

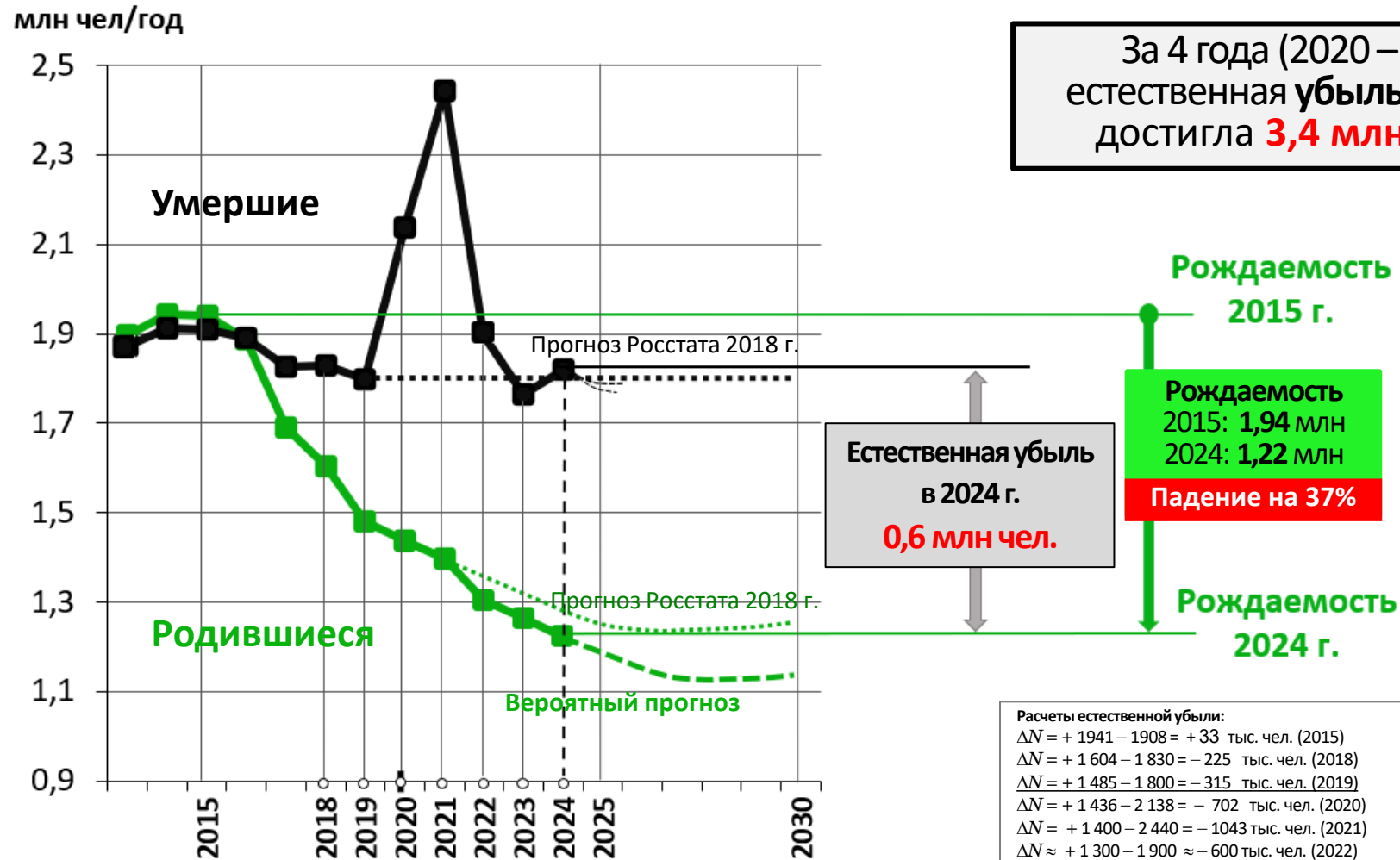
ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ



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



С 2020 по 2024 г. в РФ естественная убыль (разница между родившимися и умершими) составила более **3,4 млн человек**. До 2030 г., по прогнозам Росстата, естественная убыль составит в среднем **680 тыс. чел.** в год (средний вариант прогноза)



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)

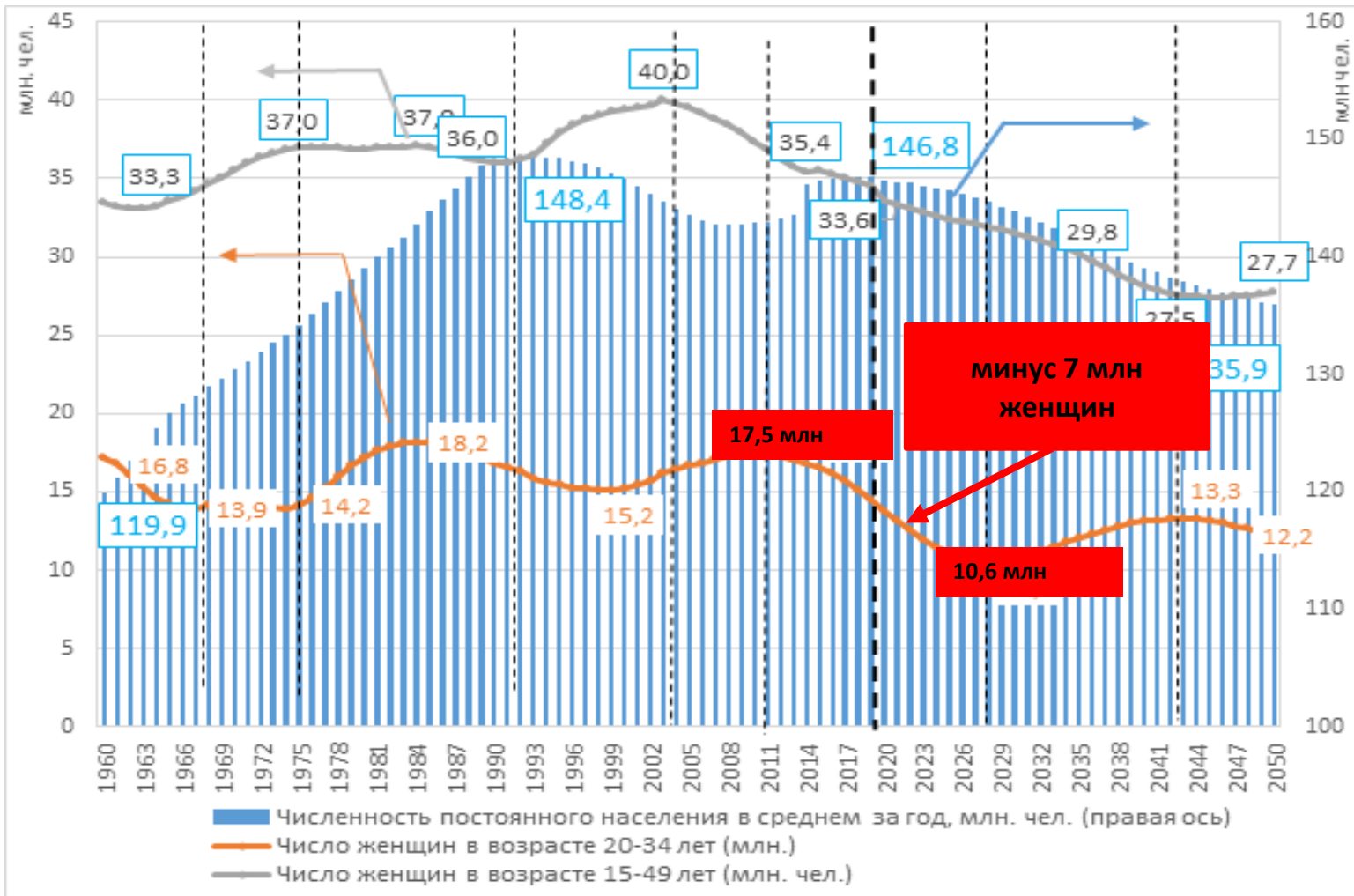
$\Delta N = +1400 - 2440 = -1043$ тыс. чел. (2021)

$\Delta N \approx +1300 - 1900 \approx -600$ тыс. чел. (2022)

$\Delta N \approx +1260 - 1760 \approx -500$ тыс. чел. (2023)

$\Delta N \approx +1222 - 1819 \approx -600$ тыс. чел. (2024)

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 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:

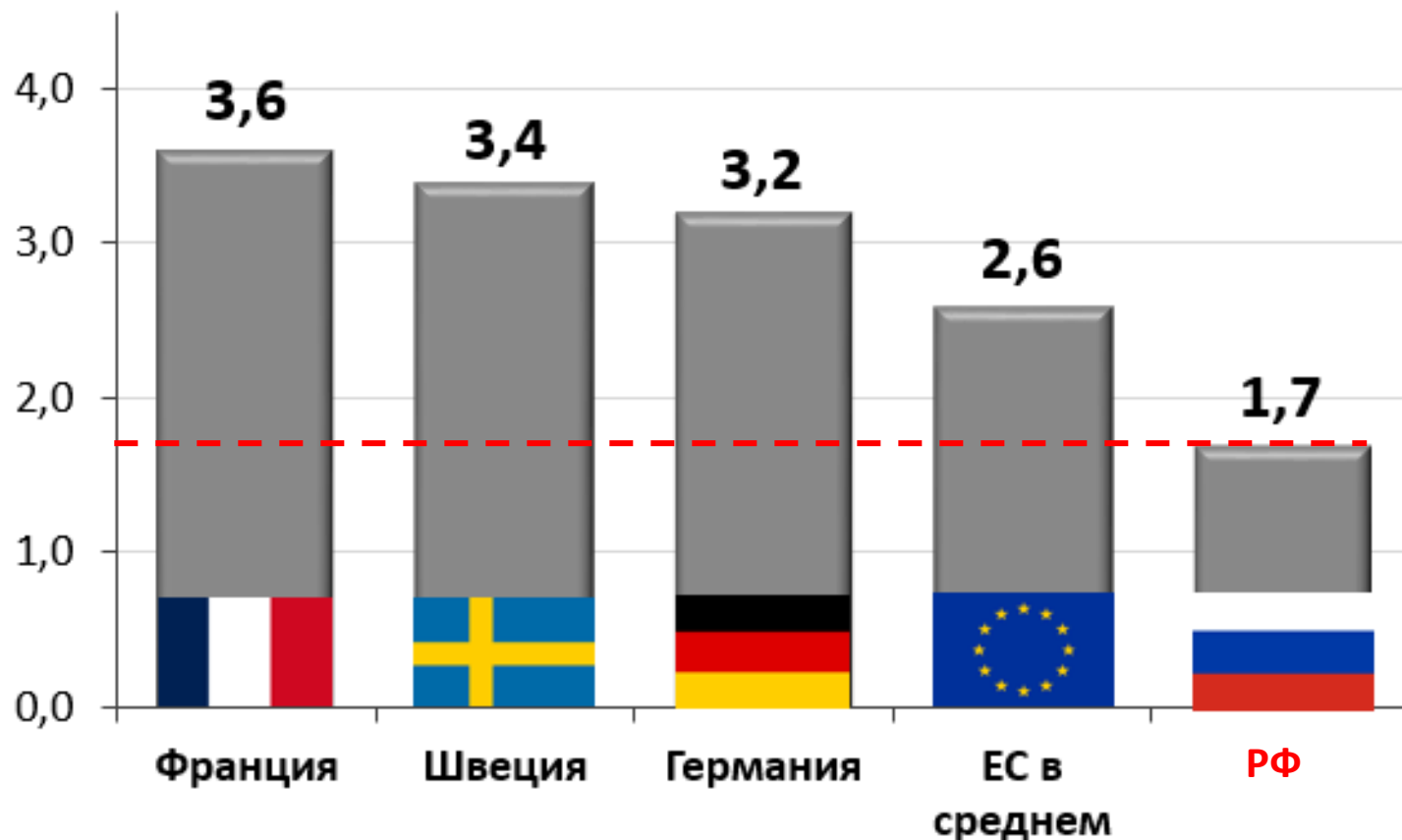
- **удвоение** материнского капитала при рождении второго и последующего детей;
- поддержка семей с детьми от 3 до 7 лет – **доплата $\frac{1}{2}$ медианной зарплаты** в регионе (вне зависимости от статуса нуждаемости);
- создание дружелюбной среды для воспитания детей, как в советское время

Это потребует дополнительно к 3 трлн руб.
еще около 1,8 трлн руб. в год,
что как раз составит около **3% ВВП 2023 г.**

В период 2024-2030 гг. это позволит снизить темп падения рождаемости

Расходы на политику по стимулированию рождаемости и поддержку семей в РФ в среднем **в 2 раза ниже** в доле ВВП, чем в странах, которые добились успехов в этом направлении

Доля в ВВП,% (2020 г. или последний возможный)



Источник: Казначейство РФ, база данных ОЭСР, расчет ВШОУЗ

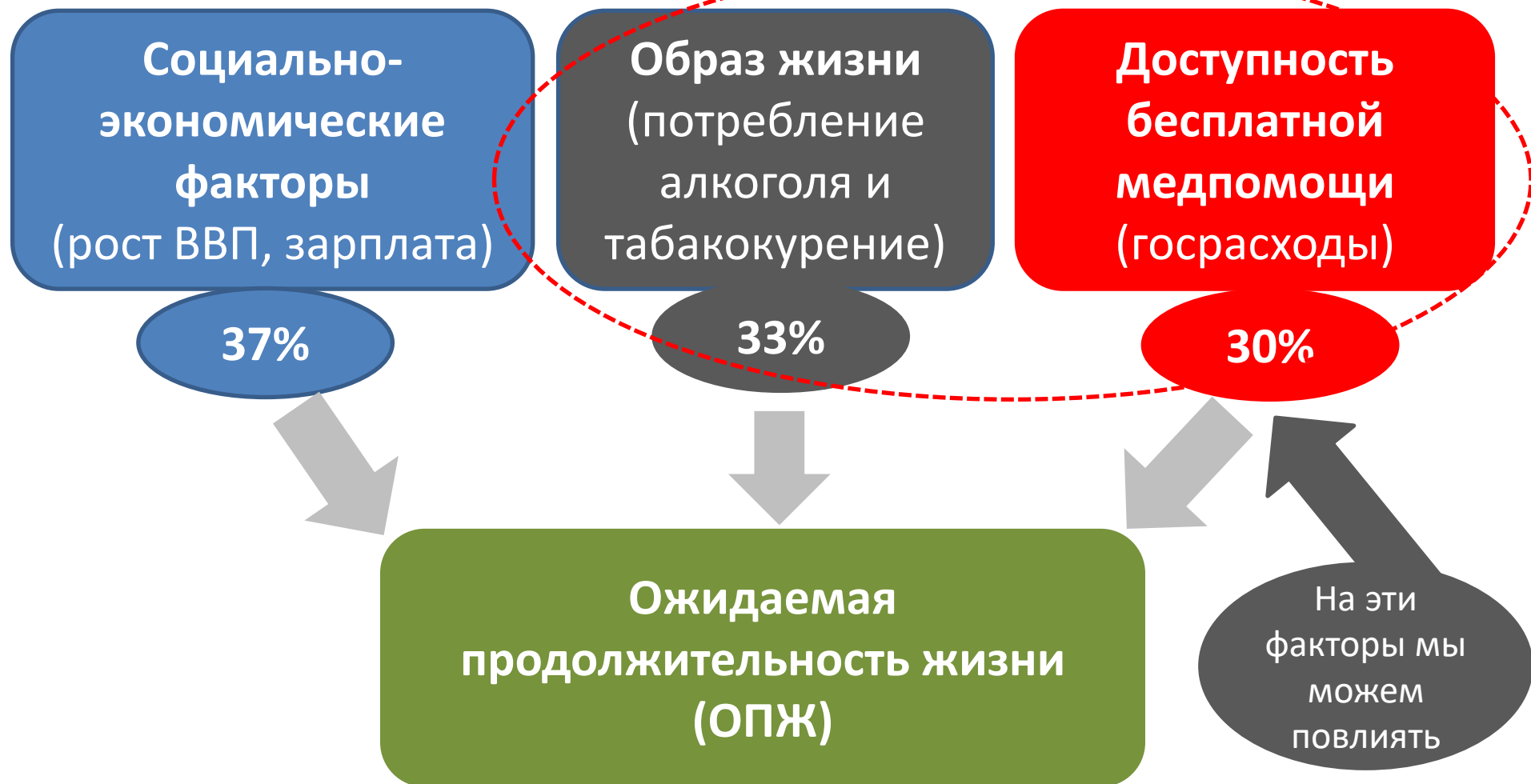
За 2 года (2020 и 2021 гг.) в РФ ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) из-за высокой смертности сократилась **на 3,2 года**. В 2023 г. она вернулась на уровень 2019 г., а в 2024 – **снизилась на 0,6 года**, что по-прежнему **на 5,6 года ниже**, чем в «новых» странах ЕС и **на 9,8 ниже**, чем в старых странах ЕС



«Новые» страны ЕС (8): Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония.

Источники: Росстат, база данных ОЭСР «OECD.Stat», база данных ВОЗ «Здоровье для всех», расчет ВШОУЗ.

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



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**

Реальные доходы населения

С 2013 по 2020 г. сокращение **на 8%**, в 2024 г. -
рост **на 24%**, что только **на 13% выше**,
чем в 2013 г.

Потребление алкоголя

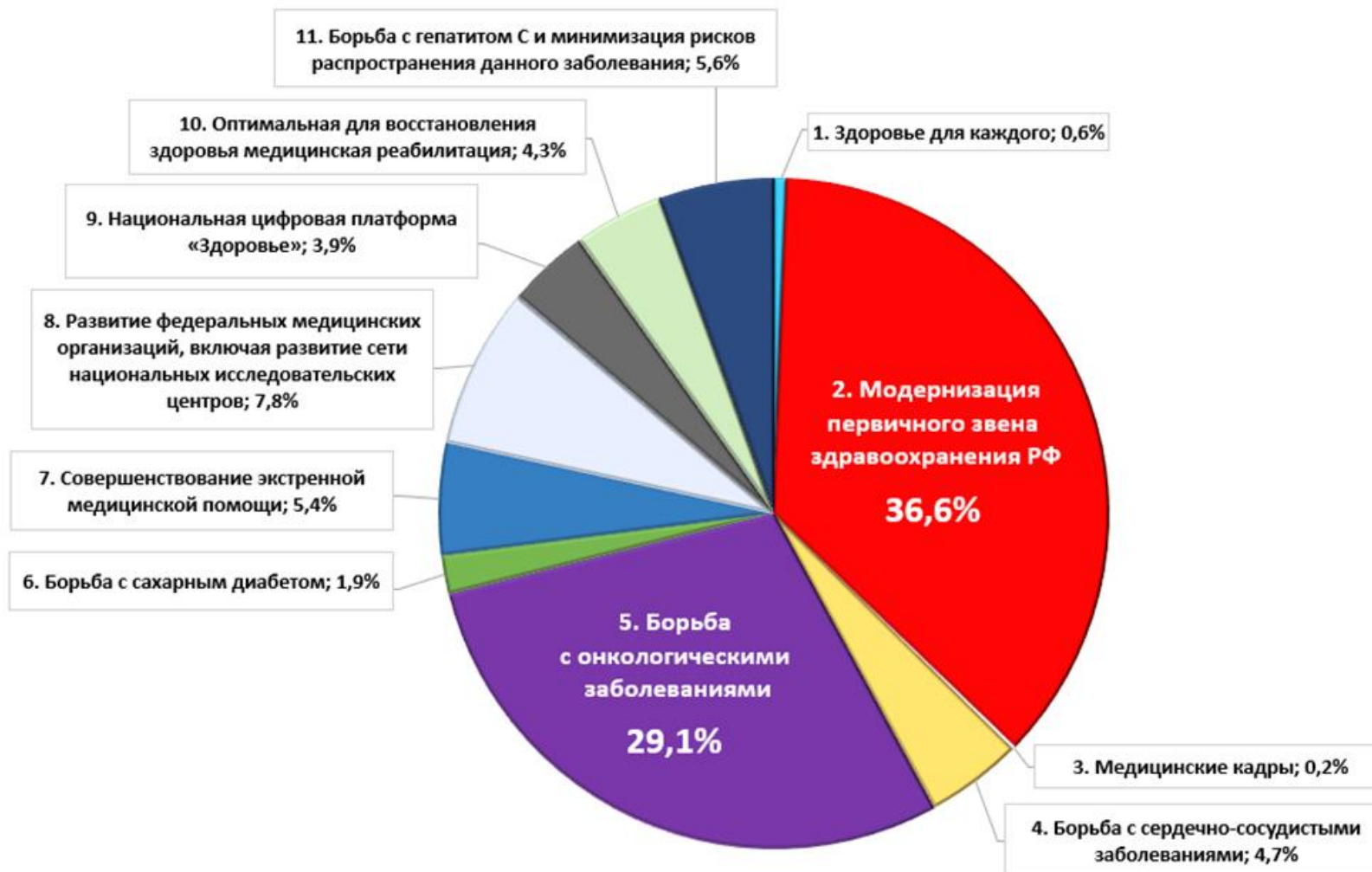
В РФ за последние 15 лет потребление алкоголя
снизилось почти в 2 раза, но сегодня оно
замедлилось и пока **в 2 раза выше, чем в Китае и**
в 3 раза выше, чем в Израиле (чистый спирт на душу
населения старше 15 лет, соответственно, 9,9; 4,5 и 3,1 л.)

Здравоохранение

НЕДОСТАТОЧНО РЕЗЕРВОВ

ТО ЕСТЬ НЕОБХОДИМО ИЗМЕНИТЬ ВОЗДЕЙСТВИЕ ВСЕХ ГЛАВНЫХ ФАКТОРОВ НА ОПЖ

Расходы на НП «Продолжительная и активная жизнь» за 6 лет составят **3 000 млрд руб.**, в среднем ежегодно с поправкой на инфляцию **+ 4-5%** к государственным расходам на здравоохранение



Что беспокоит людей? (мониторинг ВЦИОМ, 2025)

<https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/zdravookhranenie-v-rossii-monitoring?ysclid=mlc28v197n97824751>

42% - довольны, **52%** - недовольны здравоохранением

Причины недовольства:

1. Дефицит кадров и недостаточная компетенция специалистов (**83%**)
2. Недоступность ряда медицинских услуг, очереди, долго ждать (**70%**)
3. Недостаточное качество медицинской помощи (**24%**)
4. Неудовлетворительное материально-техническое оснащение организации (**9%**)

При заболевании:

41% обращаются в государственную поликлинику, больницу,

35% - занимаются самолечением,

17% - обращаются в частную поликлинику, больницу

Пять фундаментальных проблем здравоохранения, решение которых **не предусмотрено** в НП

«Продолжительная и активная жизнь»

1. **Дефицит кадров**, что снижает доступность медпомощи
2. **Недостаточная квалификация медицинских кадров**, что снижает качество медпомощи
3. **Недостаточное лекарственное обеспечение** в амбулаторных условиях, что снижает доступность медпомощи
4. **Неэффективная система финансирования и организации управления:**
 - Недостаточно средств
 - Несправедливое распределение средств между регионами
 - Неверный метод оплаты за медицинскую помощь (*«зарабатывание на потоке больных»*)
5. **Региональное неравенство**

ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА №1: ДЕФИЦИТ КАДРОВ

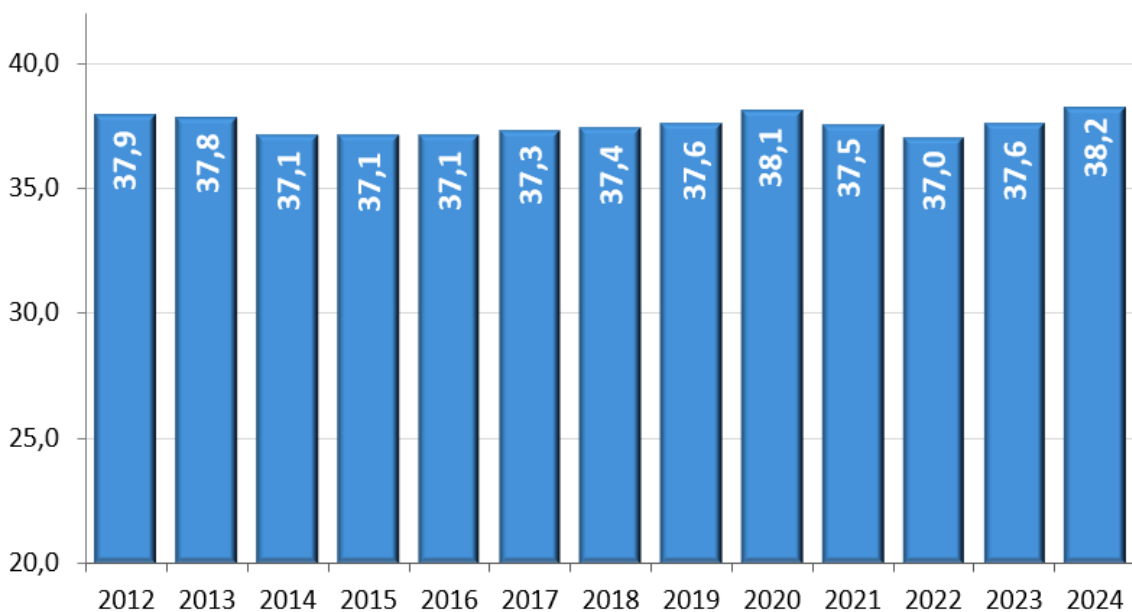
Обеспеченность практикующими врачами в РФ **НЕ РАСТЕТ** и при большем потоке больных и меньшей плотности населения **НИЖЕ**, чем в большинстве развитых стран.

И мы не решим эту проблему только увеличением приема студентов в вузы снижением сроков подготовки

$\Delta 2024/2012$

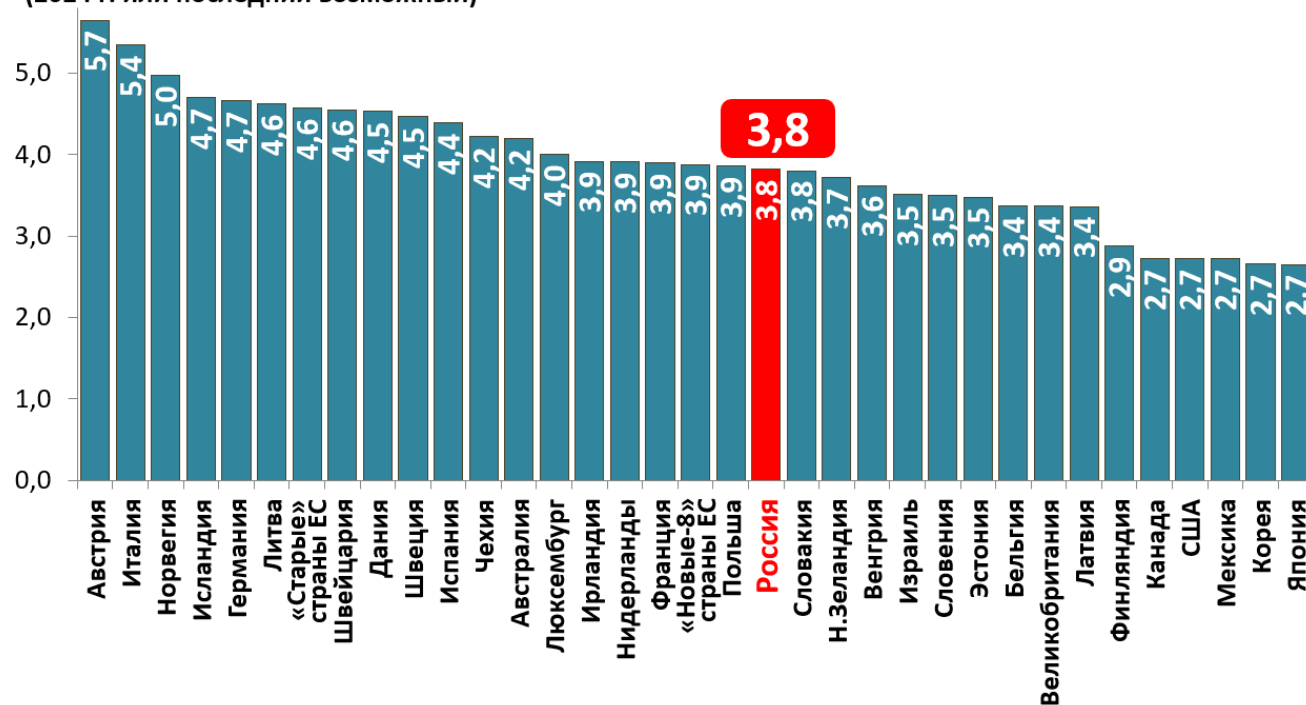
1%

Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Обеспеченность практикующими врачами на 1000 населения, (2024 г. или последний возможный)



«Новые страны ЕС» (8): Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония.

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

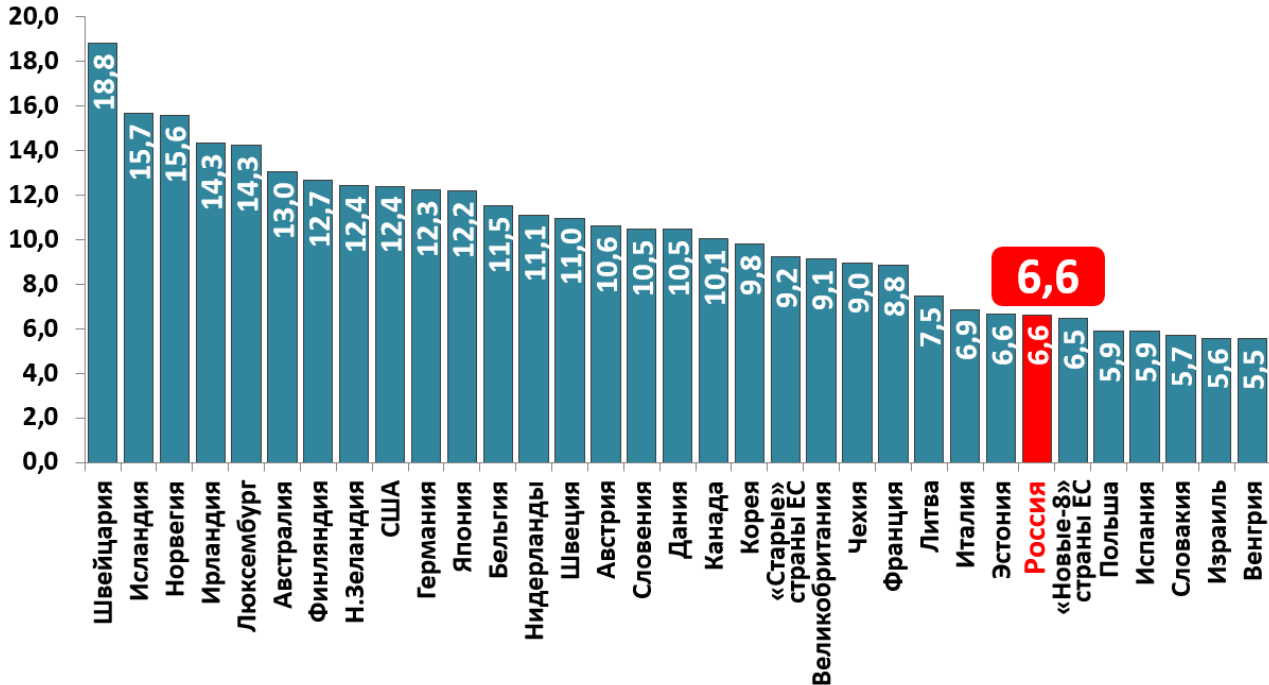
Обеспеченность средним медицинским персоналом в РФ **СОКРАЩАЕТСЯ** и одна из **САМЫХ НИЗКИХ**, по сравнению с развитыми странами. Сокращать сроки подготовки студентов и не повышать квалификацию преподавателей чревато снижением качества специалистов

$\Delta 2024/2012$
-16%



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Обеспеченность средним медицинским персоналом, имеющим прямой контакт с пациентами на 1000 населения (2024 г. или последний возможный)



«Новые» страны ЕС (8) 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



За 11 лет (с 2013 по 2024 г.) средняя заработная плата:

у врачей в текущих ценах **выросла в 2,9 раза**, а в постоянных – только **на 31%** (2013 г. = 100%). При этом обеспеченность врачами осталась практически на одном уровне.



у среднего медперсонала в текущих ценах **выросла в 2,5 раза**, а в постоянных – только **на 15%**. При этом Обеспеченность средними медработниками **снизилась на 15%**.

Источники: данные по оплате труда – Росстат, данные по обеспеченности медработниками – ЦНИИОИЗ.

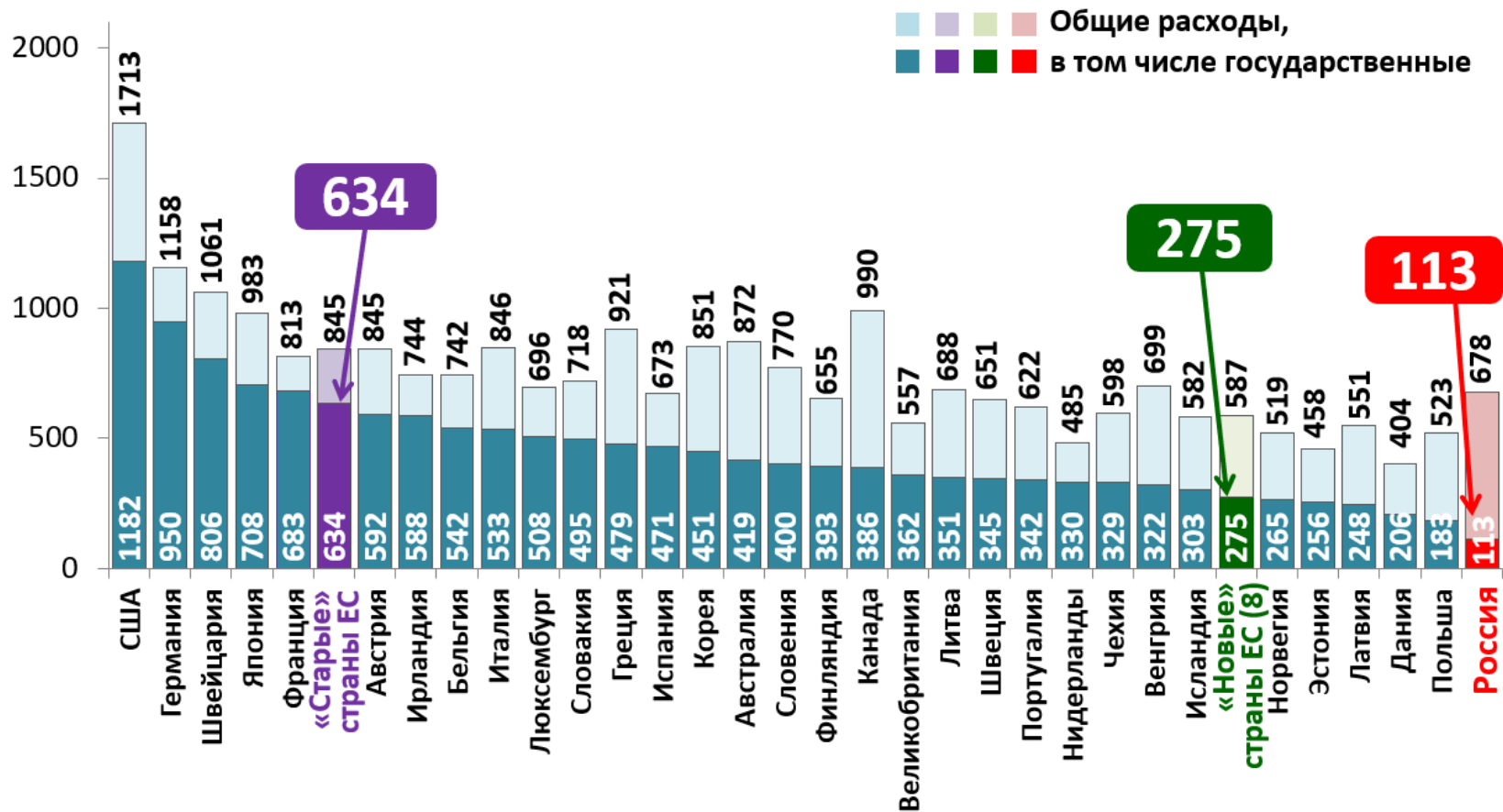
ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА №2: недостаточная квалификация кадров

1. По итогам независимого тестирования, проводимого в Москве, с первого раза **не** сдают экзамен **более 20% кандидатов**
2. **Ежегодно** по итогам экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС (ЭКМП) дефекты выявляются **в 25% случаев**. В результате медицинским организациям выставляются штрафы - **более 11 млрд руб.**
3. Многочисленные жалобы пациентов привели к тому, что в Следственном комитете организован отдел медицинских экспертиз, **ежегодно более 170 уголовных дел** доводятся до суда (и **в 10 раз** больше возбуждается)
4. **Треть** опрошенного населения РФ считает, что необходимо повышать профессиональный уровень врачей и ввести **персональную ответственность** главного врача и лечащего врача за качество лечения (ВЦИОМ, 2019 г.)

ПРОБЛЕМА №3: НИЗКАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ЛЕКАРСТВАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

В 2024 г. в РФ обеспеченность лекарствами в амбулаторных условиях была **в 2,4 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС и **в 5,6 раза 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 ЛС и ИМН в амбулаторных условиях,
\$ППС на душу населения (РФ - 2024 г., ОЭСР - 2023 г.)



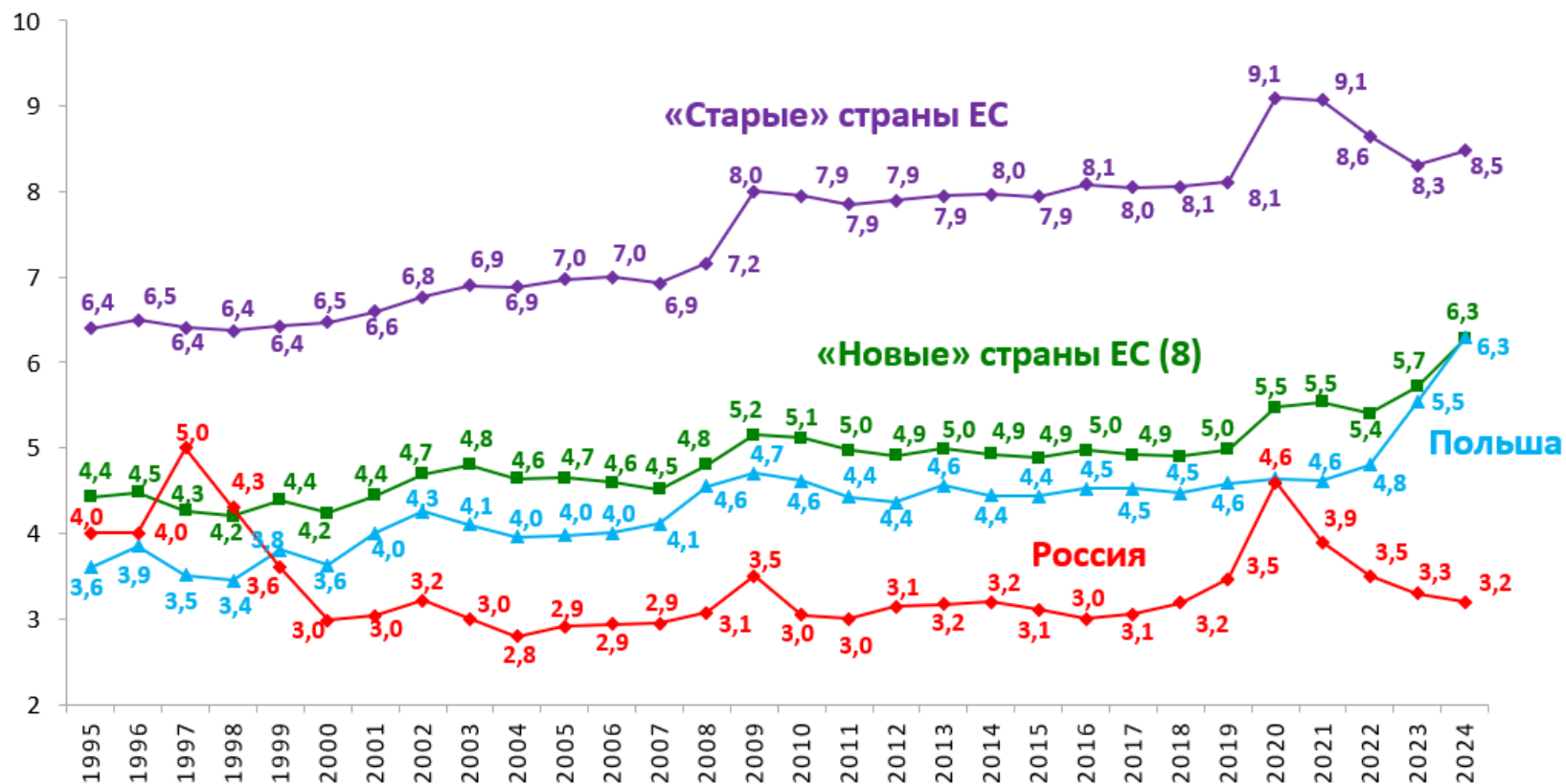
«Новые» страны ЕС (8) включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Росстат; Health at a Glance, 2025; расчет ВШОУЗ.

ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА №4: НЕОПТИМАЛЬНАЯ СИСТЕМА ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В РФ доля госрасходов на здравоохранение в ВВП **в 2 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (относительно близких к РФ по ВВП на душу) и **в 2,2 раза ниже** на душу населения (по \$ ППС).

Без соблюдения норматива финансирования госрасходов - **min 5% ВВП** - мы **НЕ СМОЖЕМ** дальше увеличивать доступность медицинской помощи и снижать смертность

Расходы на здравоохранение, в % от ВВП



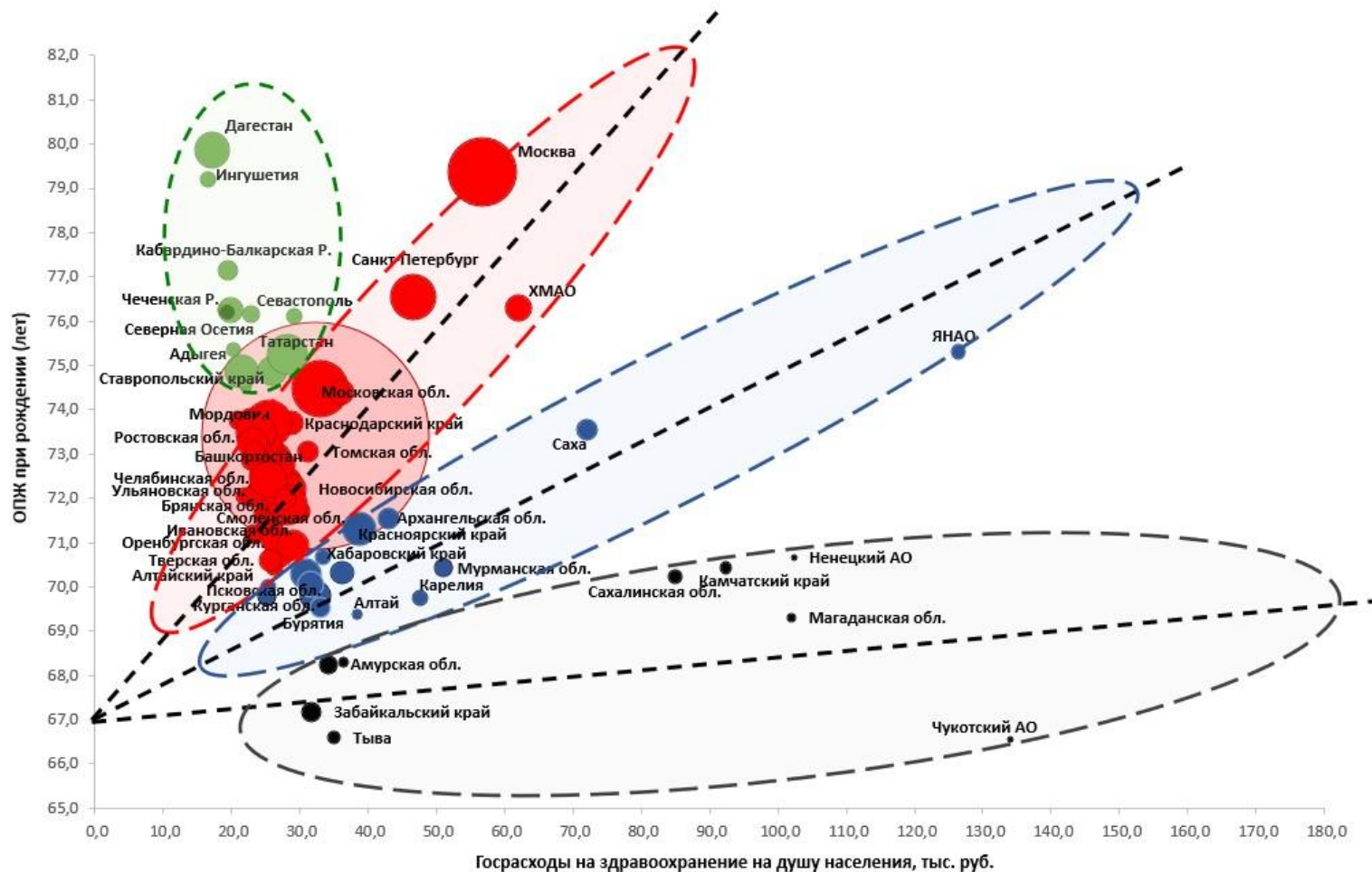
- раздробленность источников финансирования ;
- запутанные межбюджетные трансферты;
- несправедливый принцип распределения средств в регионы
- неэффективный способ оплаты медпомощи «за пролеченного больного».

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

Источники: Минздрав РФ, Казначейство РФ; база данных ОЭСР «OECD.Stat», расчет ВШОУЗ.

ПРОБЛЕМА №5: РЕГИОНАЛЬНОЕ НЕРАВЕНСТВО

Видоизмененная диаграмма Престона за 2023 г. для России (в целом) и всех регионов; по вертикали – ОПЖ, по горизонтали – подушевые госрасходы на здравоохранение. В регионах, которые выше красной кривой, как СПб – **здравоохранение более эффективно**, чем у тех, которые ниже ее



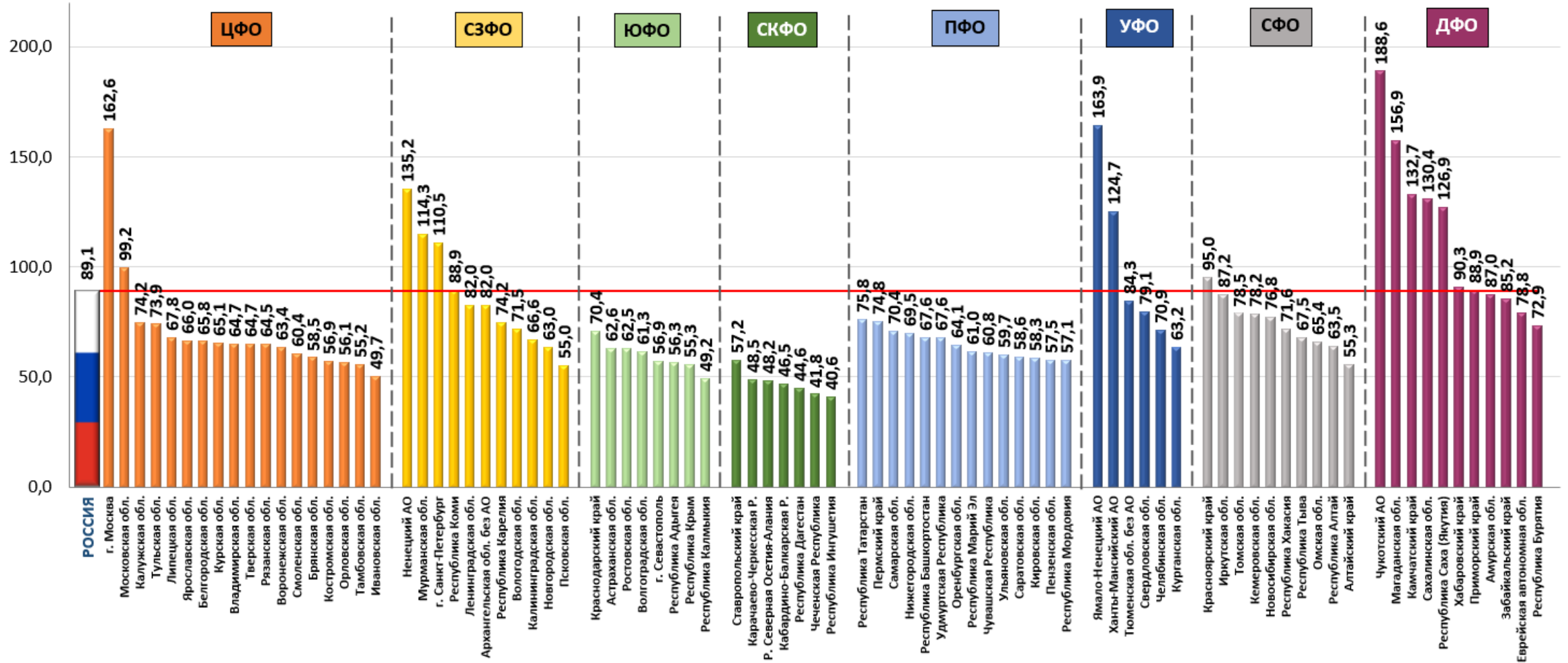
Зеленым отмечены регионы, имеющие высокие значения ОПЖ. Это субъекты СКФО и Татарстан.

Красным – регионы вокруг первой наклонной прямой с относительно благоприятными значениями ОПЖ, преимущественно расположенные в центральной части России.

Синим и черным – регионы вокруг второй и третьей наклонных прямых с низкими значениями ОПЖ (за искл. ЯНАО и Якутии). Это преимущественно субъекты СЗФО, СФО, ДФО с неблагоприятными климатическими условиями.

Средняя номинальная начисленная заработная плата на одного работника в Москве – 163 тыс. руб., в Псковской области – **в 3 раза ниже**, в Кемеровской обл. - **в 2,1 раза ниже**

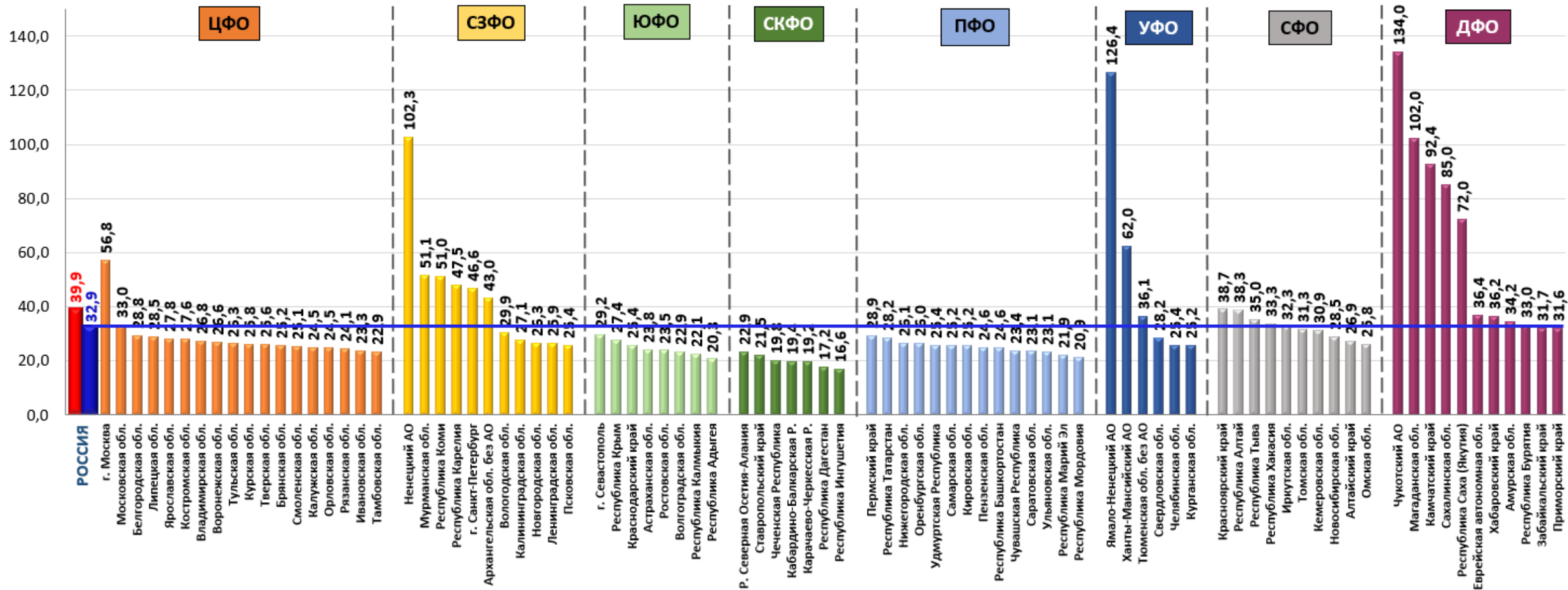
Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата на одного работника, тыс. руб. (2024 г.)



Источник: Росстат.

Подушевые государственные расходы на здравоохранение в Москве составляют **56,8 тыс. руб.** на душу населения, что **в 2 и более раз выше**, чем в Иркутской, Кемеровской, Тверской и Псковской областях

Подушевые государственные расходы на здравоохранение (средства консолидированных бюджетов и ТФОМС), тыс. руб. (2023 г.)



■ – средние подушевые расходы на здравоохранение из всех источников финансирования в РФ
■ – средние региональные подушевые расходы на здравоохранение в РФ (консолидированные бюджеты субъектов РФ и средства территориальных внебюджетных фондов)

Источники: Росстат, Казначейство России, расчет ВШОУЗ.

Госрасходы на здравоохранение должны поэтапно (за 3-4 года) возрасти с 3,2% 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 компенсация 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

Что надо делать в среднесрочной перспективе до 2030 г.?



УКАЗ

ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2030 года

В соответствии со статьей 17 Федерального закона от 28 июня 2014 г. № 172-ФЗ "О стратегическом планировании в Российской Федерации" п о с т а н о в л я ю:

1. Утвердить прилагаемую Стратегию развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2030 года.
2. Правительству Российской Федерации в 6-месячный срок утвердить план мероприятий по реализации Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2030 года.
3. Рекомендовать органам государственной власти субъектов Российской Федерации руководствоваться положениями Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2030 года при осуществлении своей деятельности в сфере охраны здоровья граждан, предусмотрев внесение необходимых изменений в стратегию социально-экономического развития субъектов Российской Федерации.
4. Настоящий Указ вступает в силу со дня его подписания.



Президент
Российской Федерации В.Путин

Москва, Кремль
8 декабря 2025 года
№ 896



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 1 июня 2021 г. № 847

МОСКВА

О реализации пилотного проекта в целях утверждения требований к системам оплаты труда медицинских работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения

Правительство Российской Федерации п о с т а н о в л я е т:

1. Реализовать в 2021 - 2022 годах в Республике Саха (Якутия), Белгородской, Курганской, Омской, Оренбургской, Тамбовской областях и г. Севастополе пилотный проект по апробации требований к системам оплаты труда медицинских работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения (далее соответственно - работники, учреждения, пилотный проект) в целях утверждения указанных требований Правительством Российской Федерации.

9) обеспеченность врачами медицинских организаций, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, - 43,46 человека на 10 тыс. населения;

Поэтапное выполнение Указов Президента РФ и Постановлений Правительства РФ, в здравоохранении и образовании, см. п 19 Указа (ожидаемые результаты, пп.9 и 10)

Это потребует **поэтапного** повышения расходов на здравоохранение к 2030 г. с **3,5% ВВП до 5% ВВП.**

Целевые вложения в демографические проекты и здравоохранение всегда приносят **результат**

Проект	Период	Результат
Материнский капитал	2007-2021 г.	+ 2,2 млн детей
Приоритетный национальный проект «Здоровье»	2005-2009 г.	Снижение смертности населения на 12% Увеличение ОПЖ на 3,4 года
Программа по совершенствованию перинатальной помощи	2013-2023 г.	Младенческая смертность снизилась в 2 раза
Программа по борьбе с онкологическим заболеваниями	2019-2023 г.	Смертность от новообразований снизилась на 5,6%
Антиалкогольная концепция	с 2010 г. по 2021 г.	Потребление алкоголя снизилось почти в 2 раза
Антитабачное законодательство	с 2012 г. по 2021 г.	Табакокурение снизилось почти в 2 раза

У врачей РФ есть отечественные системы, которые работают на современных ИИ-решениях и актуальных, регулярно обновляемых базах медицинских знаний и зарегистрированных в РФ лекарственных средств. Соответствуют мировым аналогам - Clinical Key AI и Open Evidence AI

ДЛЯ ВРАЧЕЙ и ОРДИНАТОРОВ

МБ ГЭОТАР



КОНСУЛЬТАНТ ВРАЧА (БАЗА ЗНАНИЙ) с ИИ

- Электронная медицинская библиотека.
- ИИ-консультант, обученный на клинических рекомендациях и мировых руководствах «Золотой серии».

ЛС ГЭОТАР

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ СПРАВОЧНИК С ОЦЕНКОЙ РИСКОВ ФАРМАКОТЕРАПИИ

- Оценка рисков, взаимодействие препаратов и дублирование назначений.

ДЛЯ СТУДЕНТОВ и ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ

КС ГЭОТАР

ЭЛЕКТРОННАЯ БИБЛИОТЕЧНАЯ СИСТЕМА С ИИ



- ИИ-помощник, обученный на медицинских учебниках:
- ✓ преподавателям для подготовки к занятиям и составления тестов, лекций, презентаций;
 - ✓ студентам для подготовки к экзаменам и разъяснения сложных концепций.

XIV КОНГРЕСС ОРГЗДРАВ-2026

Приглашаем продолжить разговор



ГЛАВНАЯ ТЕМА «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ИИ: ГРАНИ СОТРУДНИЧЕСТВА»

Фундамент будущего:
национальный план внедрения
ИИ в здравоохранении

Мировая индустрия ИИ в
здравоохранении: карта
достижений и рисков

ИИ-экспансия:
опыт других стран и отраслей

«Не навреди»:
границы безопасности ИИ

Преодолевая инерцию в
здравоохранении:
редизайн процессов

Дополненный интеллект: врач и
ИИ

На приеме у нейросети:
пациент и ИИ

Клинический прогноз
развития ИИ в медицине.
Беседы с лидерами

ИИ-решения в практике
здравоохранения

КОНКУРС
ИИ-пионеры ждут
инвестиций



МОСКВА, 22 МАЯ 2026

WWW.CONGRESS.ORGZDRAV.COM