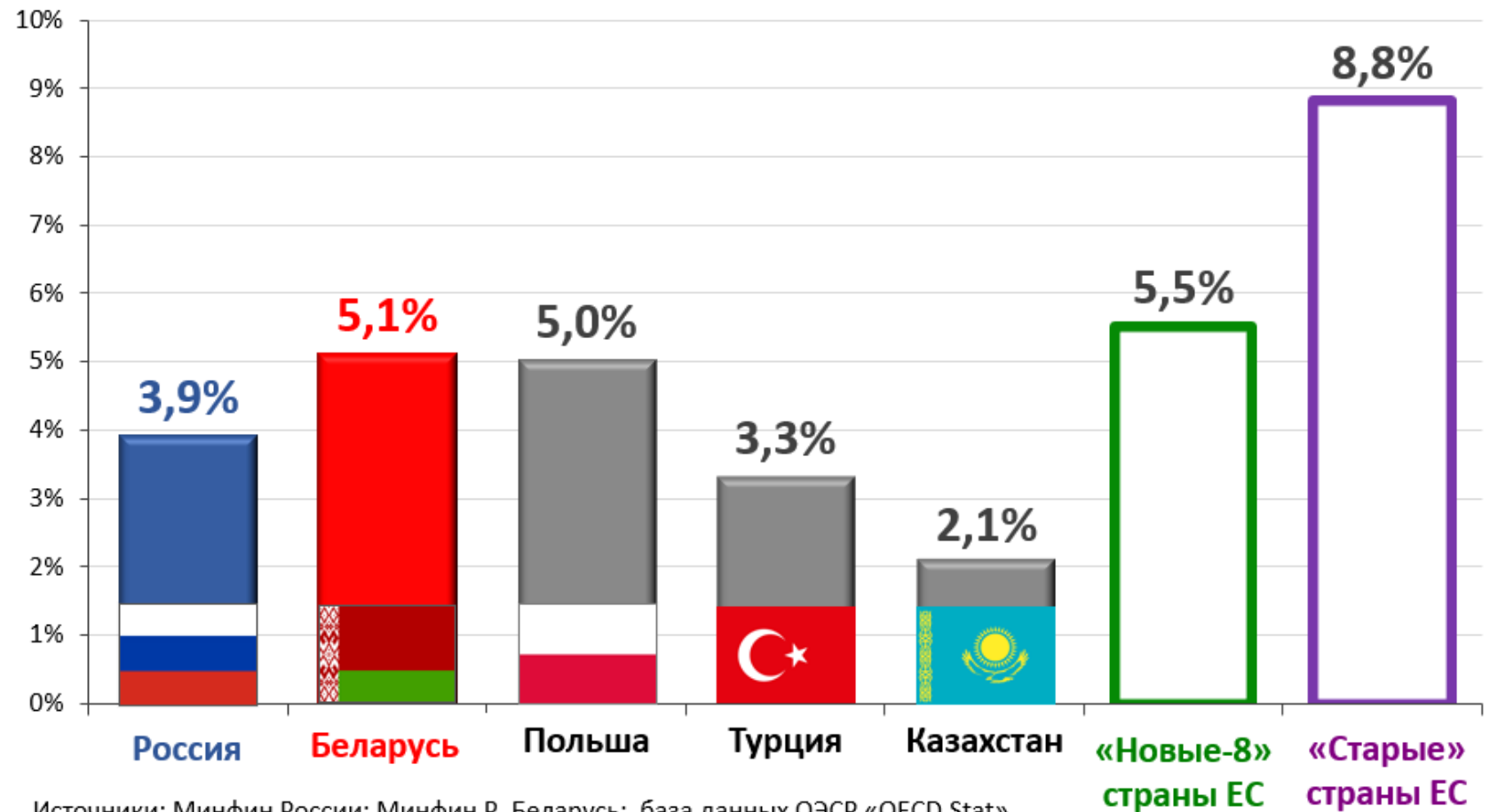
Доля ежедневно курящего населения среди лиц старше 15 лет  
(2022 г. или последний возможный)



Источники: Минздрав России; база данных ОЭСР «OECD.Stat»,  
база данных «Показатели мирового развития» Всемирного банка, расчет ВШОУЗ.

# В РФ доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП **на 23% ниже**, чем в Республике Беларусь и **на 29% ниже**, чем «новых-8» странах ЕС

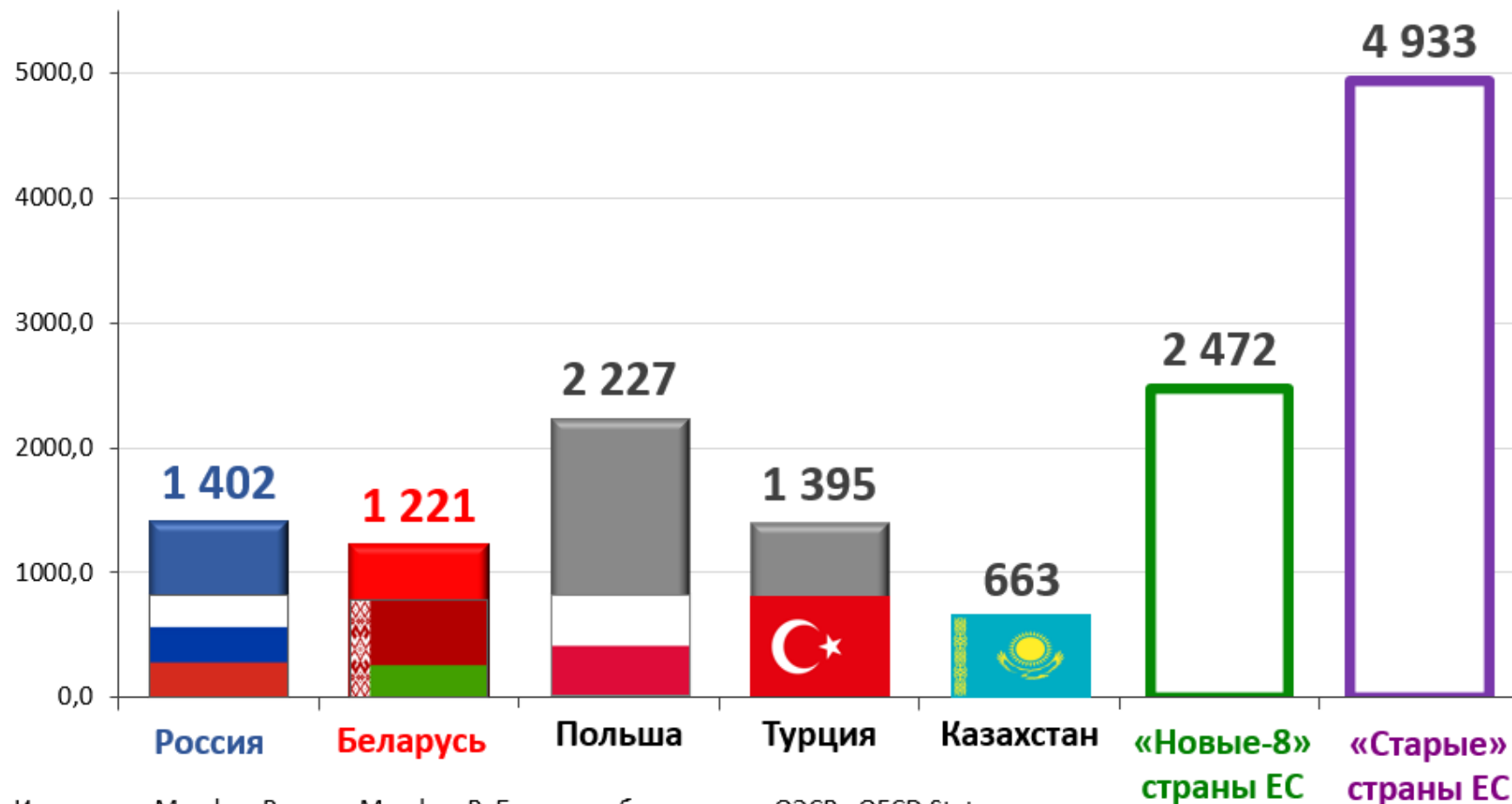
Доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП (2022 г.)



Источники: Минфин России; Минфин Р. Беларусь; база данных ОЭСР «OECD.Stat», база данных «Показатели мирового развития» Всемирного банка, расчет ВШОУЗ.

В РФ подушевые государственные расходы на здравоохранение **на 15% выше**, чем в Республике Беларусь, но **в 1,8 раза ниже**, чем «новых-8» странах ЕС

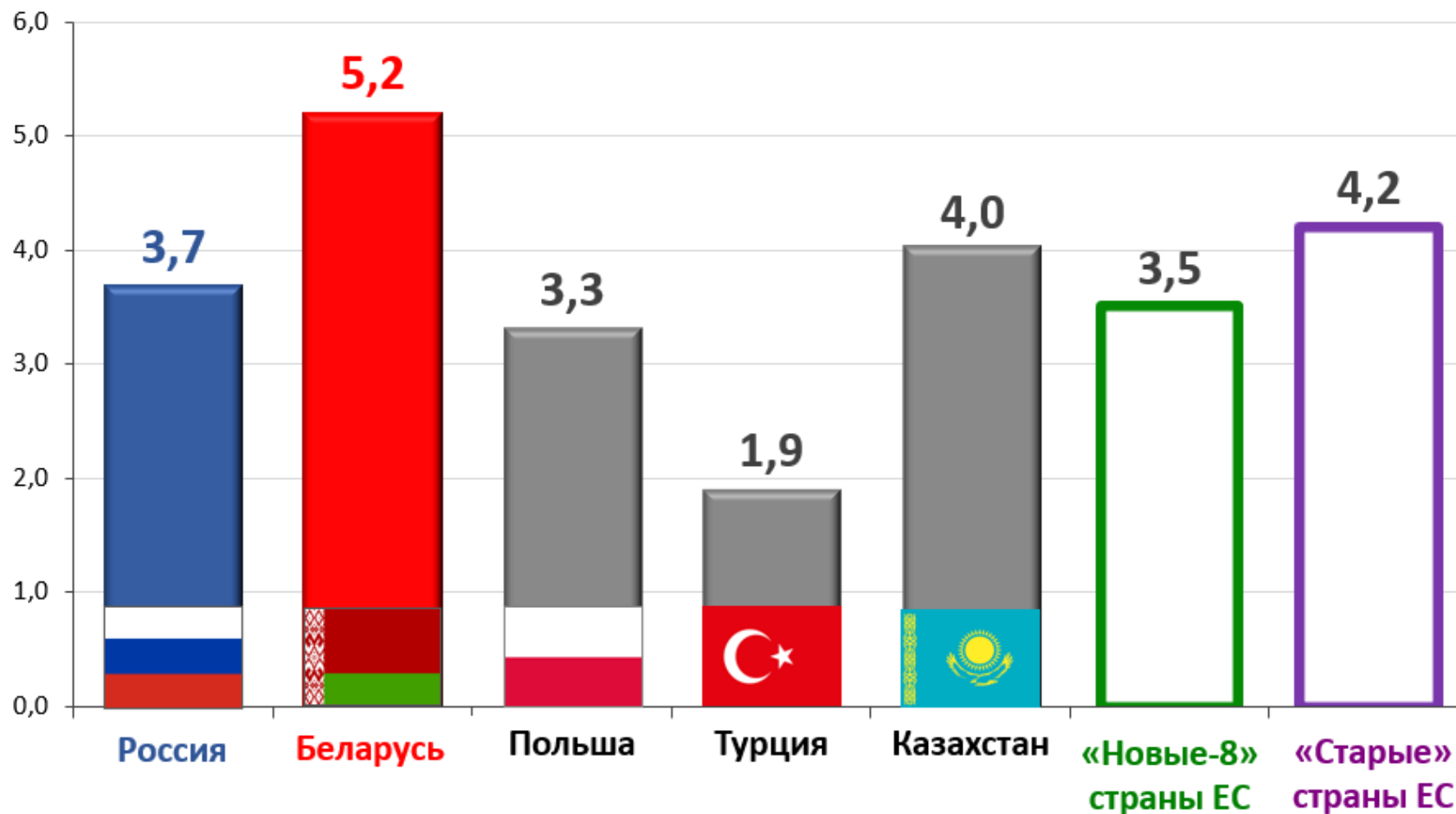
Государственные расходы на здравоохранение, \$ППС на душу населения (2022 г. или последний возможный)



Источники: Минфин России; Минфин Р. Беларусь; база данных ОЭСР «OECD.Stat», база данных «Показатели мирового развития» Всемирного банка, расчет ВШОУЗ.

# В РФ обеспеченность практикующими врачами **на 29% ниже**, чем в Республике Беларусь и **на 6% выше**, чем в «новых-8» странах ЕС

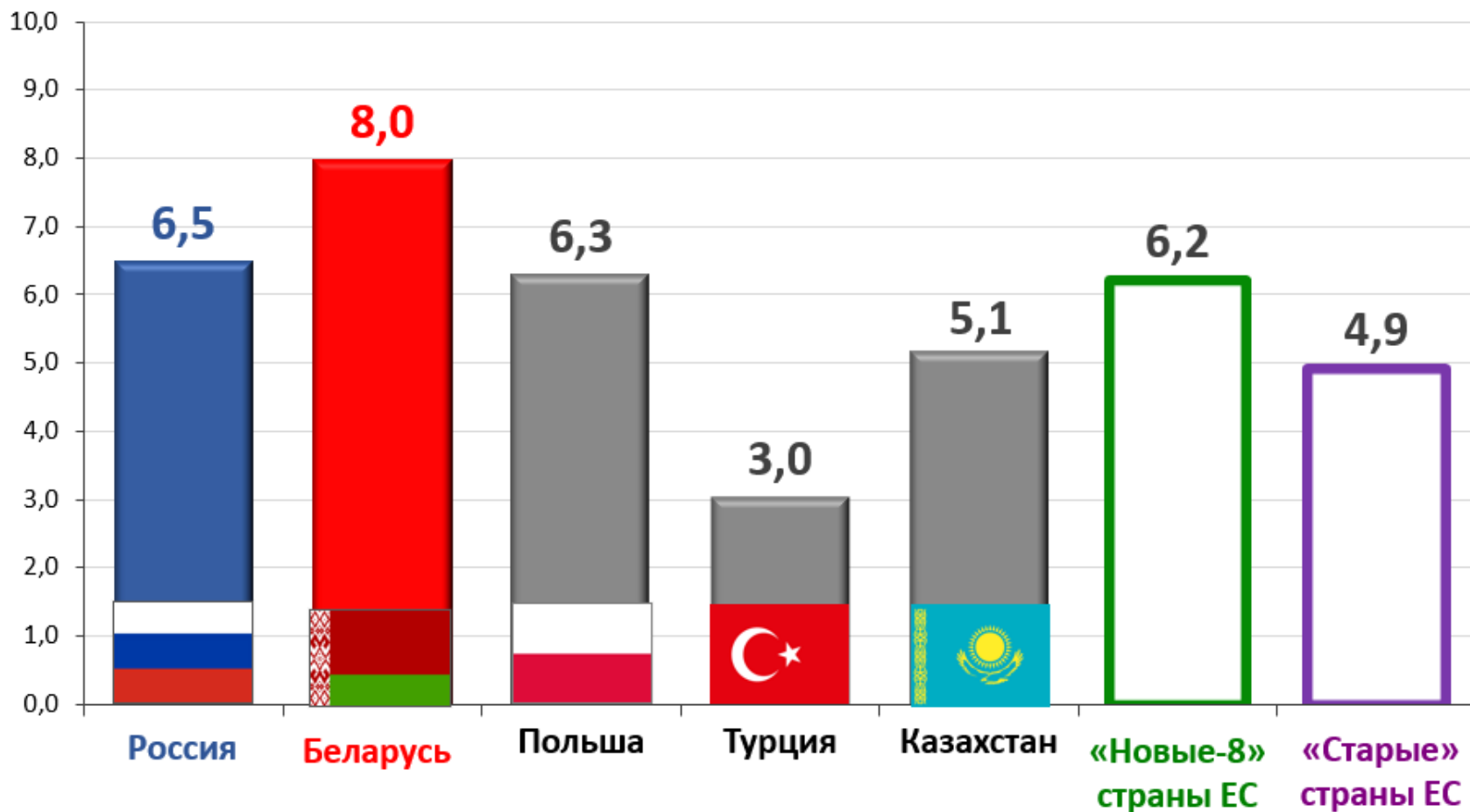
Обеспеченность практикующими врачами на 1000 населения (2022 г. или последний возможный)



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

В РФ обеспеченность больничными койками **на 19% ниже**, чем в Республике Беларусь и почти **на 5% выше**, чем в «новых-8» странах ЕС

Обеспеченность всеми койками (без учета коек на ремонте 5%), 2022 г. или последний возможный



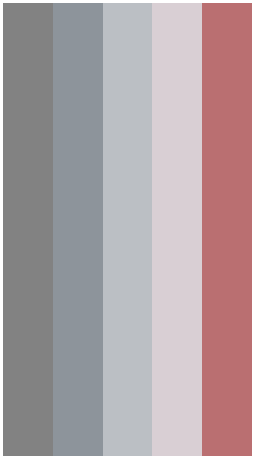
Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России; Белстат; ННЦРЗ; база данных ОЭСР «OECD.Stat», расчет ВШОУЗ.



Как удалось Республике Беларусь **обогнать** Россию по показателям здоровья населения при более **низком уровне ВВП** на душу населения (на 38% ниже), более низких расходах на здравоохранение на душу (на 13%) и **при более высокой** распространенности факторов риска здоровью?

---

- 1) Сохранена **централизованная система управления и финансирования** здравоохранения (бюджетная модель), нет затратной модели ОМС
- 2) Государственные медицинские организации финансируются **по смете**
- 3) Выше **обеспеченность врачами и стационарными койками**, соответственно, выше доступность медицинской помощи
- 4) Сохранена доступная **первичная медико-санитарная помощь**
- 5) **Не было** непродуманной «оптимизации»

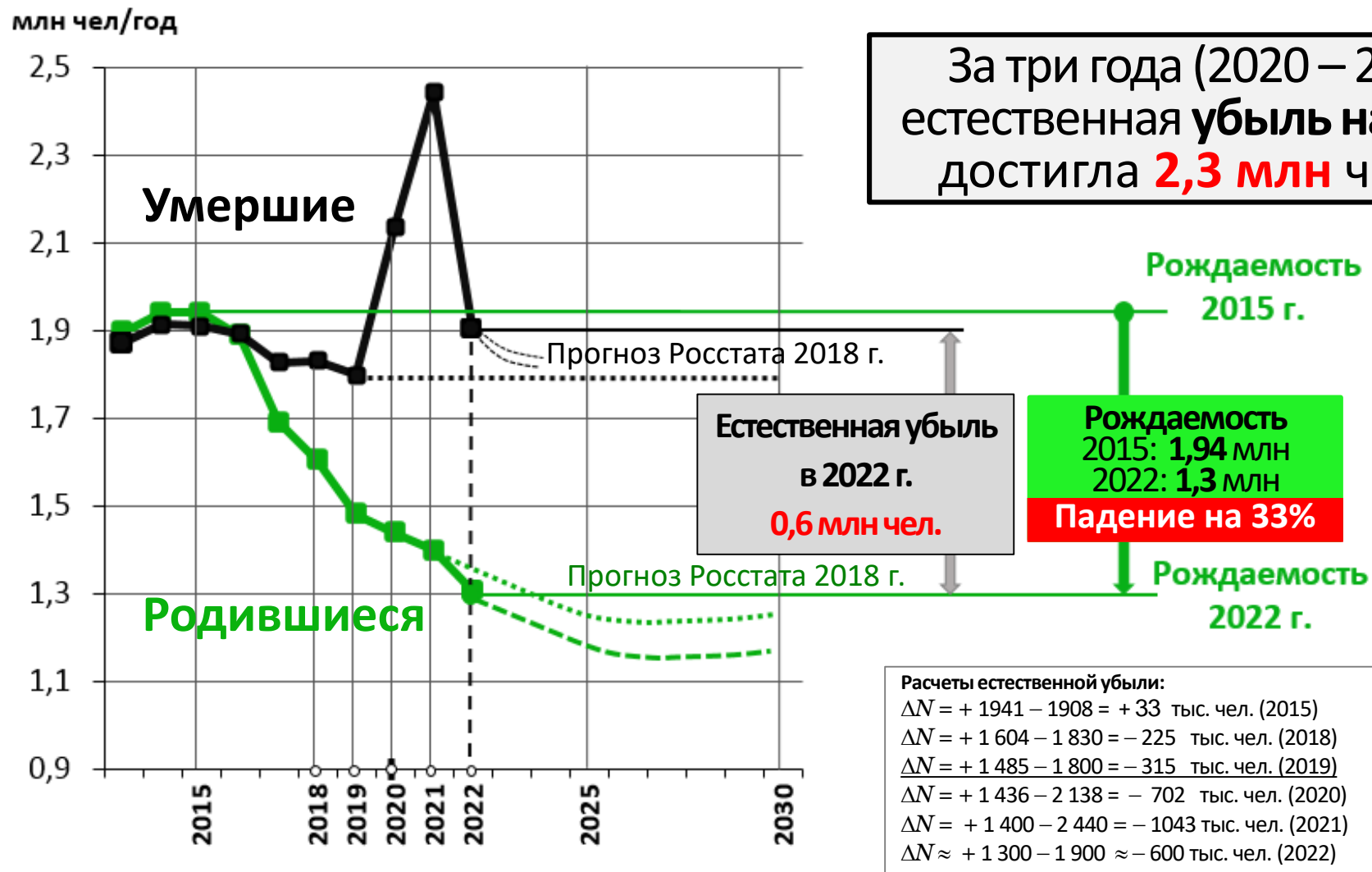


**3.**

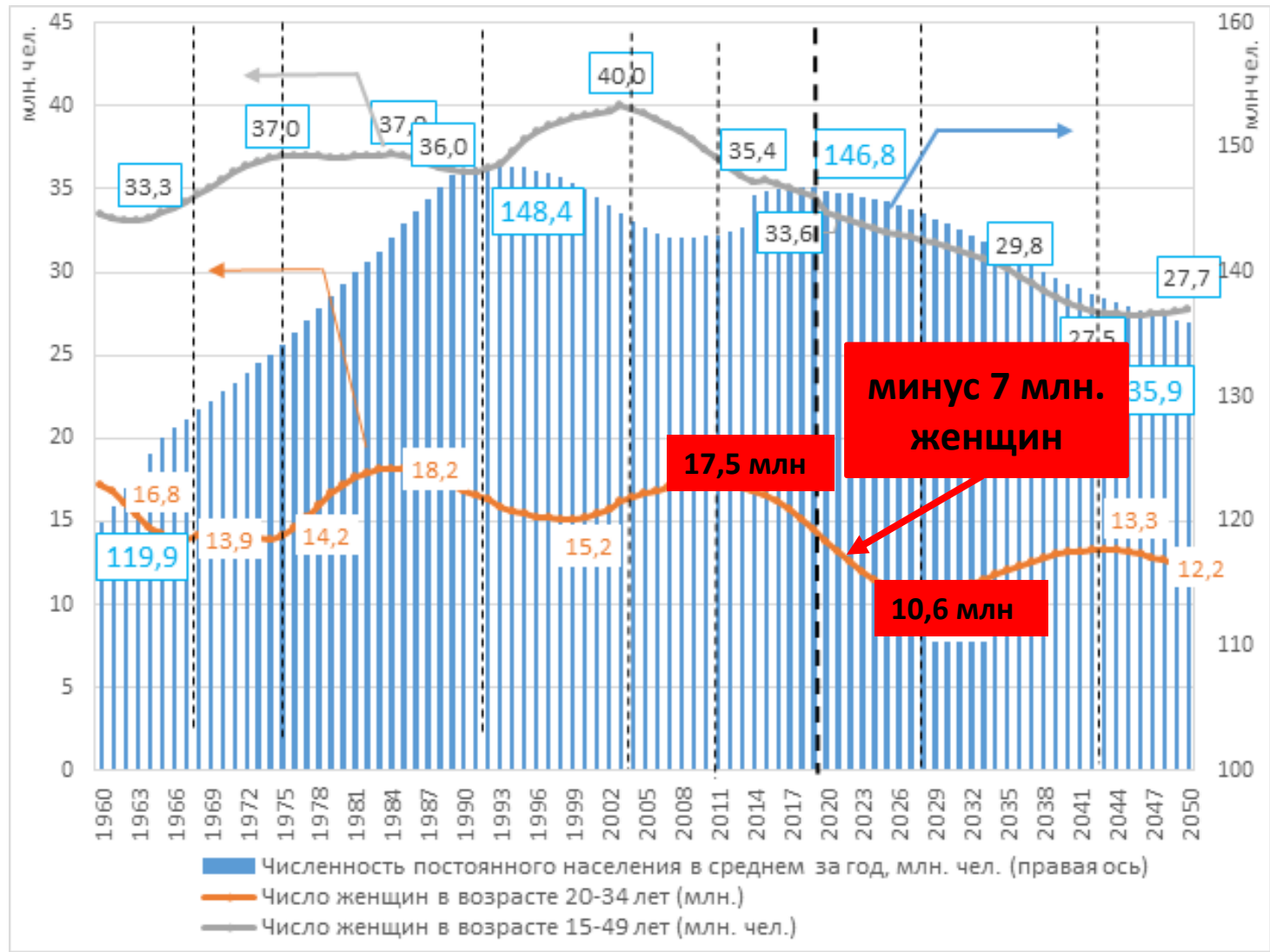
.....

## О ДЕМОГРАФИИ И ЗДРАВООХРАНЕНИИ В РФ

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



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**



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



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

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

.....

- **удвоение** материнского капитала при рождении второго и последующих 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 **3 трлн руб.**, затрачиваемым на политику по поддержке рождаемости и семей с детьми, еще **около 2 трлн руб. в год**, что как раз составит около **3% ВВП 2023 г.**

Только при этих условиях у нас есть шанс хоть как-то замедлить темп падения рождаемости.

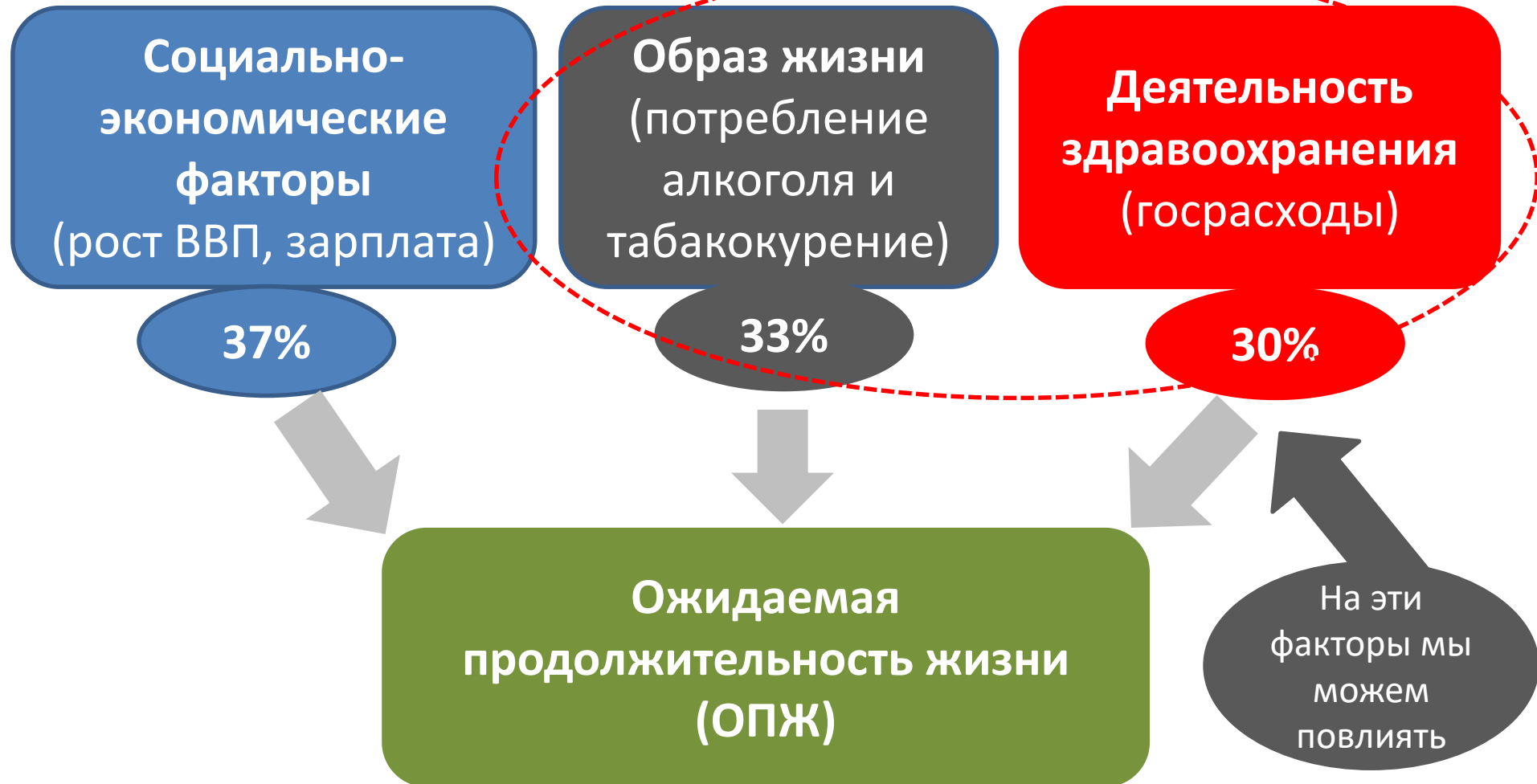
В 2021 г. в РФ ключевая характеристика здоровья населения - ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) - была **на 2,3 года ниже**, чем в Республике Беларусь и **на 5,5 года ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (выбраны 8 «новых» стран ЕС, близких к РФ по уровню экономического развития)

ОПЖ, число лет



Источники: Росстат; база данных ОЭСР «OECD.Stat», демографический ежегодник Республики Беларусь (2019 г.), база данных «Показатели мирового развития» Всемирного банка, расчет ВШОУЗ.

# В РФ ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) определяется следующими факторами:



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



ОПЖ в РФ зависит **в равной степени от 3-х факторов**, 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>

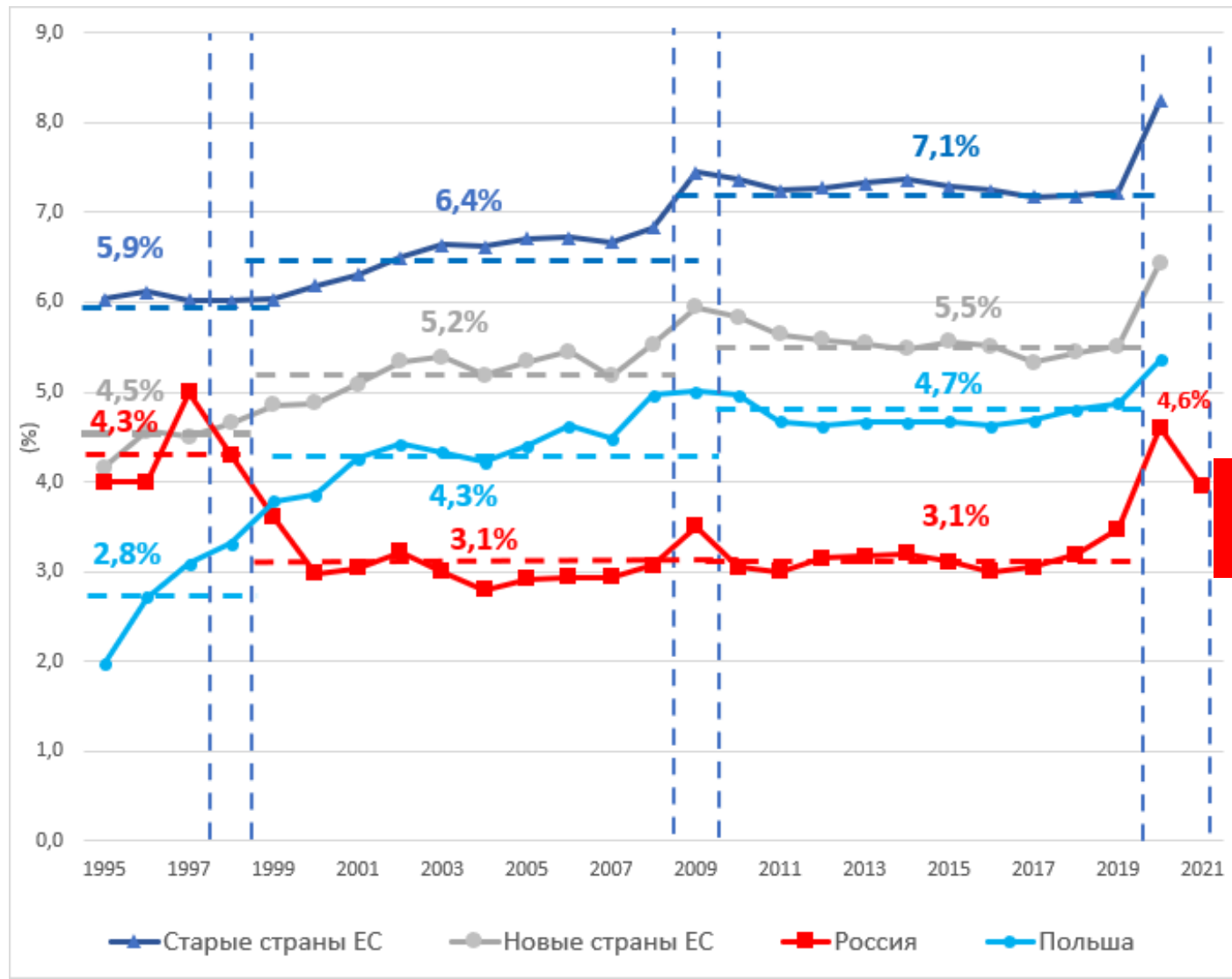
**ТО ЕСТЬ НЕОБХОДИМО ИЗМЕНИТЬ ВОЗДЕЙСТВИЕ ВСЕХ ГЛАВНЫХ ФАКТОРОВ НА ОПЖ**

---

Фактор влияния на ОПЖ— здравоохранение (ВЕС - **30%**)

## ГЛАВНАЯ ПРОБЛЕМА – НЕДОФИНАСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОСУДАРСТВОМ

В РФ доля в 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



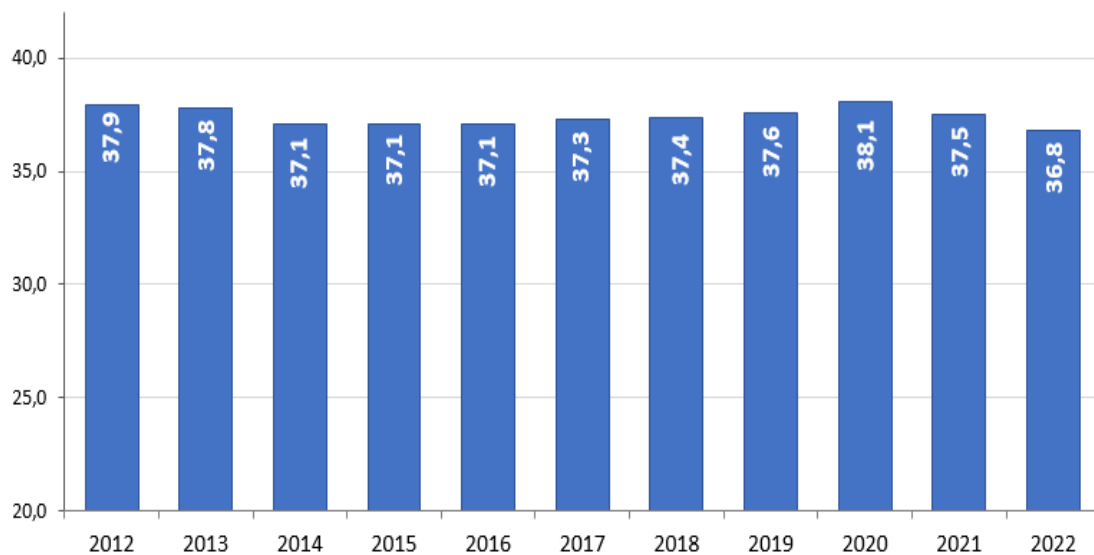
# ПРОБЛЕМА №1: ДЕФИЦИТ КАДРОВ

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

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

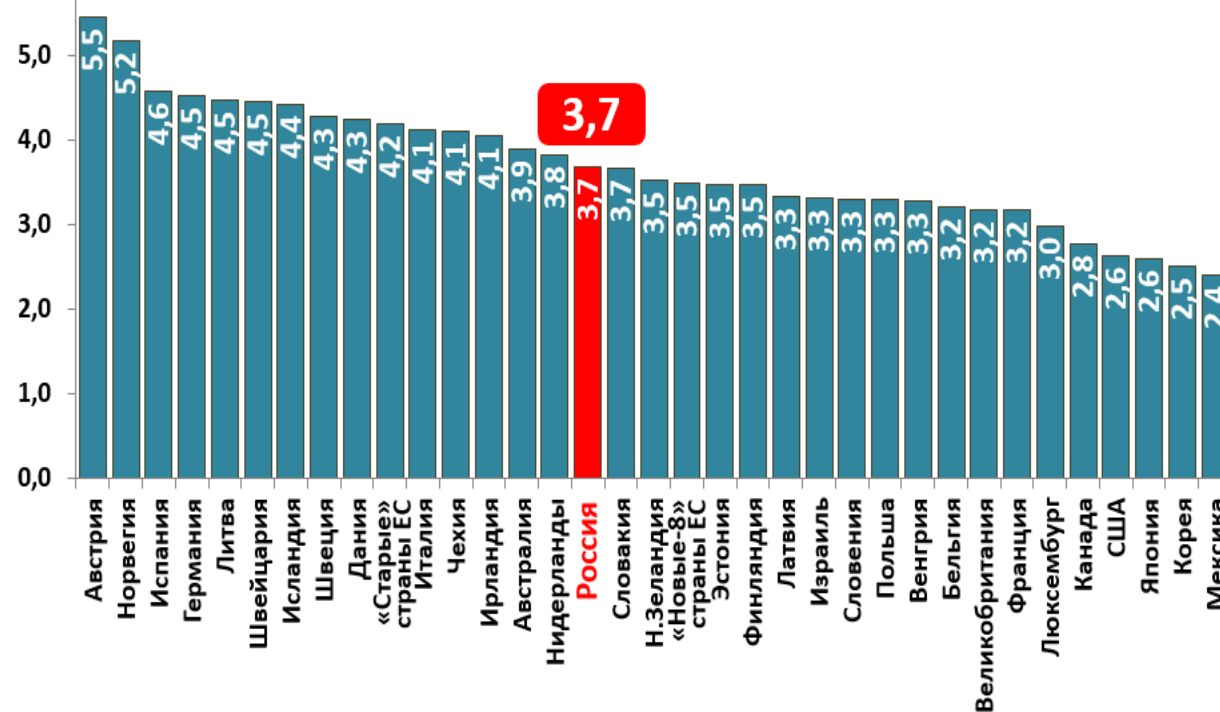
$\Delta 2022/2012$   
**-3%**

Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России

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

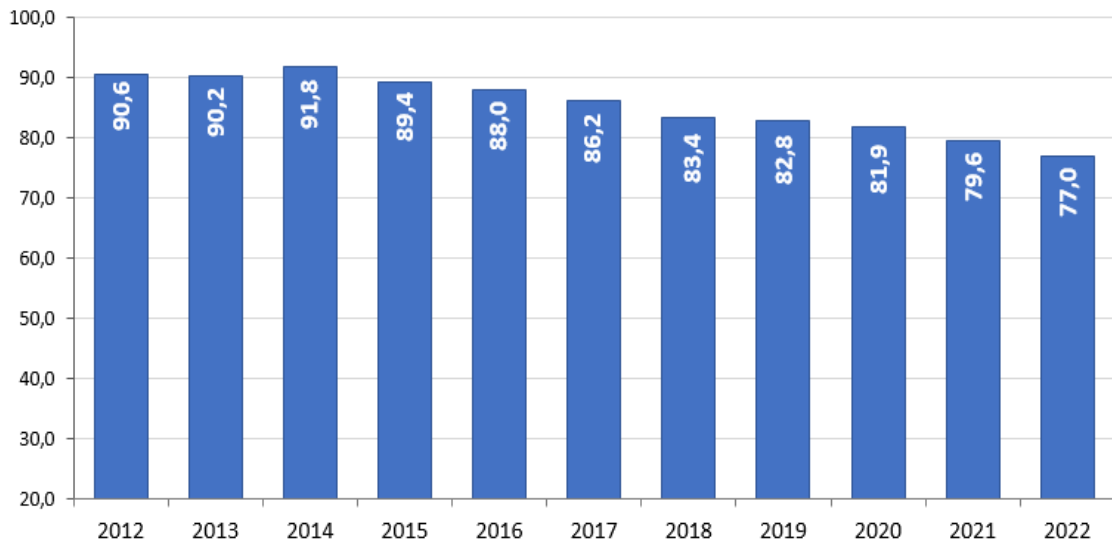


«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.  
Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России; база данных ОЭСР «OECD.Stat», расчет ВШОУЗ.

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

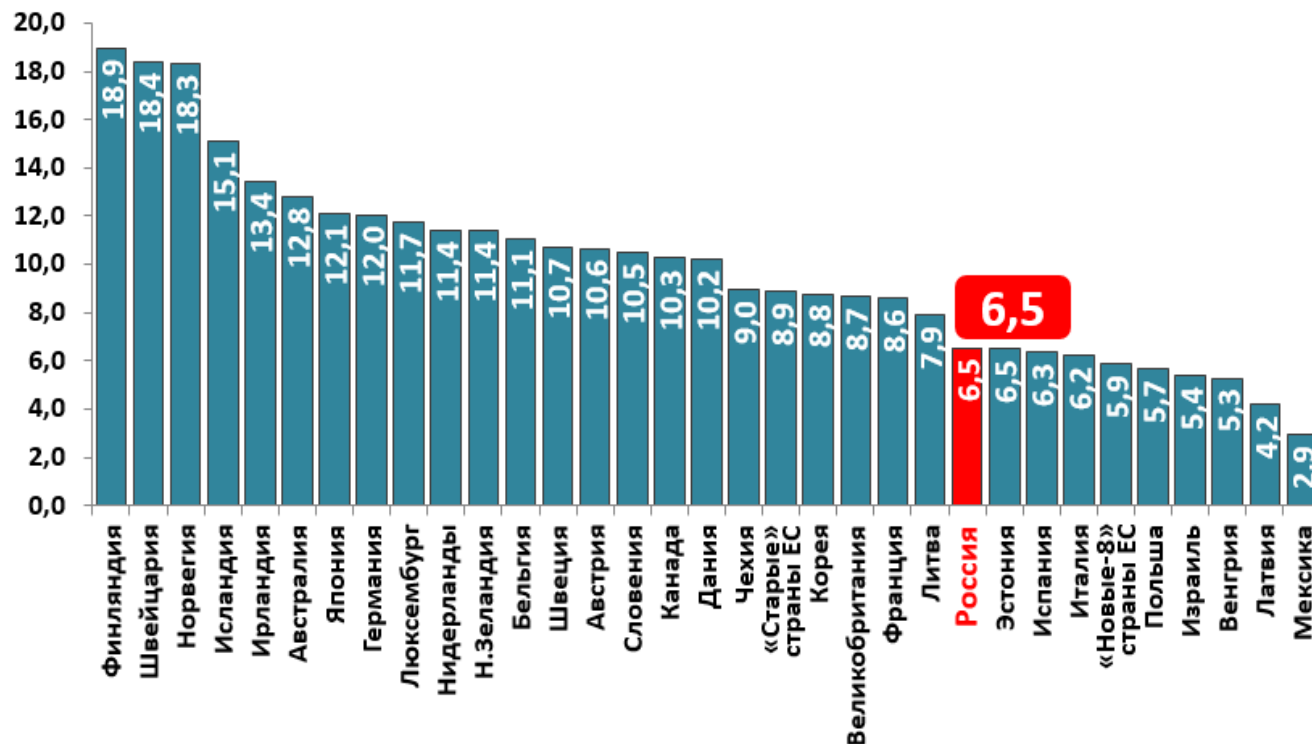
$\Delta 2022/2012$   
-15%

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)

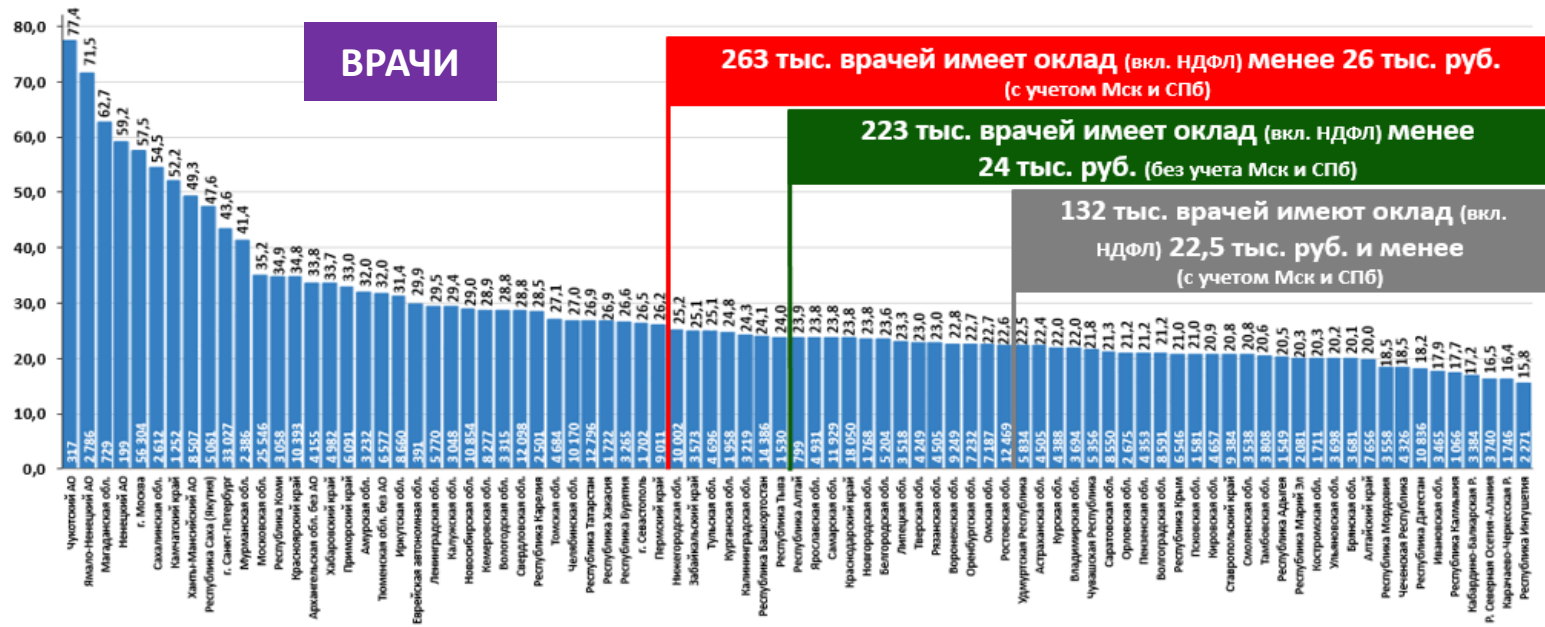


«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.

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.)



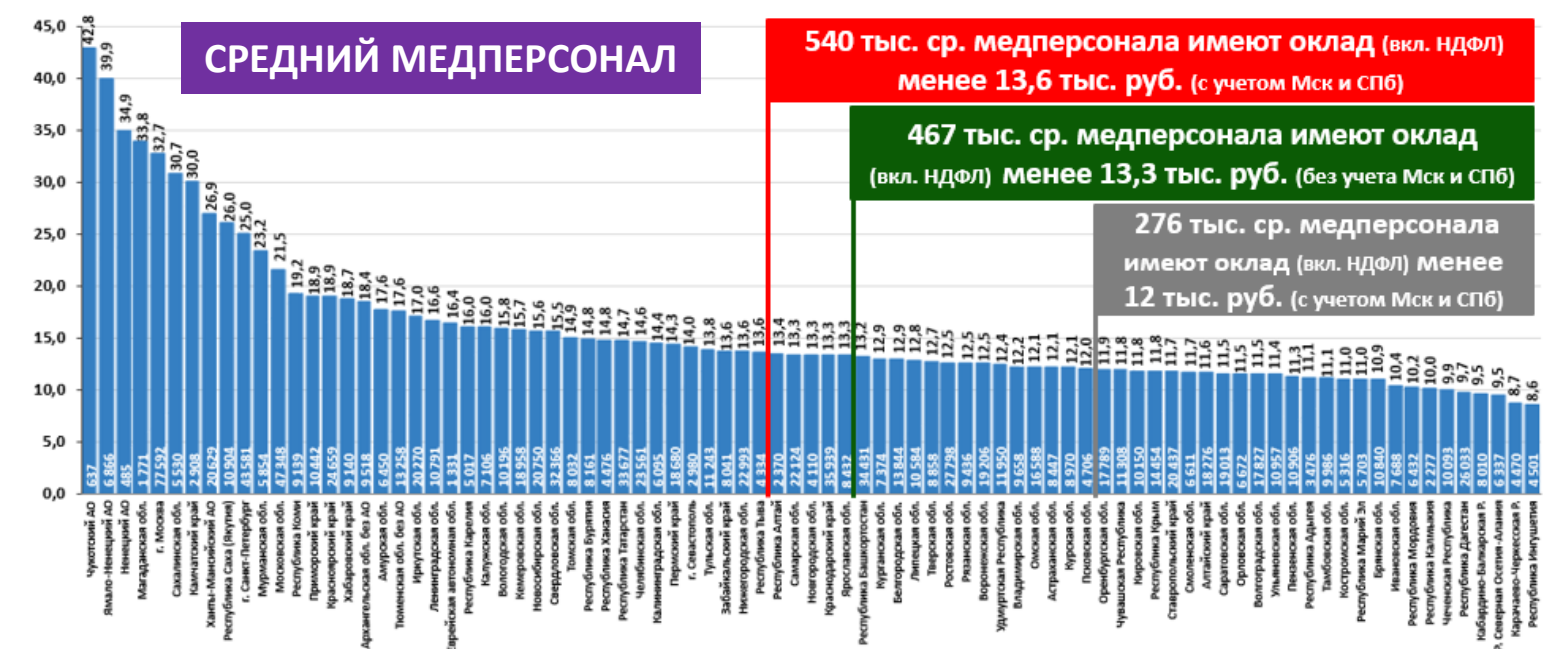
Примечание: в нижней части столбиков представлена численность врачей в регионе

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

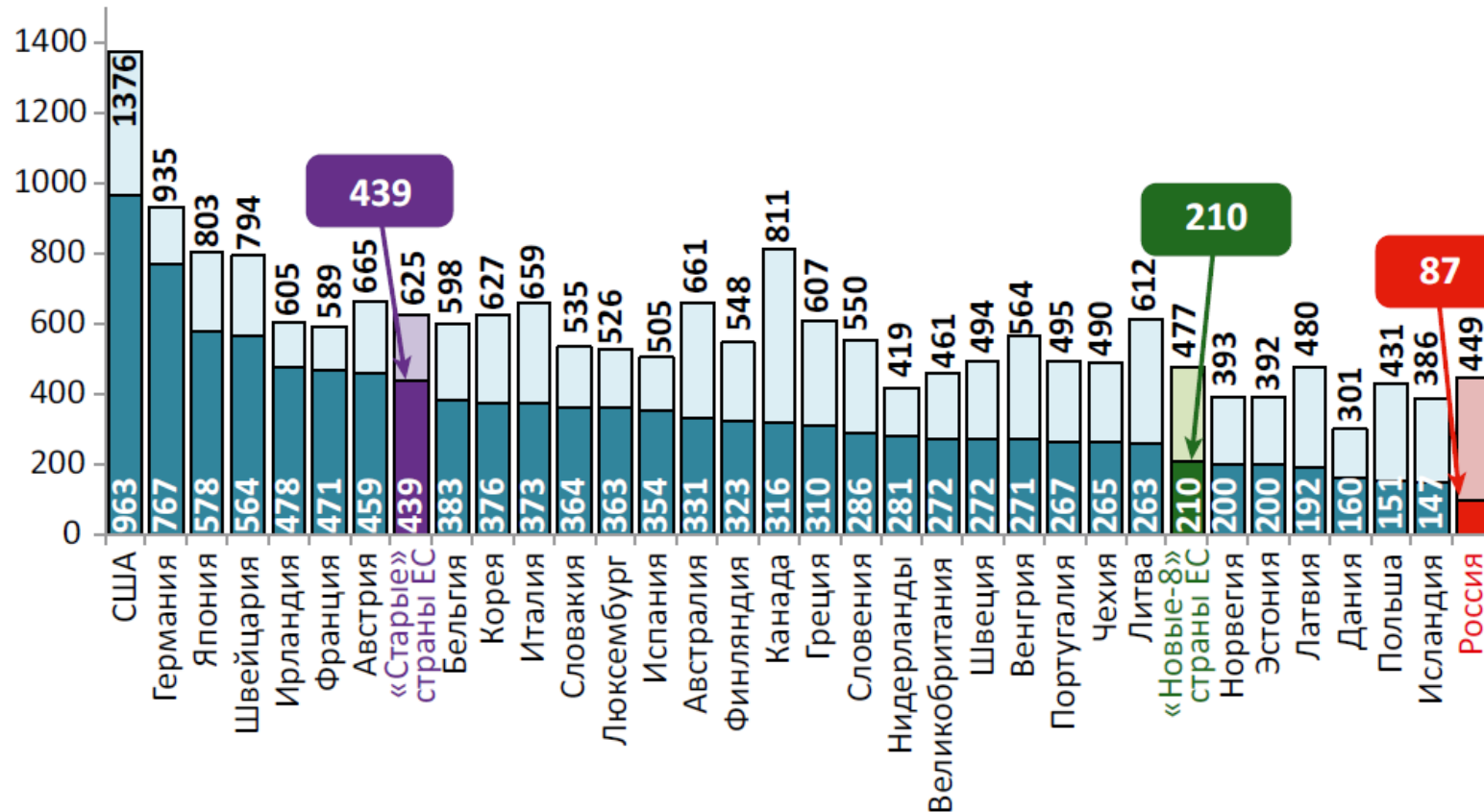
- Низкая оплата труда и высокие трудовые нагрузки у педагогических работников. Сегодня в РФ оплата труда преподавателей в медицинских вузах равна оплате практикующих врачей и в сопоставимых показателях **в 2,5 раза ниже**, чем в советское время.
- Недостаточная продолжительность подготовки медицинских 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**

# 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.

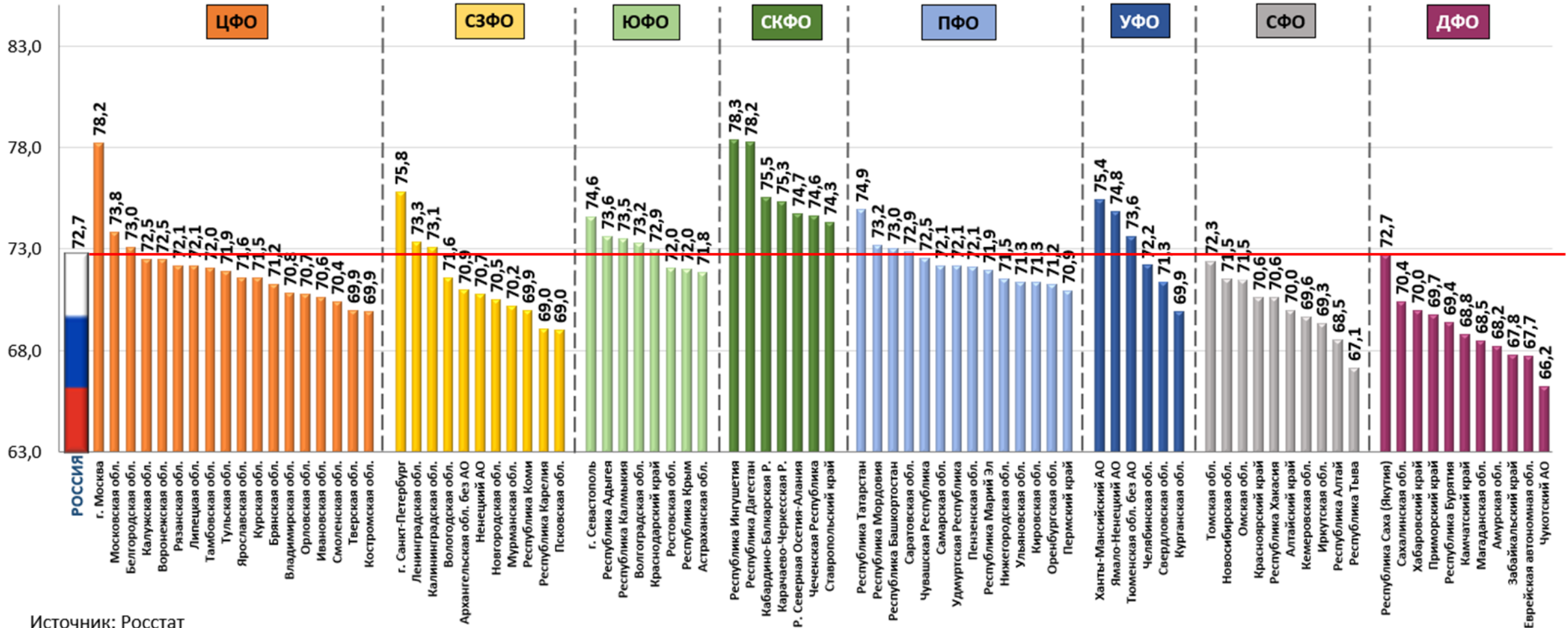
Источники: Росстат, Health at a Glance (2021 г.), расчет ВШОУЗ.



# ПРОБЛЕМА №4: НЕРАВЕНСТВО В РЕГИОНАХ

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.)

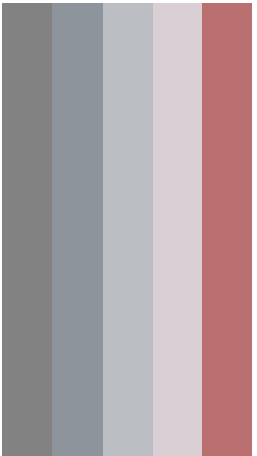


Источник: Росстат

**В 2024 г., по сравнению с 2023 г., увеличение государственных расходов на здравоохранение (+12%) покрывает инфляцию и дополнительные объемы медицинской помощи для новых регионов. В доле ВВП – 3,7%.**

**С 2019 г. реальный рост только 24%, в основном на инфраструктурные проекты**

Государственные расходы на здравоохранение – прогноз на 2023 и плановый период 2024-2026 гг.										
(Данные по макроэкономическим показателям согласно "Основным направлениям бюджетной политики на 2024 г. и на плановый период 2025-2026 гг.", Минфин 2023 г.)										
Наименование показателя	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2024/ 2023	2024/ 2019
	факт				прогноз					
<b>Макроэкономические показатели</b>										
ВВП в текущих ценах, млрд руб.	109 608	107 658	135 295	153 435	166 000	180 000	190 600	202 300	8%	64%
Инфляция (ИПЦ), декабрь к декабрю предыдущего года	3,04	4,91	8,39	11,94	7,50	4,50	4,00	4,00	x	x
<b>Государственные расходы на здравоохранение</b>										
Государственные расходы на здравоохранение в текущих ценах, млрд руб.	3 805,0	4 964,0	5 202,0	5 924,0	6 001,0	6 740,0	6 918,0	7 229,0	12%	77%
Государственные расходы на здравоохранение в ценах 2019 г., млрд руб.	3 805,0	4 731,7	4 574,7	4 654,0	4 385,5	4 713,5	4 651,9	4 674,1	7%	24%
Доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП	3,5%	4,6%	3,8%	3,9%	3,6%	3,7%	3,6%	3,6%	x	x
<b>из них: расходы федерального бюджета</b>										
Расходы федерального бюджета в текущих ценах, млрд руб.	713,0	1 334,4	1 473,9	1 533,0	1 570,0	1 620,3	1 634,5	1 615,3	3%	↑ в 2,3 раза
Расходы федерального бюджета в ценах 2019 г., млрд руб.	713,0	1 271,9	1 296,2	1 204,3	1 147,4	1 133,1	1 099,1	1 044,4	-1%	59%
<b>из них: расходы бюджета ФОМС</b>										
Расходы бюджета ФОМС в текущих ценах, млрд руб.	2 186,7	2 360,5	2 569,5	2 797,1	3 235,4	3 885,8	3 965,5	4 210,3	20%	78%
Расходы бюджета ФОМС в ценах 2019 г., млрд руб.	2 186,7	2 250,0	2 259,7	2 197,4	2 364,4	2 717,5	2 666,5	2 722,3	15%	24%
<b>из них: расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ</b>										
Расходы бюджетов субъектов РФ в текущих ценах, млрд руб.	905,3	1 269,1	1 158,6	1 593,9	1 195,6	1 233,9	1 318,0	1 403,4	3%	36%
Расходы бюджетов субъектов РФ в ценах 2019 г., млрд руб.	905,3	1 209,7	1 018,9	1 252,2	873,7	862,9	886,3	907,4	-1%	-5%



**5.**

.....  
**ЧТО НАДО ДЕЛАТЬ**

Главный тезис - без дальнейшего увеличения государственного финансирования здравоохранения **до 5% ВВП** добиться существенного снижения смертности будет **СЛОЖНО**. Надо сделать 4 шага, которые приблизят нас к цели, другого пути **нет!**

---

1. Повысить доступность бесплатной медицинской помощи

2. Повысить обеспеченность медицинскими кадрами и лекарствами в амбулаторных условиях

3. Для п. №2 необходимо иметь дополнительный бюджет: на увеличение оплаты труда врачей, на привлечение дополнительных кадров и на лекарства

4. Эти расходы потребуют дальнейшего увеличения государственного финансирования **до 5% ВВП** к 2030 г.

Это дополнительно каждый год **+350 млрд** в ценах 2022 г.

Госрасходы на здравоохранение должны поэтапно (за 2-3 года) возрасти **с 3,6% до 5% ВВП**, то есть дополнительно каждый год прибавлять **от 1 трлн до 2,5 трлн руб.** в ценах 2023 г.

.....

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

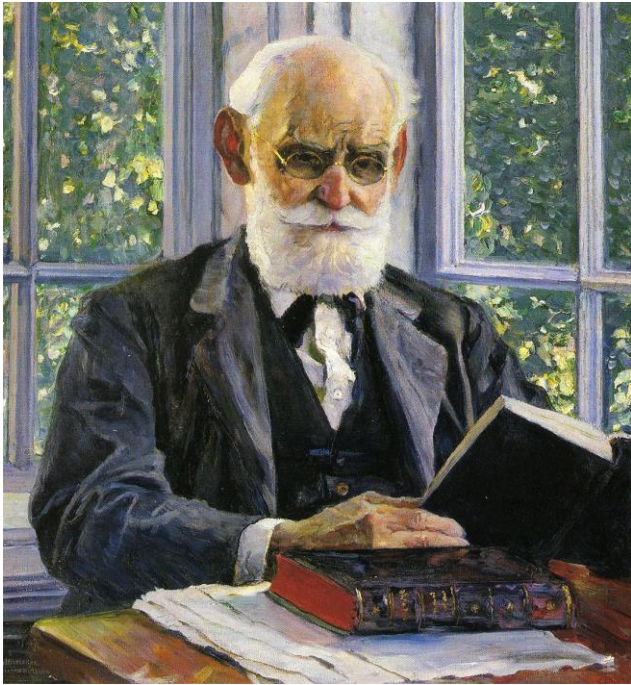
- врач – **4-5 МРОТ**;
- медицинская сестра – **2-2,5 МРОТ**;
- профессорско-преподавательский состав вузов и НИИ – **5-8 МРОТ**;
- профессорско-преподавательский состав медицинских колледжей – **4-6 МРОТ**

**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****

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.

***«Сначала идешь, сколько можешь, а затем,  
сколько надо»***

Академик РАН Николай Павлович Бочков