



ВЫСШАЯ ШКОЛА  
ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

# Здравоохранение России: как достичь ОПЖ равной 76 лет к 2025 г.

.....  
Руководитель Высшей школы организации и управления  
здравоохранением (ВШОУЗ),  
доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения,  
экономики здравоохранения РНИМУ им. Н.И. Пирогова

**д.м.н. Улумбекова Г.Э.**

# Цель до 2025 г.



Ожидаемая продолжительность жизни  
российских граждан должна возрасти

**до 76 лет**

*Заседание Совета по Стратегическому развитию и приоритетным проектам,  
21 марта 2017 г.*

# Содержание:

1. **Балансы** системы здравоохранения РФ
2. Каково **здоровье** населения РФ сегодня
3. **Факторы**, влияющие на здоровье населения РФ
4. **Эффективность** здравоохранения РФ
5. Какие **вызовы** ждут здравоохранение РФ в 2018 - 2020 гг.
6. Мы можем от чего-либо **отказаться**?
7. **Приоритеты** развития здравоохранения до 2025 г. - кадры решают **все**



**1.**

---

**БАЛАНСЫ СИСТЕМЫ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

# 1 баланс – между профилактикой и потоками пациентов

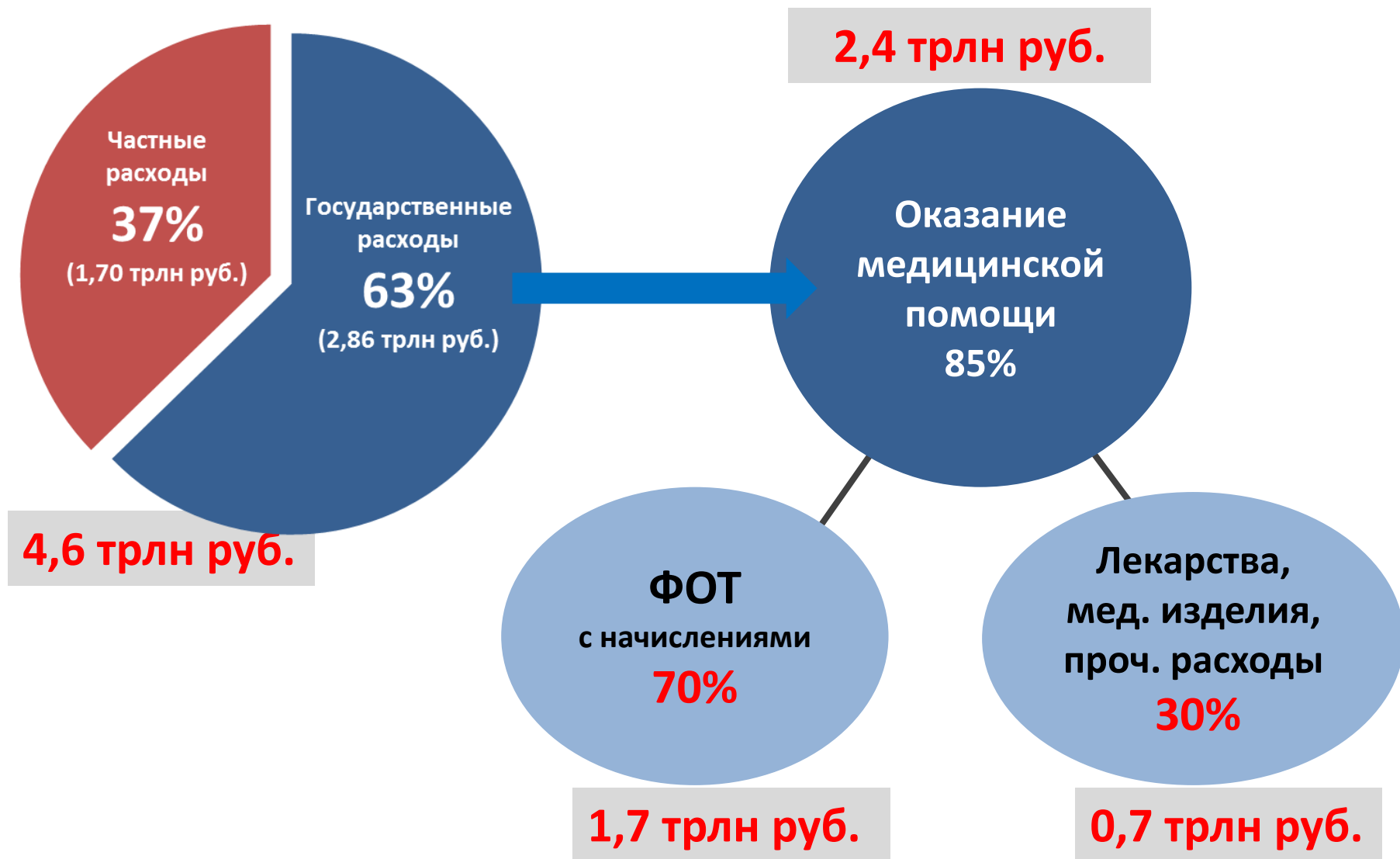
---



# Мощности системы здравоохранения РФ и потоки больных (2015/2012)



# 3 баланс – между объемом финансирования здравоохранения и объемом медицинских услуг, и заработной платой врачей, 2015 г.



# 4 баланс – между уровнями оказания медицинской помощи



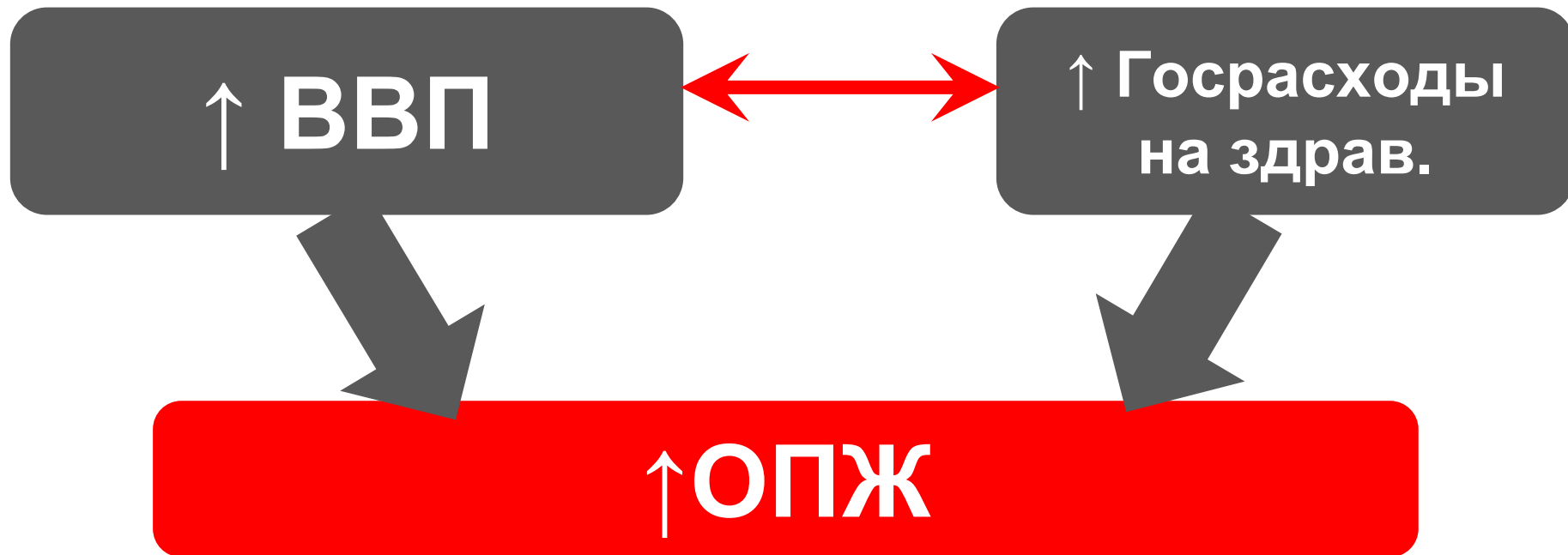


При **снижении** государственного финансирования здравоохранения мы расставляем не главные приоритеты за счет снижения **общедоступных** видов медицинской помощи

---



**5 баланс – между ОПЖ и финансированием здравоохранения.**  
Методом регрессионного анализа для РФ на периоде 2011-2015 гг. доказано, что:



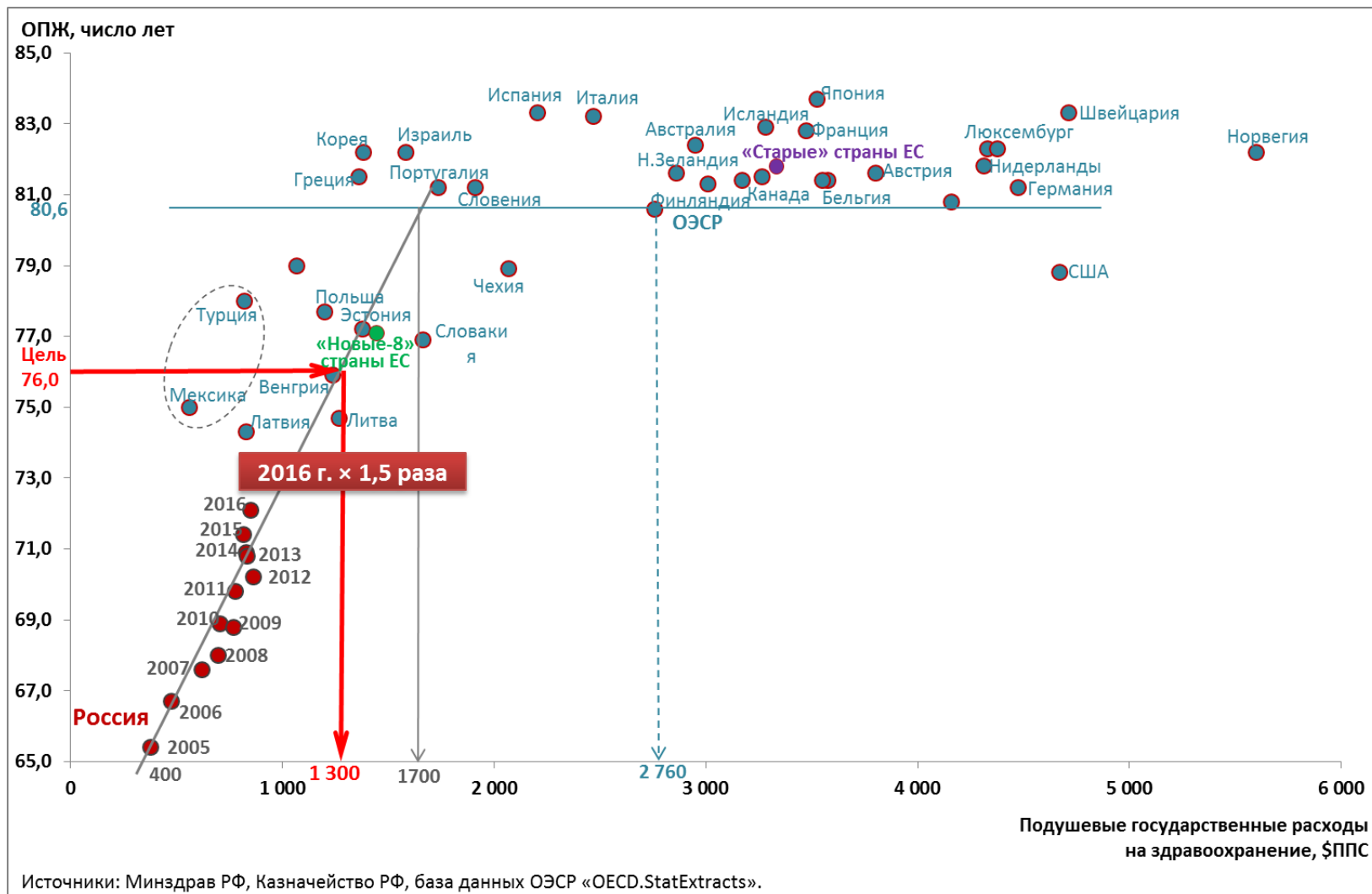
Если ВВП растет на 10%, то ОПЖ растет на 0,27%

Если госрасходы на здрав. растут на 10%, то ОПЖ растет на 0,33%

Т.е. увеличения финансирования здрав. на 10% при неизменных других условиях (ВВП, потребление алкоголя), даст увеличение ОПЖ ежегодно на 0,25 лет.

За 8 лет это увеличение финансирования в 2 раза, что даст рост ОПЖ на 2 года

# В РФ ОПЖ напрямую зависит от госрасходов на здравоохранение в зоне от 400 до 1700 \$ППС





## **2. Здоровье населения РФ сегодня**

---

**Неудовлетворительное**

# Население о здравоохранении в 2016 году

ВЦИОМ и Левада-центр

---

**75%** населения гордятся, что они граждане России

**2%** гордятся системой здравоохранения

**3-я** по важности проблема для граждан —  
здравоохранение (1 – низкие зарплаты,  
2 – отсутствие роста экономики)

**Только 36%** населения доверяют врачам (годом ранее - **55%**)

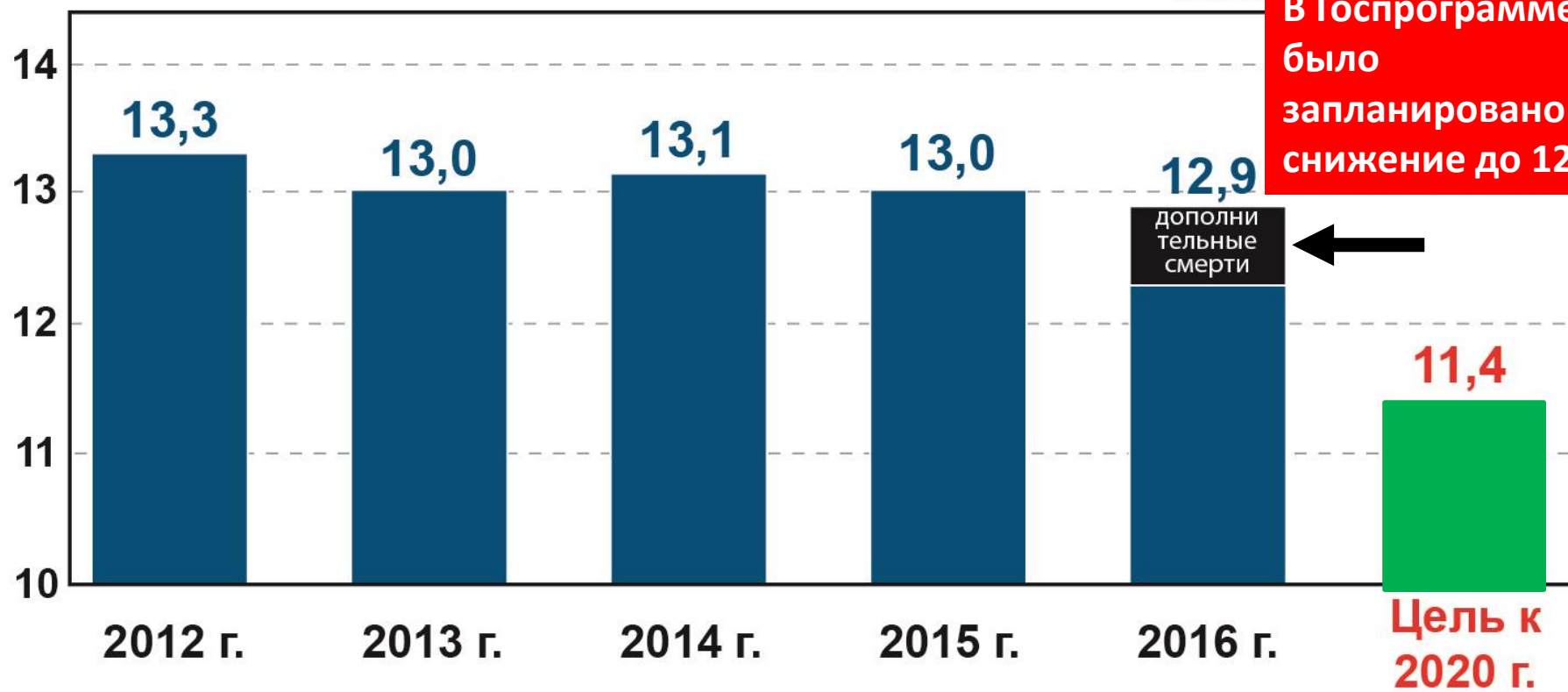
## Население беспокоят:

- снижение **доступности** медицинской помощи
- высокие цены на **лекарства**
- нехватка **специалистов** на местах
- **отношение** мед. работников к пациентам

# Последние годы в России ОКС стагнирует на уровне **13 случаев** на 1 тыс. населения

Общий коэффициент смертности  
(число случаев на 1 тыс. населения в год)

Источник:



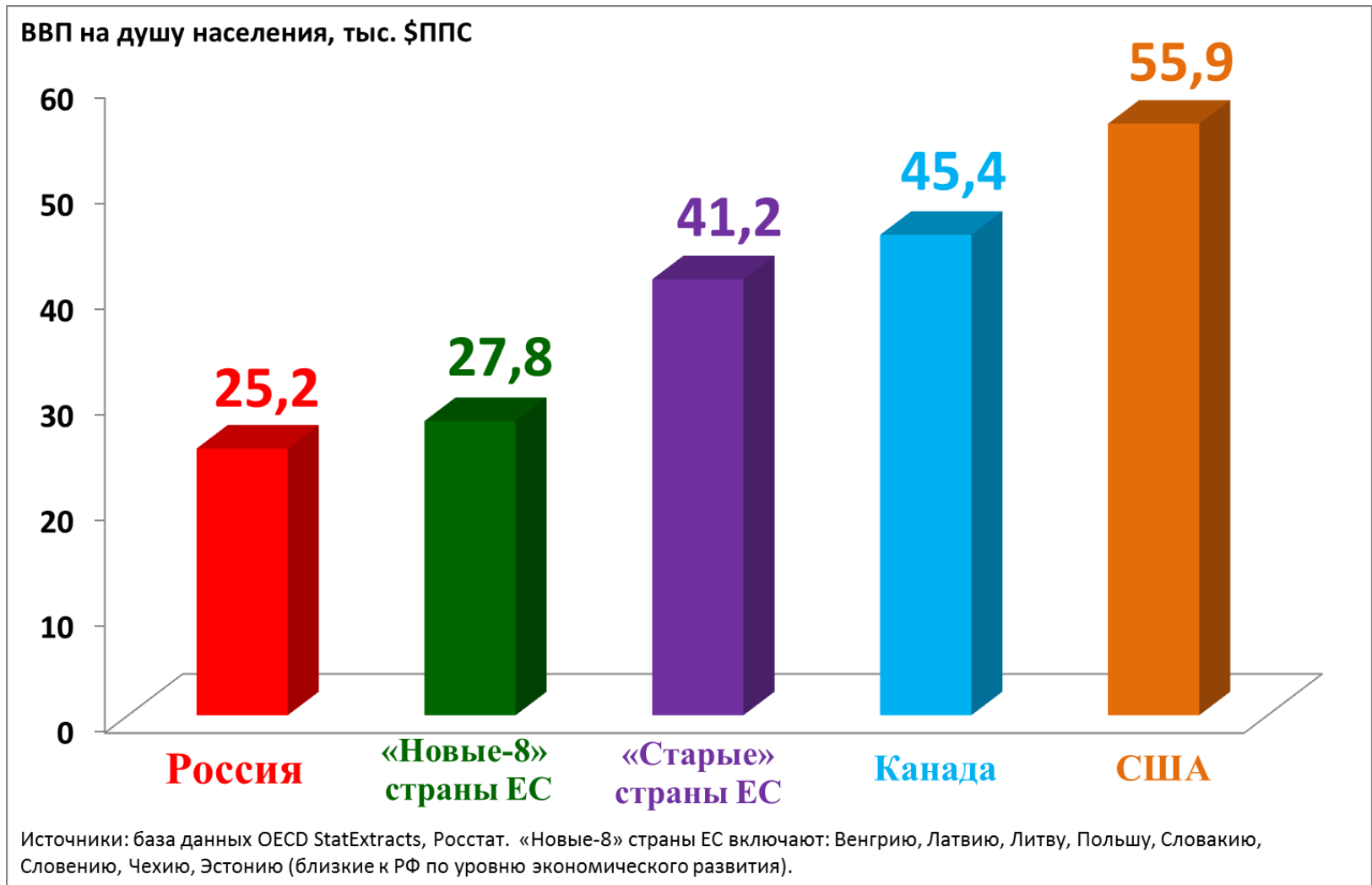
# Объективный показатель здоровья населения – ОПЖ (ожидаемая продолжительность жизни при рождении)



В 2016 г. ОПЖ в РФ – **71,9** года

# С кем мы можем себя сравнить?

— с «новыми-8» странами ЕС, близкими к РФ по уровню экономического развития (ВВП на душу населения)

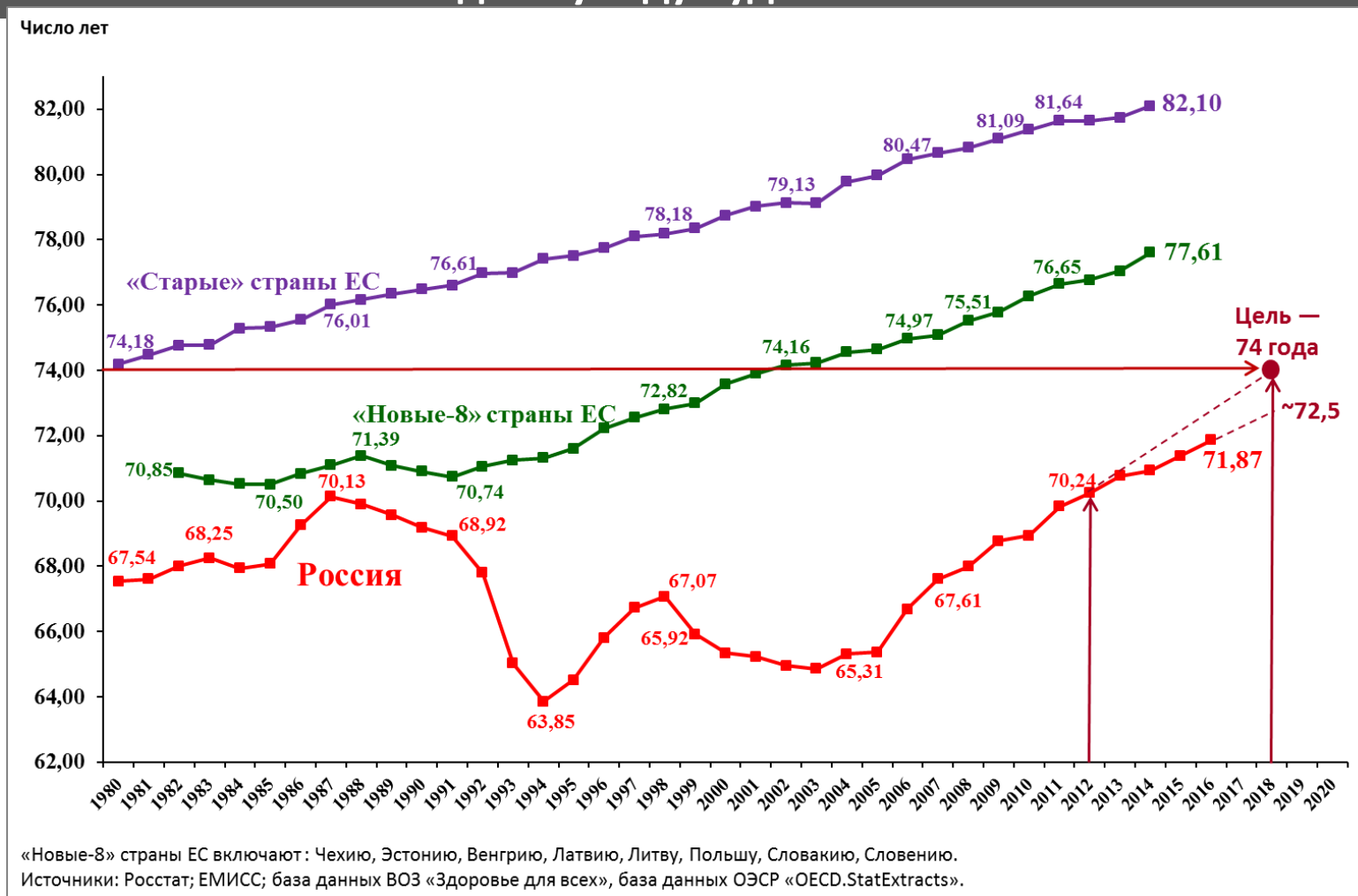


все показатели по «новым-8» странам ЕС средневзвешенные с учетом численности населения

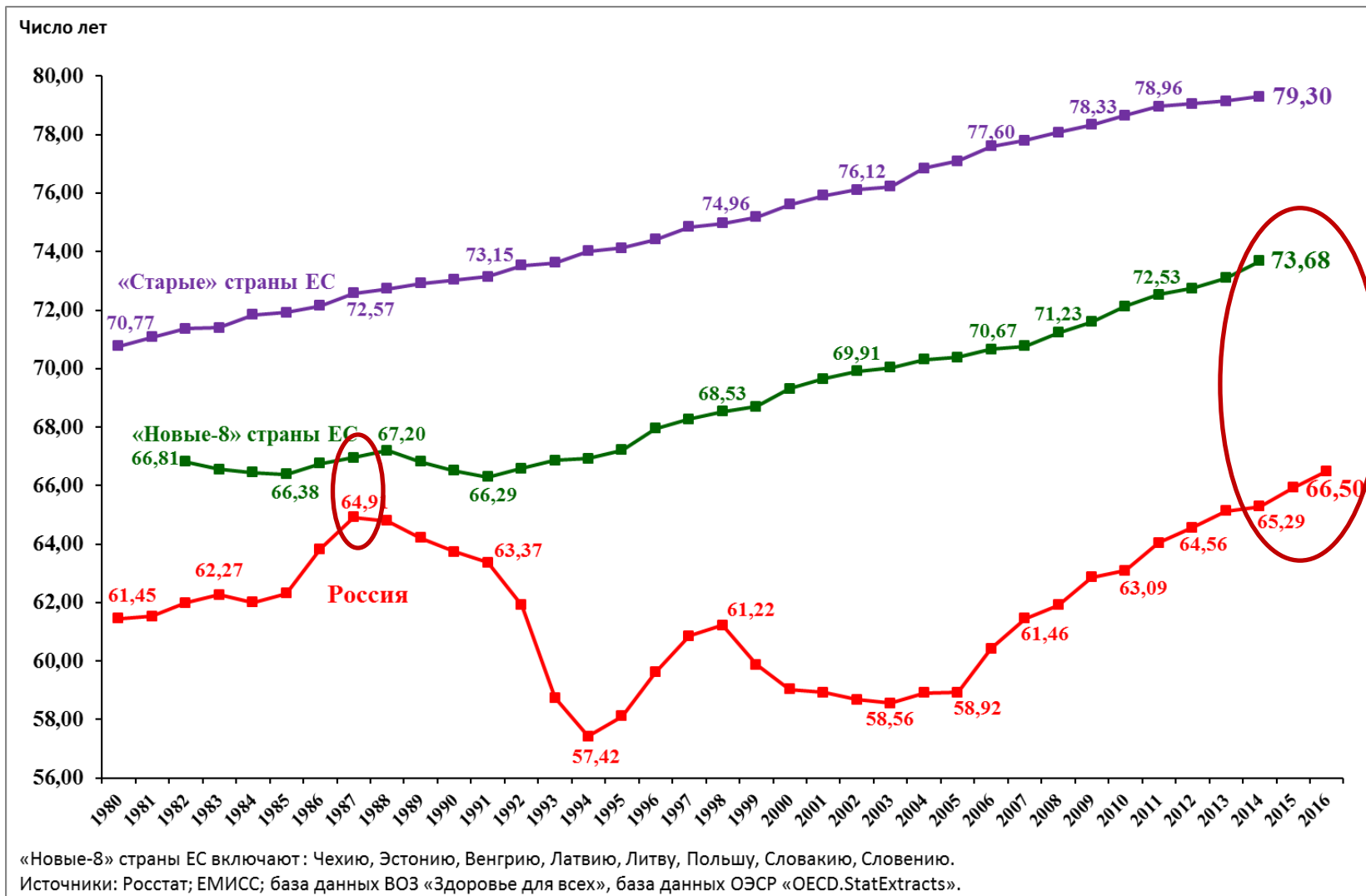


# Темп роста ОПЖ в РФ за последние 4 года замедлился в 2 раза (0,4 года) и в 2016 г. ОПЖ на 5,7 года ниже, чем в «новых-8» странах ЕС

Здесь и далее РФ – 2015-2016 г., ЕС – 2014 г., т.е. разница при сравнении по одному году будет выше

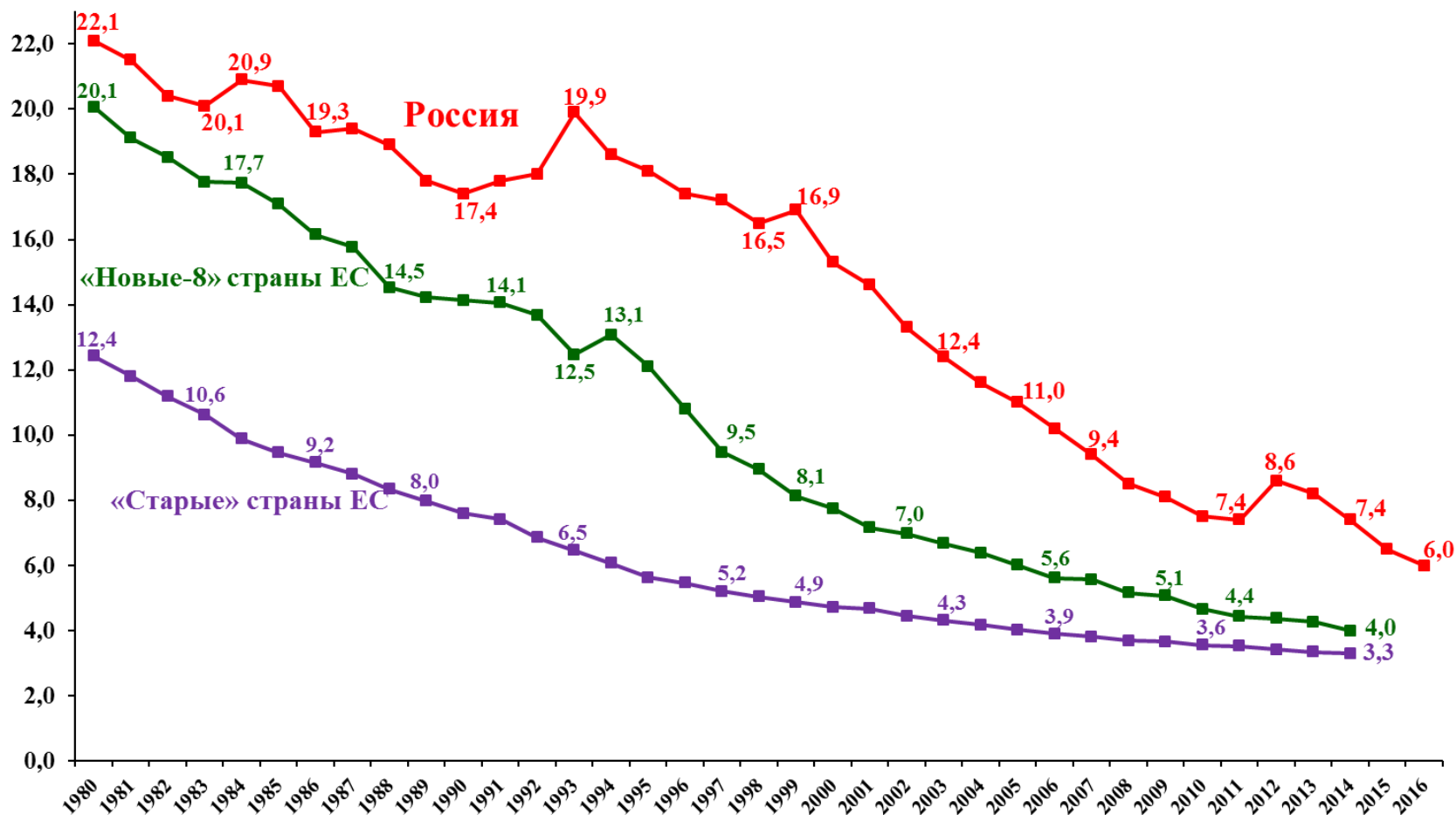


# Российские мужчины живут на 7,2 года меньше, чем мужчины в «новых-8» странах ЕС (в 1987 г. разница была 2,1 года)



# Коэффициент младенческой смертности в РФ снижается, но в 2016 г. в 1,5 раза выше, чем в «новых-8» странах ЕС

Число умерших в возрасте до 1 года  
на 1 тыс. родившихся живыми

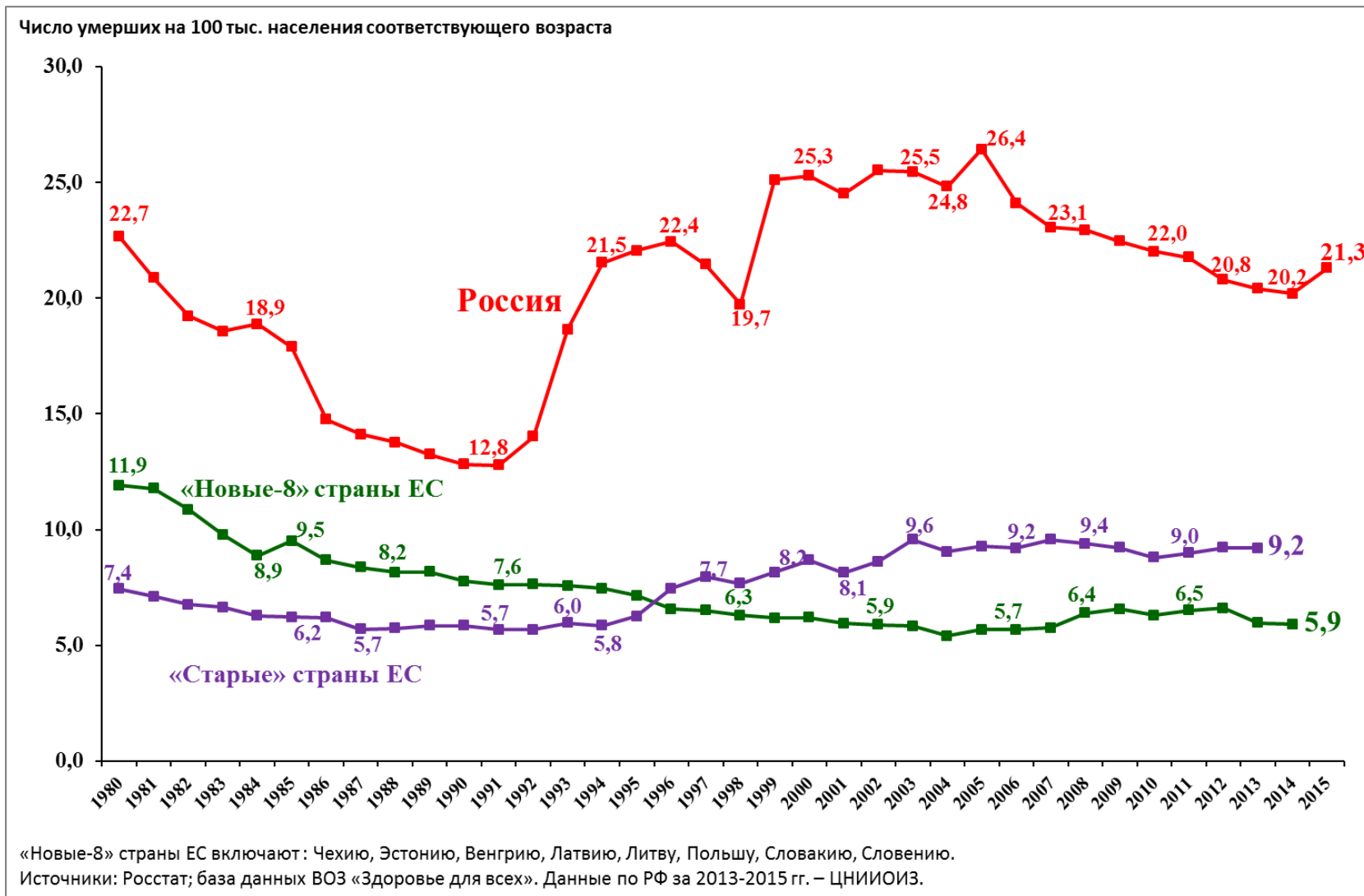


«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.

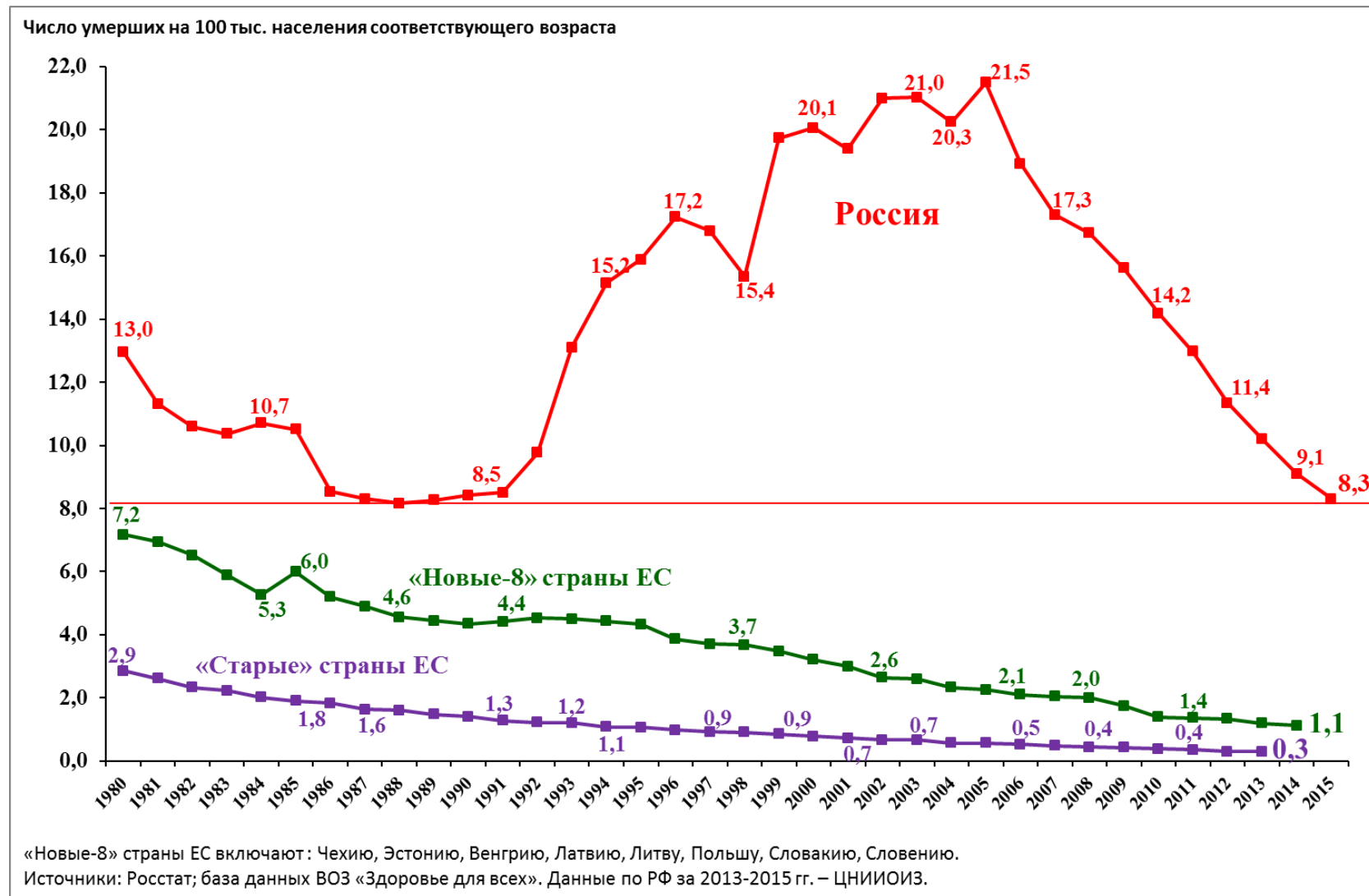
Источники: Росстат; ЕМИСС; база данных ВОЗ «Здоровье для всех», база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts».

# СКС от инфекционных болезней

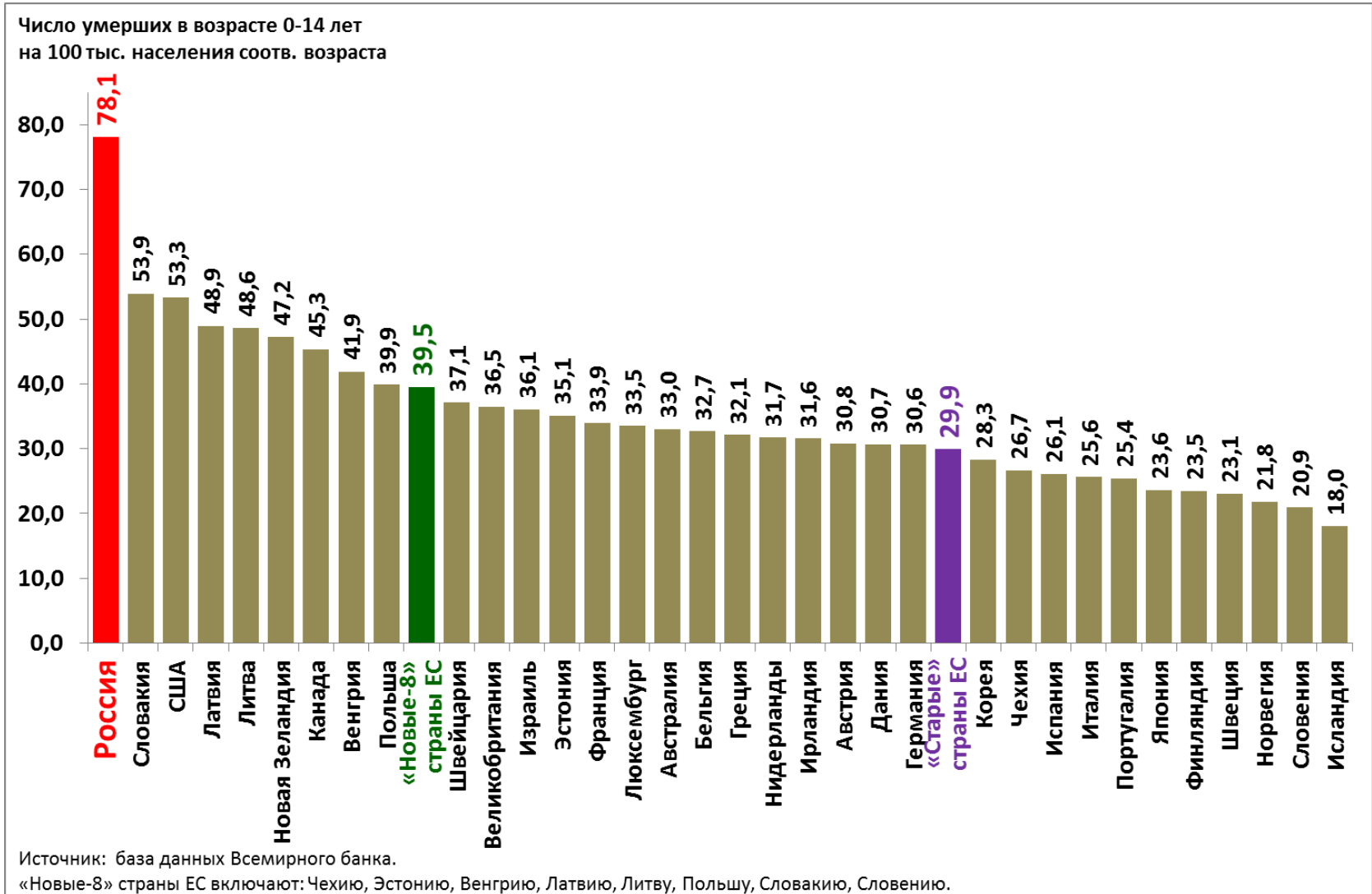
в РФ в 2015 г. выросла на **5%**, и в **3,6 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (в 2016 г. рост ОКС от инф. болезней – на **1,4%**)



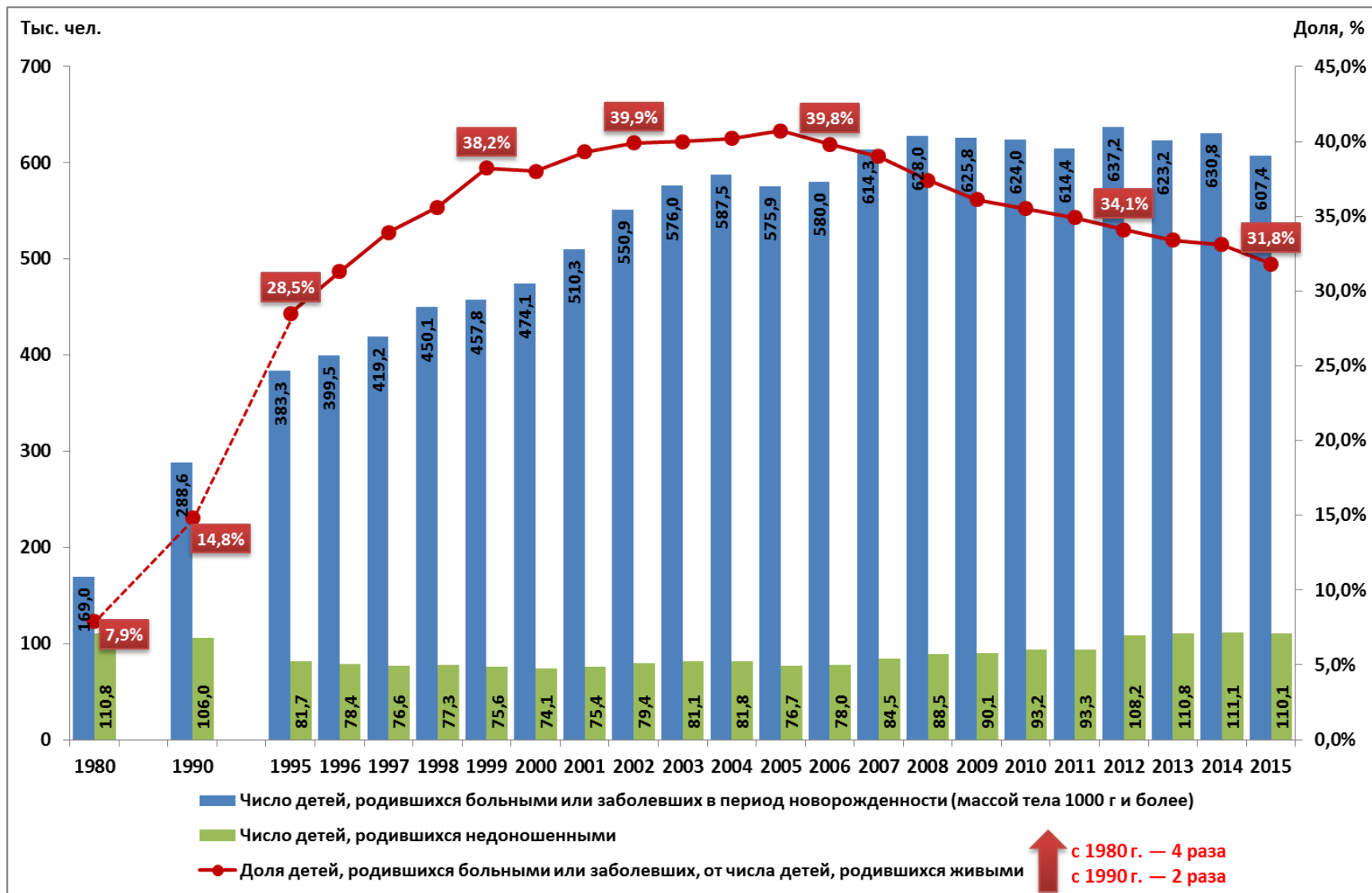
# Смертность (СКС) от туберкулеза в РФ снижается, но в 2015 г. в 7,5 раза выше, чем в «новых-8» странах ЕС



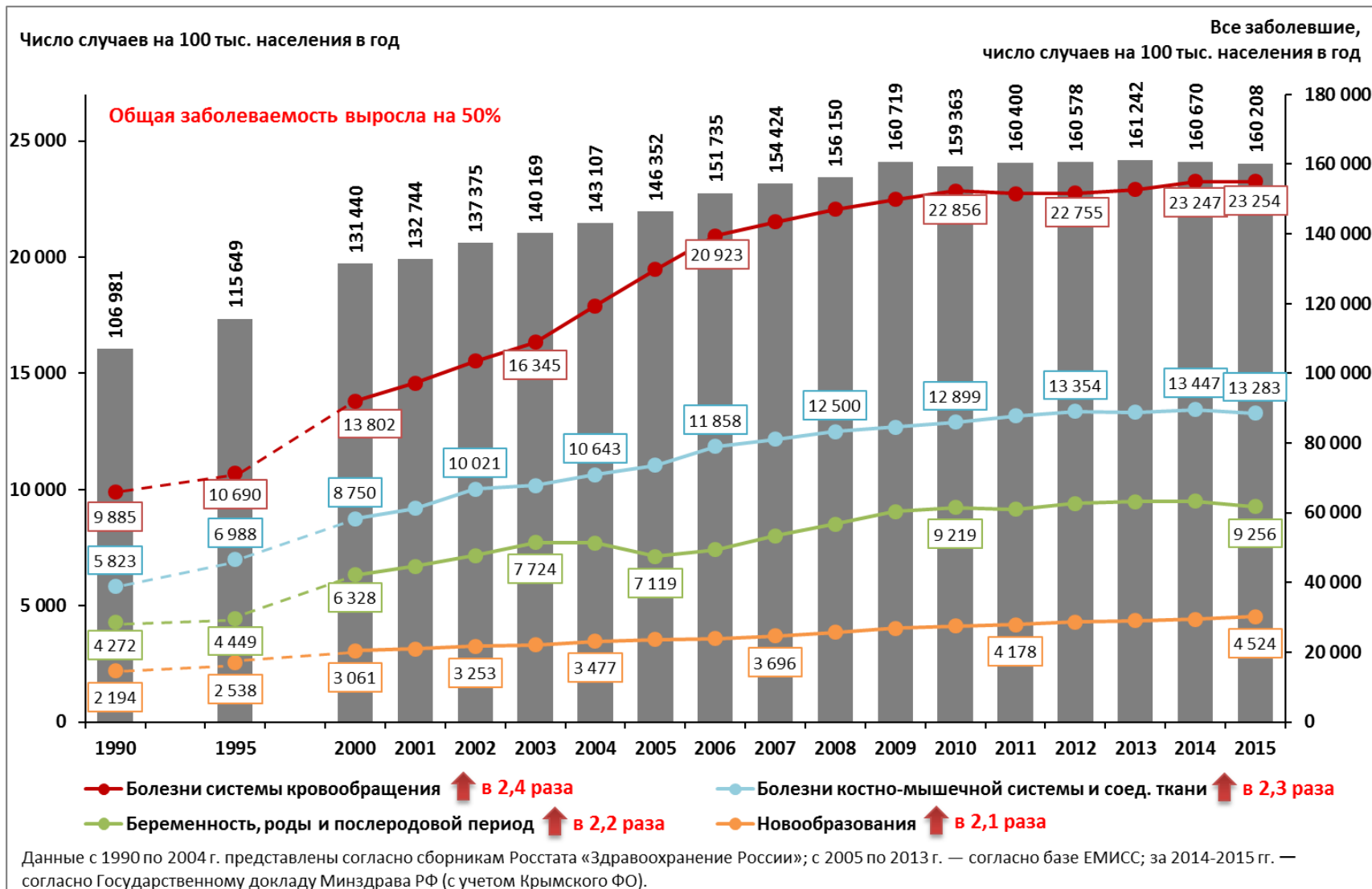
# Смертность детей в возрасте от 0 до 14 лет в РФ с 1990 г. снижается, но в 2015 г. в 2 раза выше, чем в «новых-8» странах ЕС



# Доля детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности, в РФ с 1980 г. выросла в 4 раза

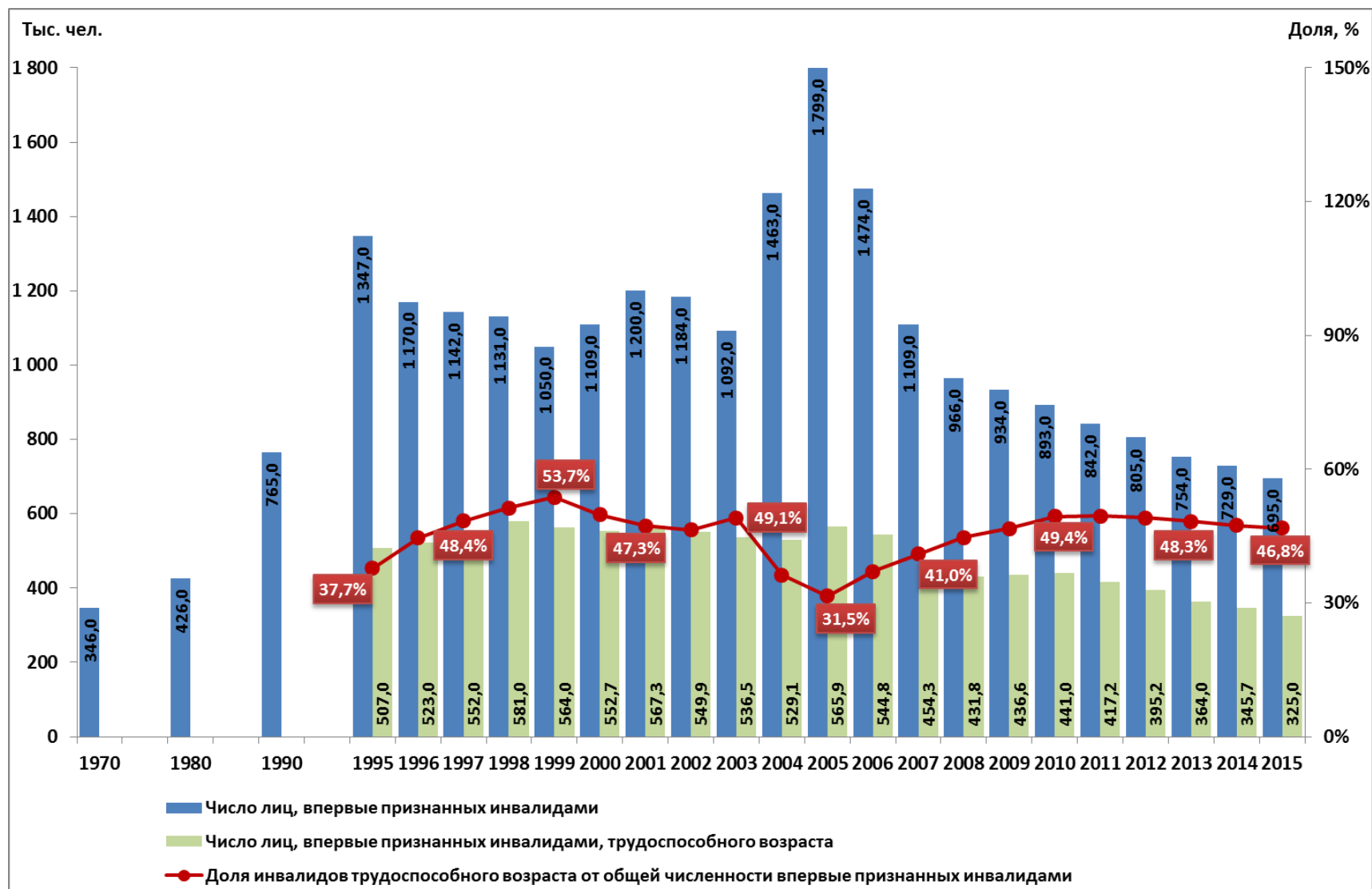


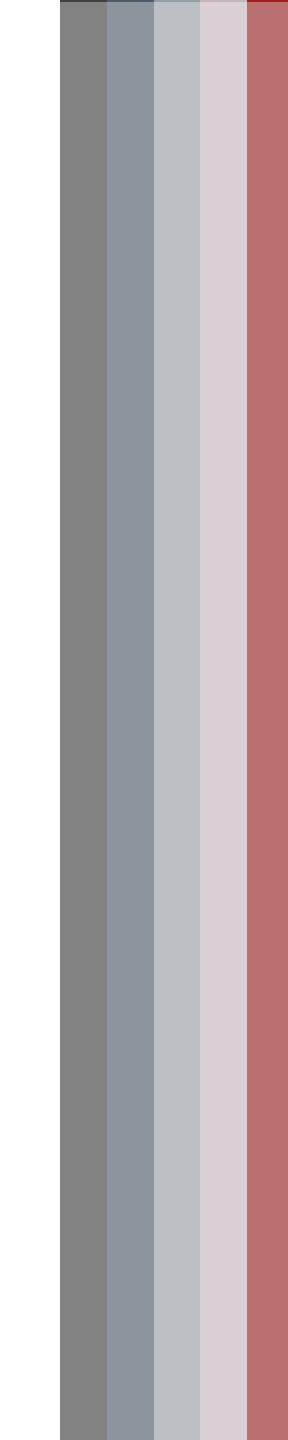
# Общая заболеваемость в РФ с 1990 г. выросла на 50%, за последние 4 года – на 1,4 млн человек (0,6%)





# Число лиц, впервые признанных инвалидами, в РФ с 1970 г. **выросло в 2 раза**. С 1995 г. доля инвалидов трудоспособного возраста выросла на **10 п.п.** — **47%**





## **3. Факторы, влияющие на здоровье населения РФ**

---

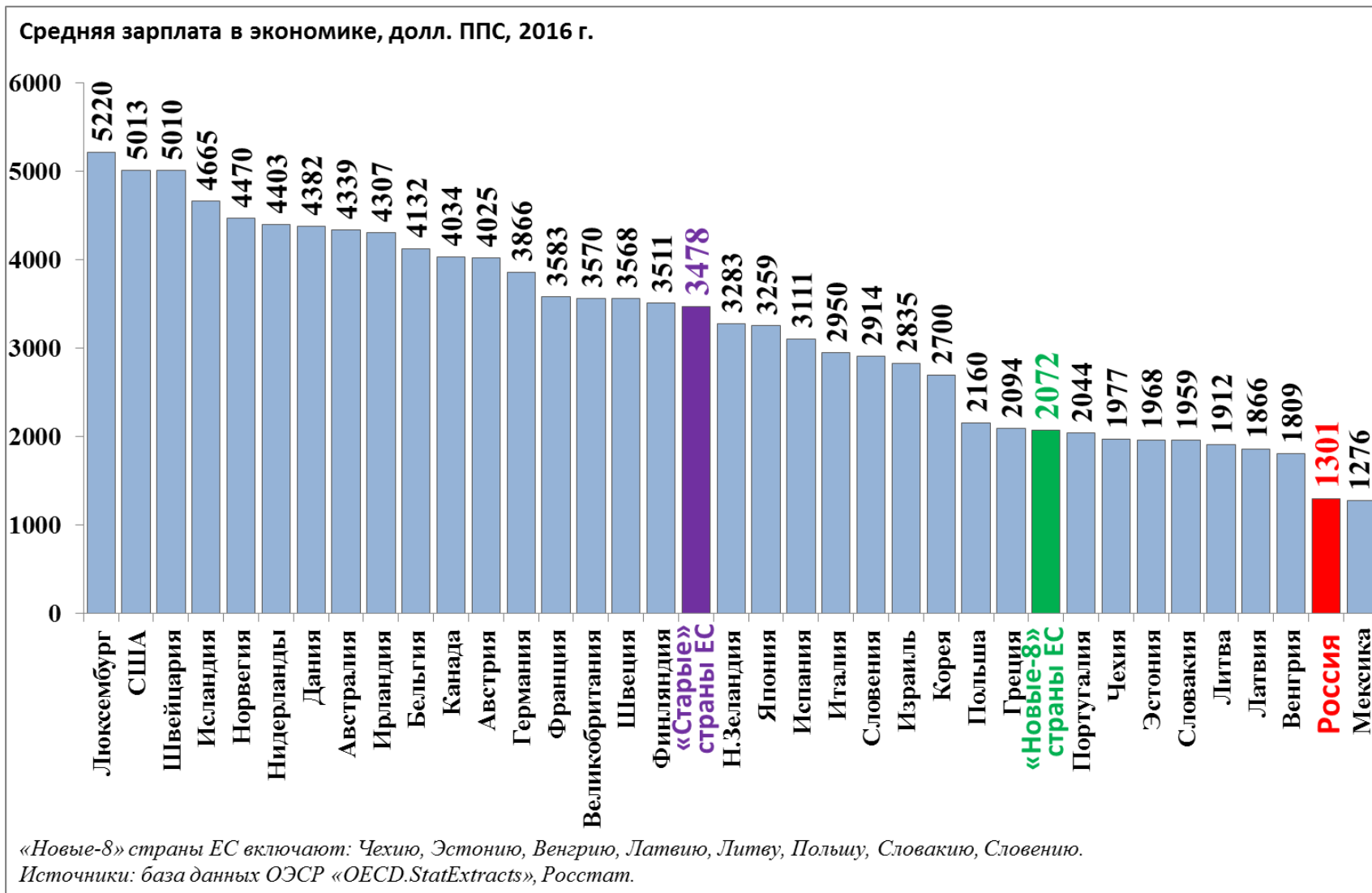
**Неблагоприятные**

# Факторы, влияющие на ОПЖ

---



# Доходы населения – средняя заработная плата в экономике в РФ на **35%** ниже, чем в «новых» странах ЕС (\$ ППС)



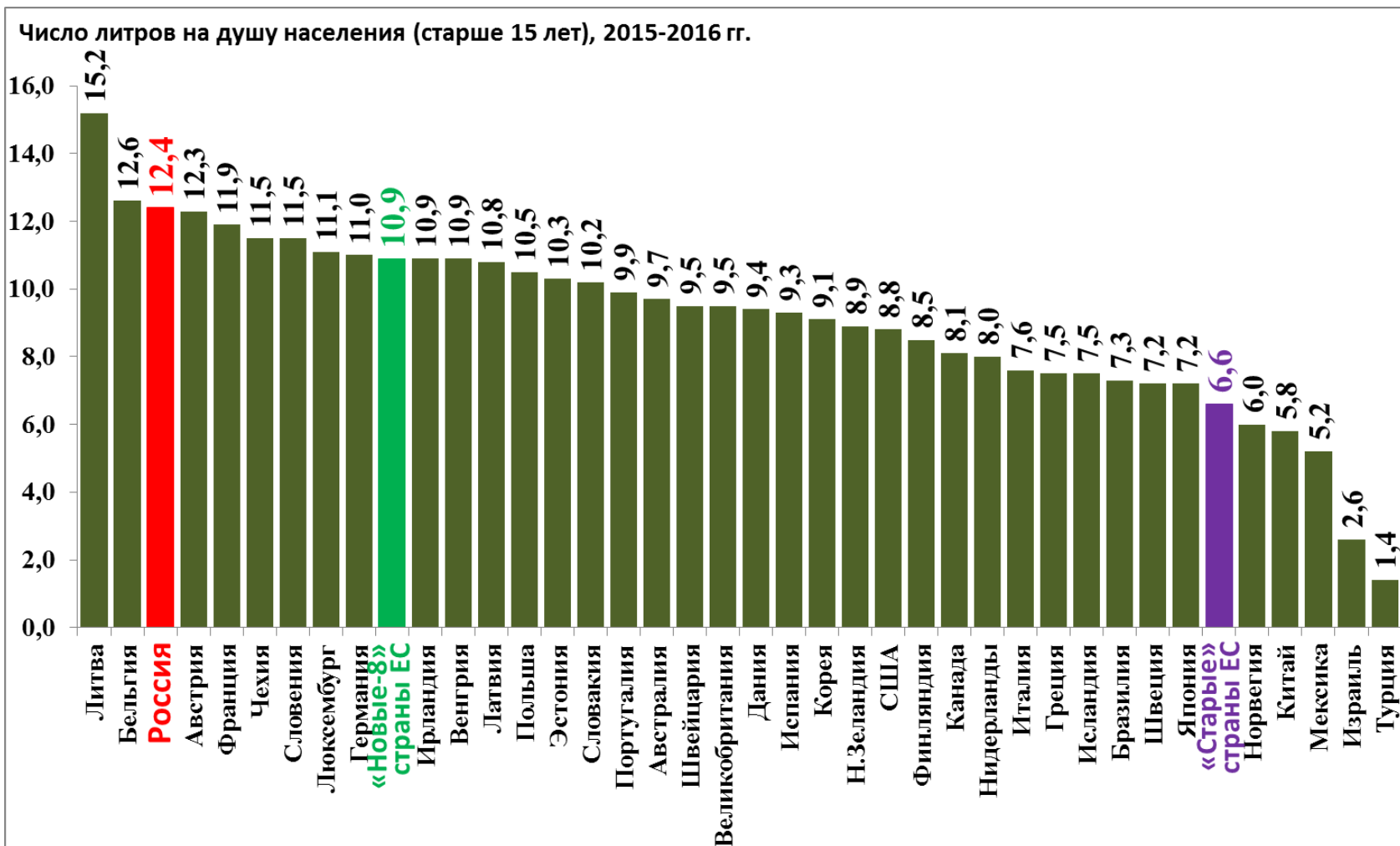
# Сколько зависит от здравоохранения?

---

Расчеты показали,  
что для РФ:

Влияние снижения потребления  
**алкоголя** и влияние **здравоохранения**  
на **ОПЖ** ~ по **50%**

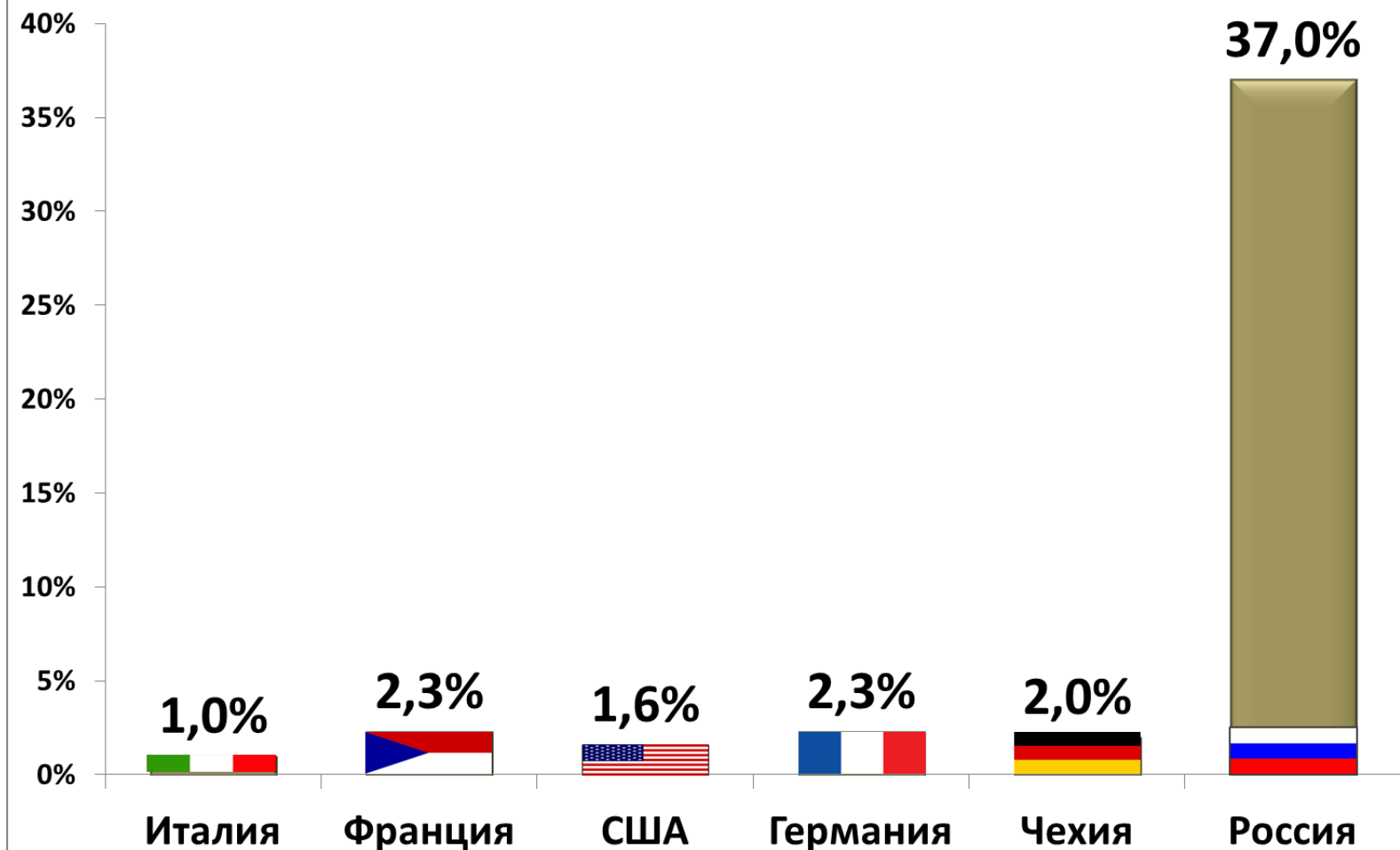
# Потребление алкоголя (литры чистого спирта на душу населения старше 15 лет) в РФ **на 14% выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **в 2 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС



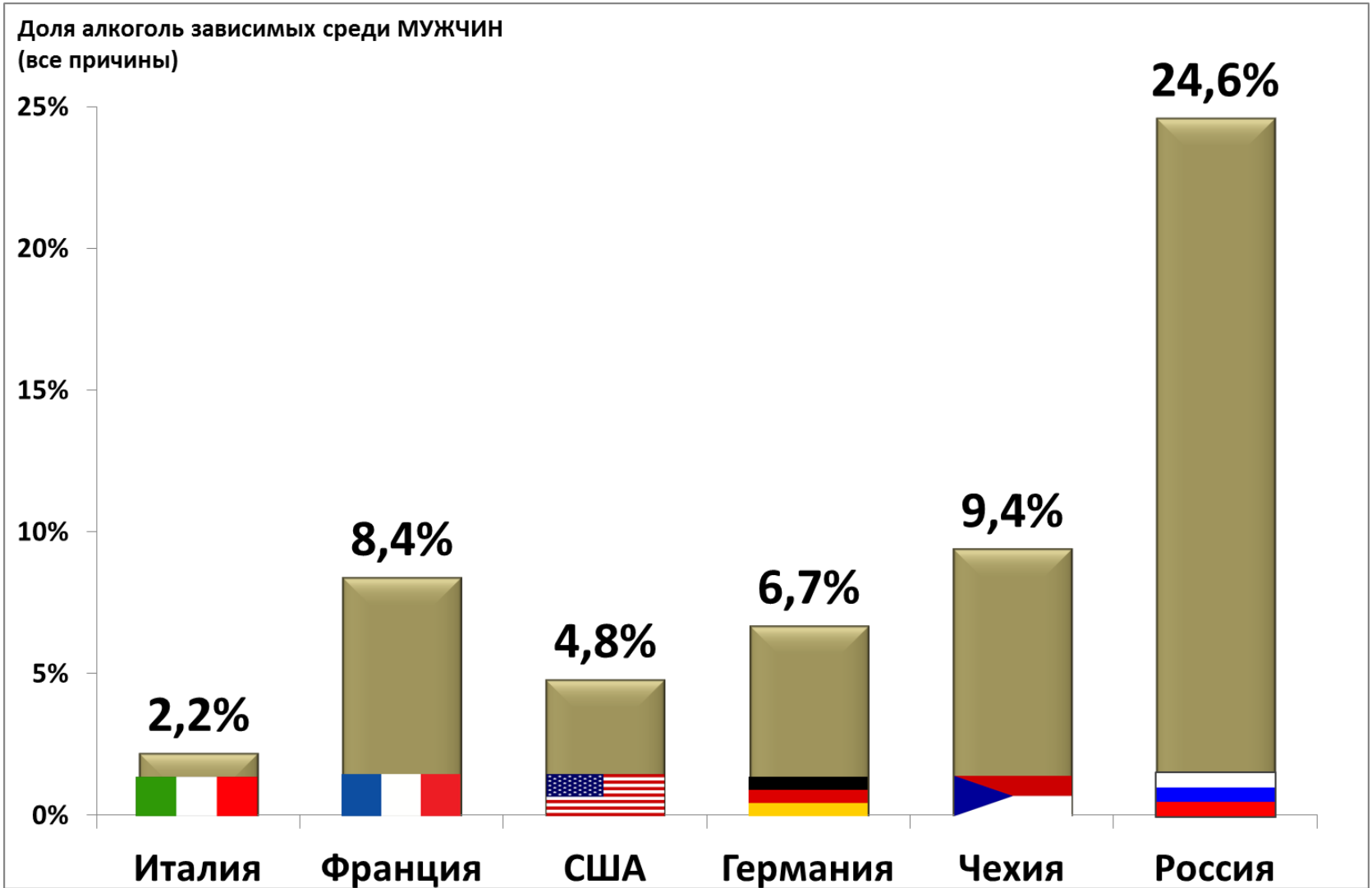
«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.  
Источники: база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts», Министерство здравоохранения РФ.

# Доля алкоголь зависимых граждан среди женщин в России **в 16 раз выше**, чем в Германии

Доля алкоголь зависимых среди ЖЕНЩИН  
(все причины)



# Доля алкоголь зависимых граждан среди мужчин в России **в 3,7 раза выше**, чем в Германии

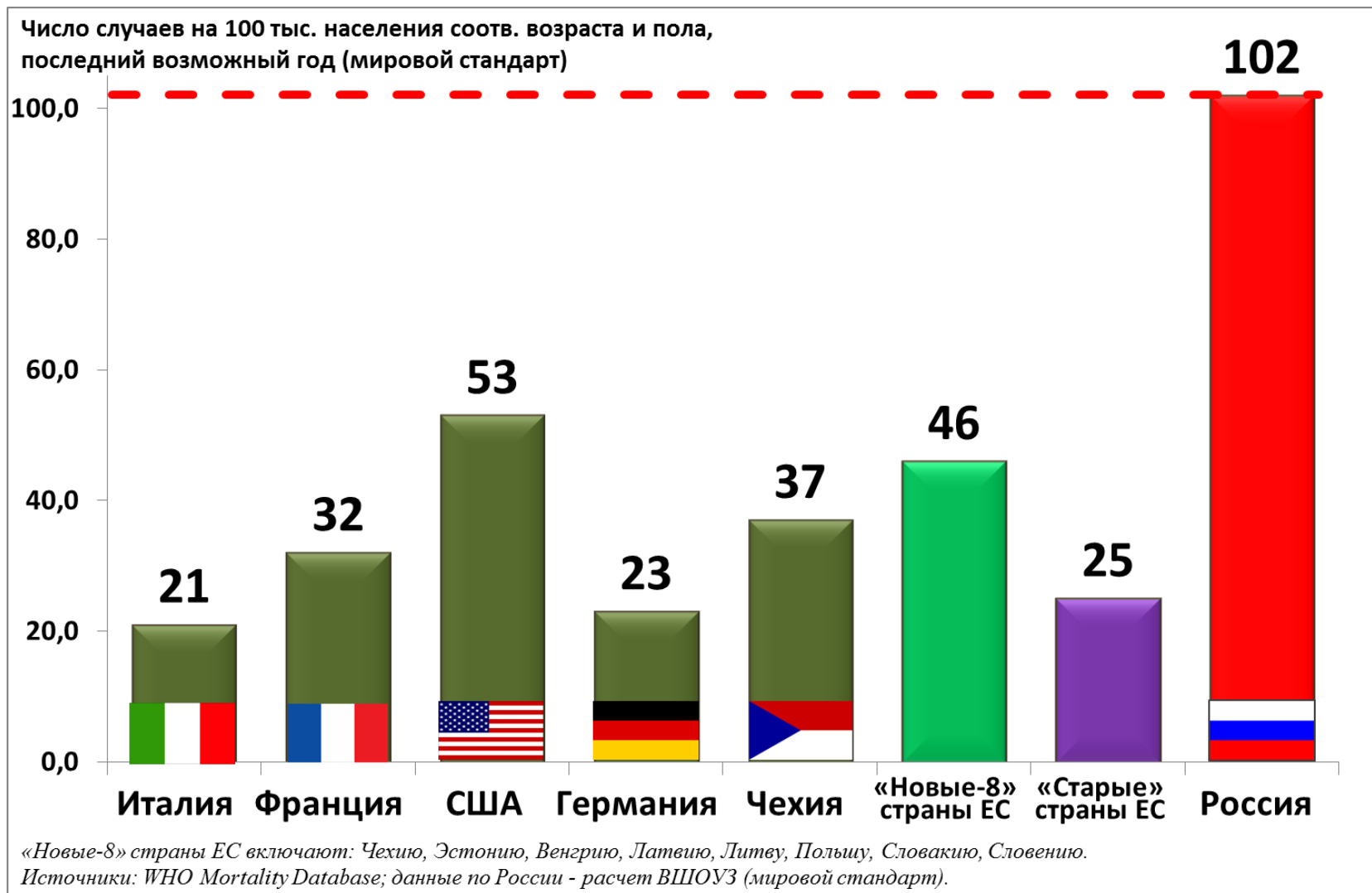




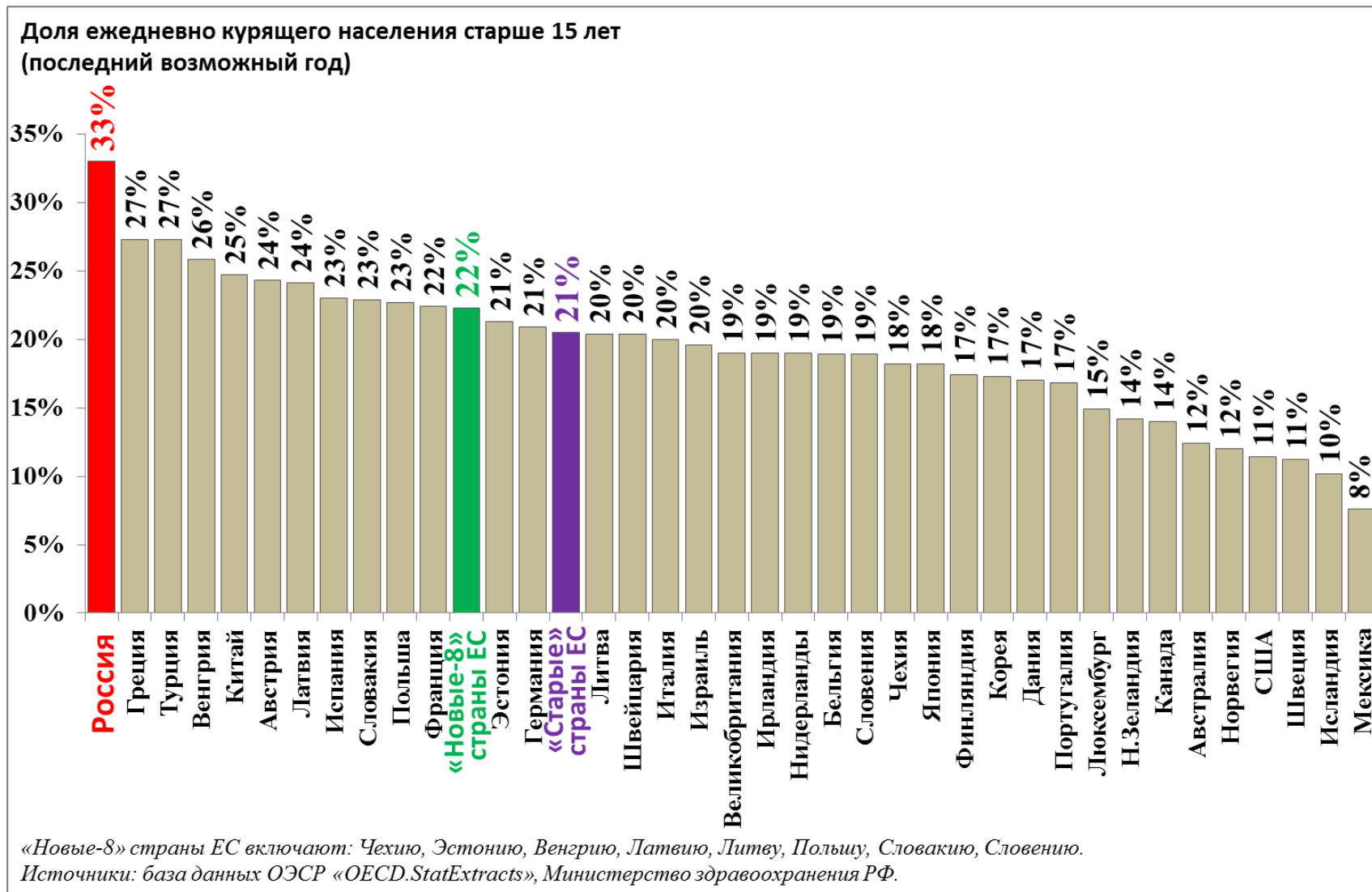
# СКС от внешних причин смерти

(мировой стандарт структуры населения ВОЗ) **в 2,2 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС и **в 4 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС

.....



# Доля ежедневно курящего населения старше 15 лет в России – самая высокая





**Важнейший фактор влияния на  
здоровье населения**

---

**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

# С 2012 по 2016 г. мы позволили нарушить главный принцип

---

В системе здравоохранения **ничего нельзя сокращать**,  
можно только добавлять

Государственные расходы на здравоохранение  
сократились на **8%** в постоянных ценах

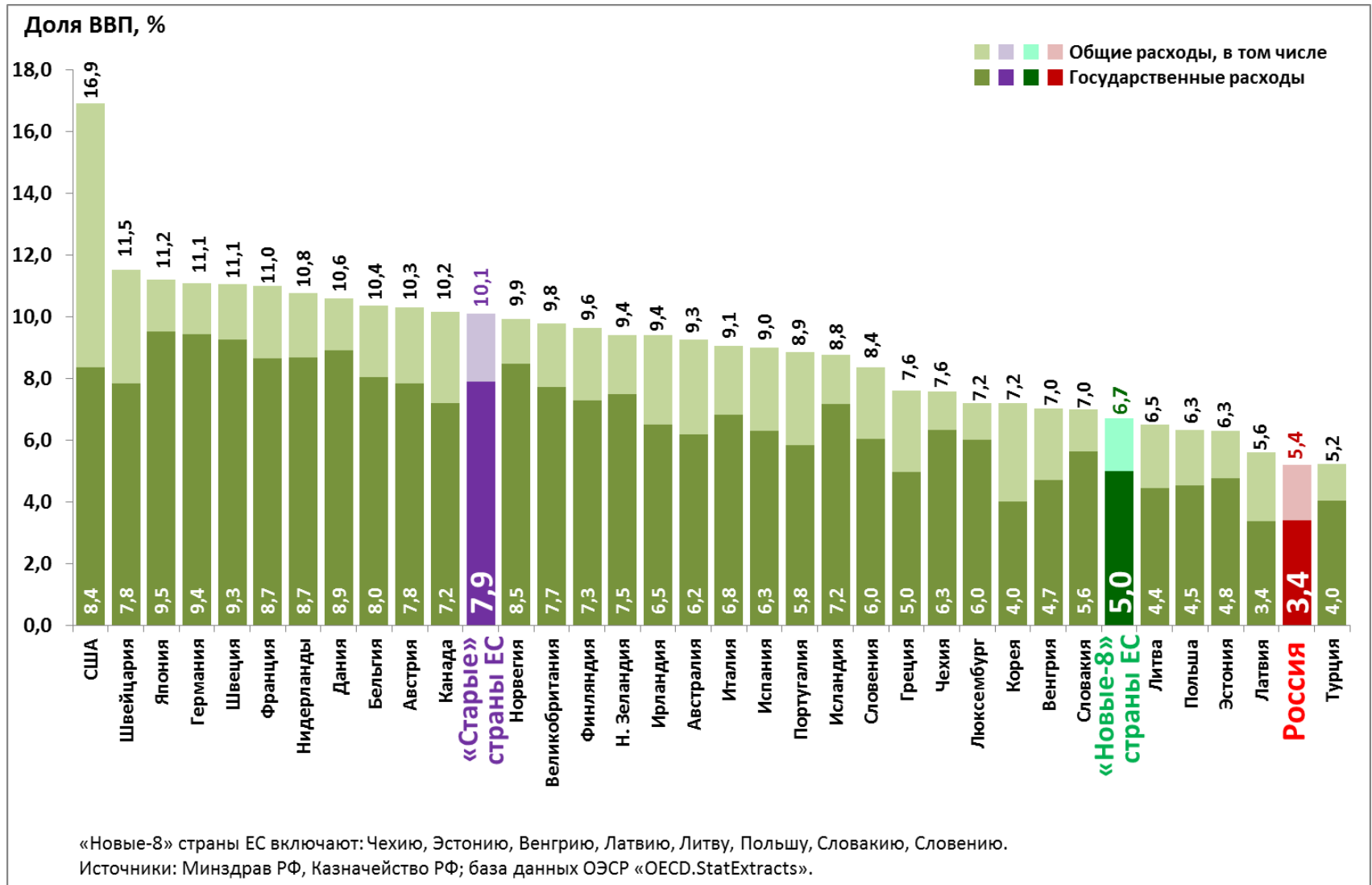
2012 г.



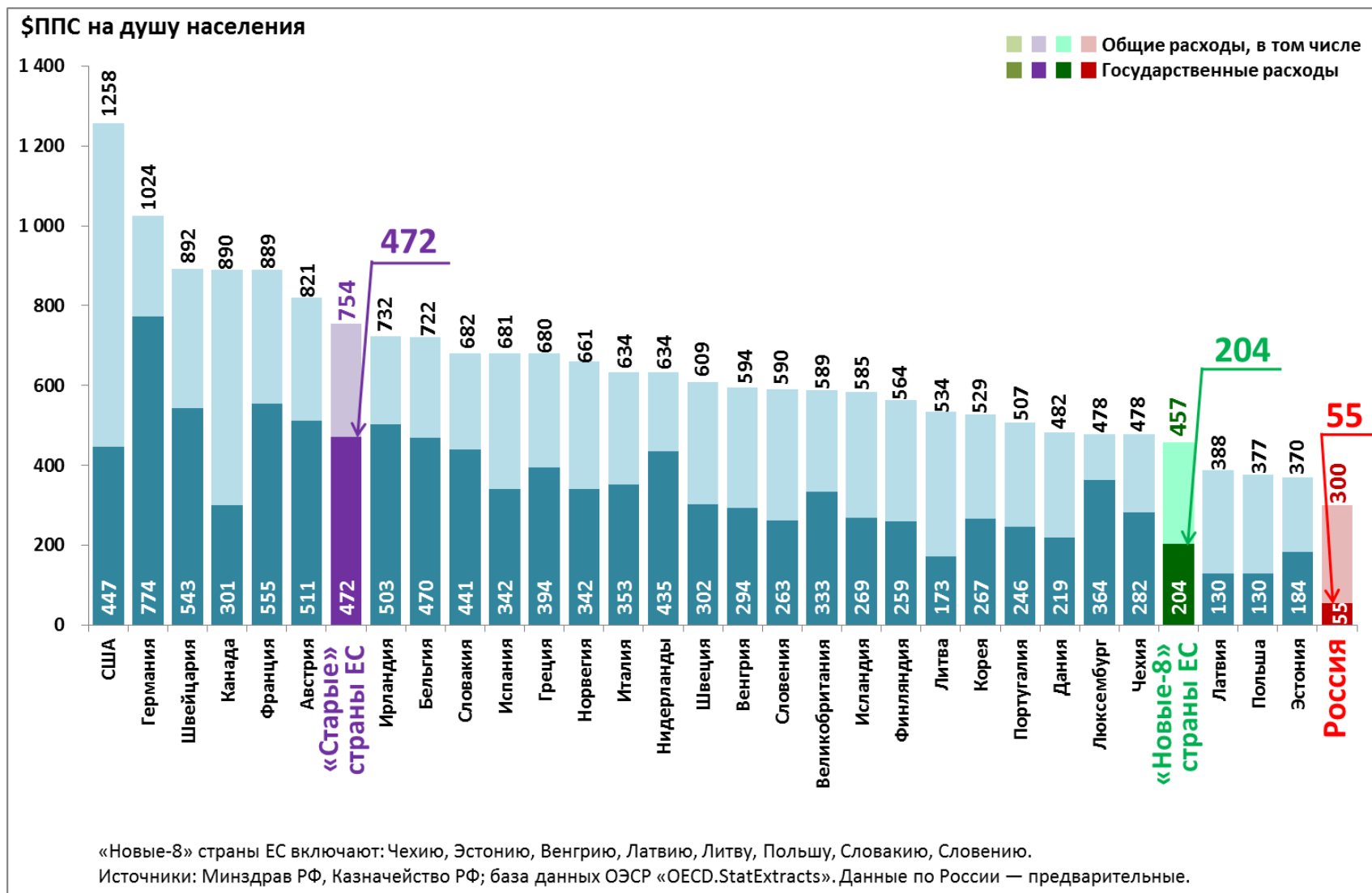
2016 г.



# Госрасходы на здравоохранение в доле ВВП в РФ в 2016 г. были в 1,5 раза ниже, чем в «новых-8» странах ЕС

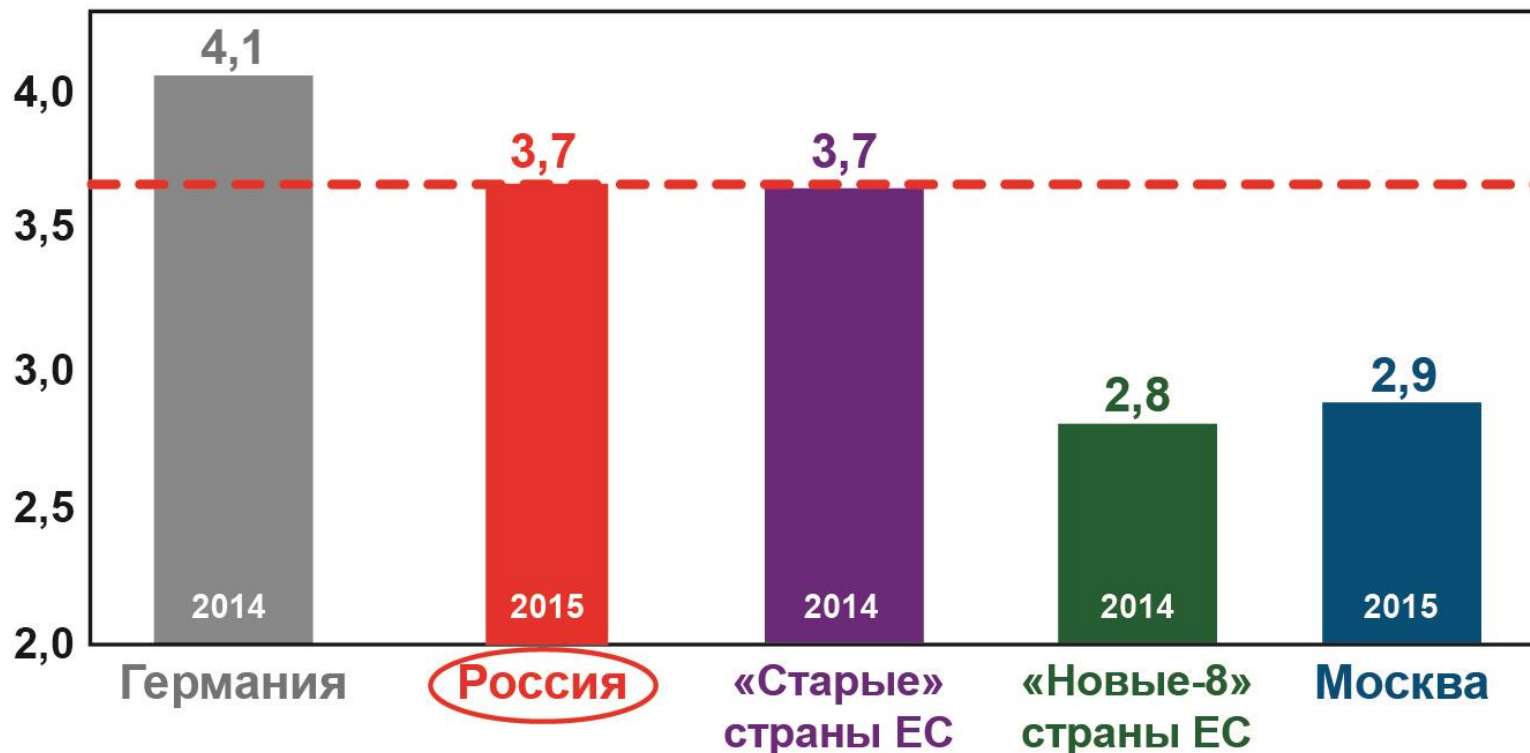


# В 2015 г. государственные расходы на ЛС в амбул. условиях в долл. ППС в РФ в 3,7 раза ниже, чем в «новых-8» странах ЕС



# Обеспеченность практикующими врачами в РФ при **большем** потоке больных на **11% ниже**, чем в Германии и на уровне «старых» стран ЕС

Обеспеченность практикующими врачами  
на 1 тыс. населения



Практикующие врачи (по методологии ВОЗ и ОЭСР) – врачи без учета: диетологов, физиотерапевтов, стоматологов, кадров Роспотребнадзора и Росздравнадзора, административно-управленческих и научных кадров.

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

Источники: Минздрав РФ; ЦНИИОИЗ; ДЗМ (данные по Москве предварительные); база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts».

# Амбулаторно-поликлиническая помощь в 2012-2015 гг.

---

Число  
посещений  
АПУ

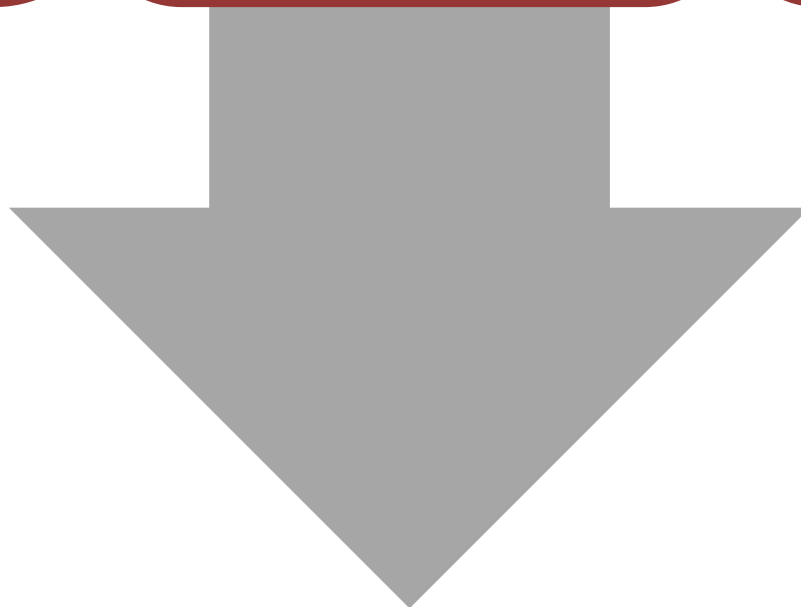
**-7%**

Обеспеченность  
врачами  
участковой службы

**-2%**

Число  
самостоятельных  
АПУ

**-48%**





# Стационарная помощь в 2012-2015 гг.

---

Число  
госпитализаций

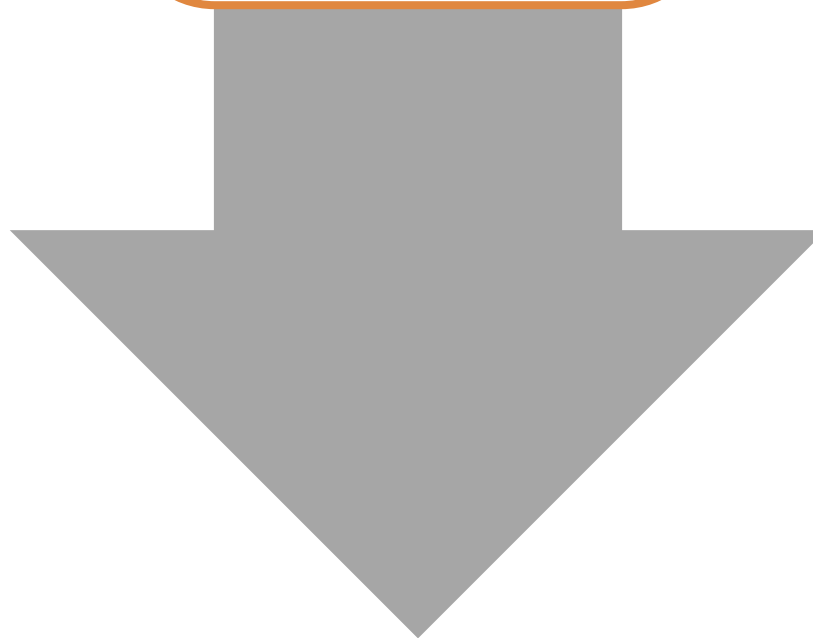
**-9%**

Обеспеченность  
койками

**-11%**

Число  
больничных  
учреждений

**-11%**



# Мы не переломили тенденцию сокращения учреждений в сельской местности в 2012-2015 гг.

---

Врачебные  
амбулатории  
в составе МО

**+4%**

Участковые  
больницы в  
составе МО

**-24%**

Число  
ФАП и  
ФП

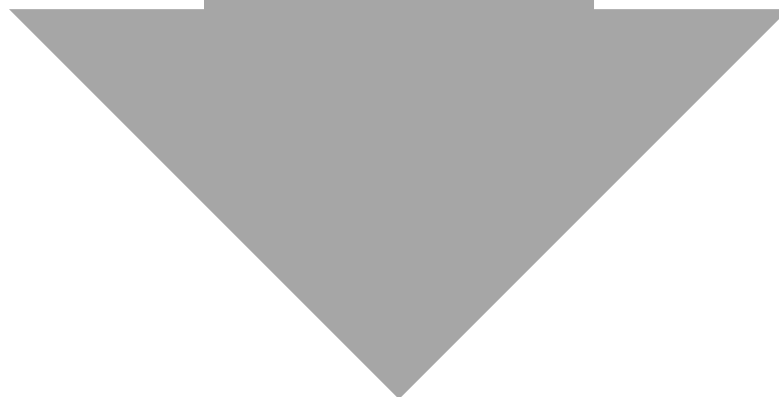
**-5%**

Уровень  
госпитали  
зации

**-3%**

Число среднего  
медперсонала,  
работающего в  
ФАП и ФП

**-9%**



# К чему это привело сокращение мощностей здравоохранения?

---

**Задача:** если в период 2012-2015 гг.

1. Число врачей **сократилось на 4%**
2. Коэффициент совместительства **сократился на 7%** (с 1,54 до 1,43) из-за того, что врачи не хотят совмещать
3. А число больных **возросло на 0,6%**

**Ответ:** **сократились объемы**

1. Общедоступных видов медицинской помощи
2. Число обращений АПУ — **на 7%**
3. Число госпитализаций — **на 9%**

(данные ЦНИИОИЗ и Минздрава)

# Все самое главное происходит в точке «ВРАЧ и ПАЦИЕНТ»

---



Если у ВРАЧА недостаточно времени на прием ПАЦИЕНТА (**12-15 мин**) и он перегружен ненужной работой, то лечение становится **НЕЭФФЕКТИВНЫМ**

## Значит, надо

- Увеличивать число врачей
- Снижать объем ненужной работы (дополнительный персонал)
  - Увеличивать сроки ожидания помощи



**4.**

.....

## **Эффективность здравоохранения РФ**

# Как оценивается наша работа управленцев?

---

**1. Результаты** — уже разобрали

**2. Эффективность** — это:

- Умение расставить правильные **приоритеты**
- Принимать эффективные **решения**
- Снижать непроизводительные **издержки**
- Поддерживать **обратную связь** с населением и профессиональным сообществом

# Макро Эффективность

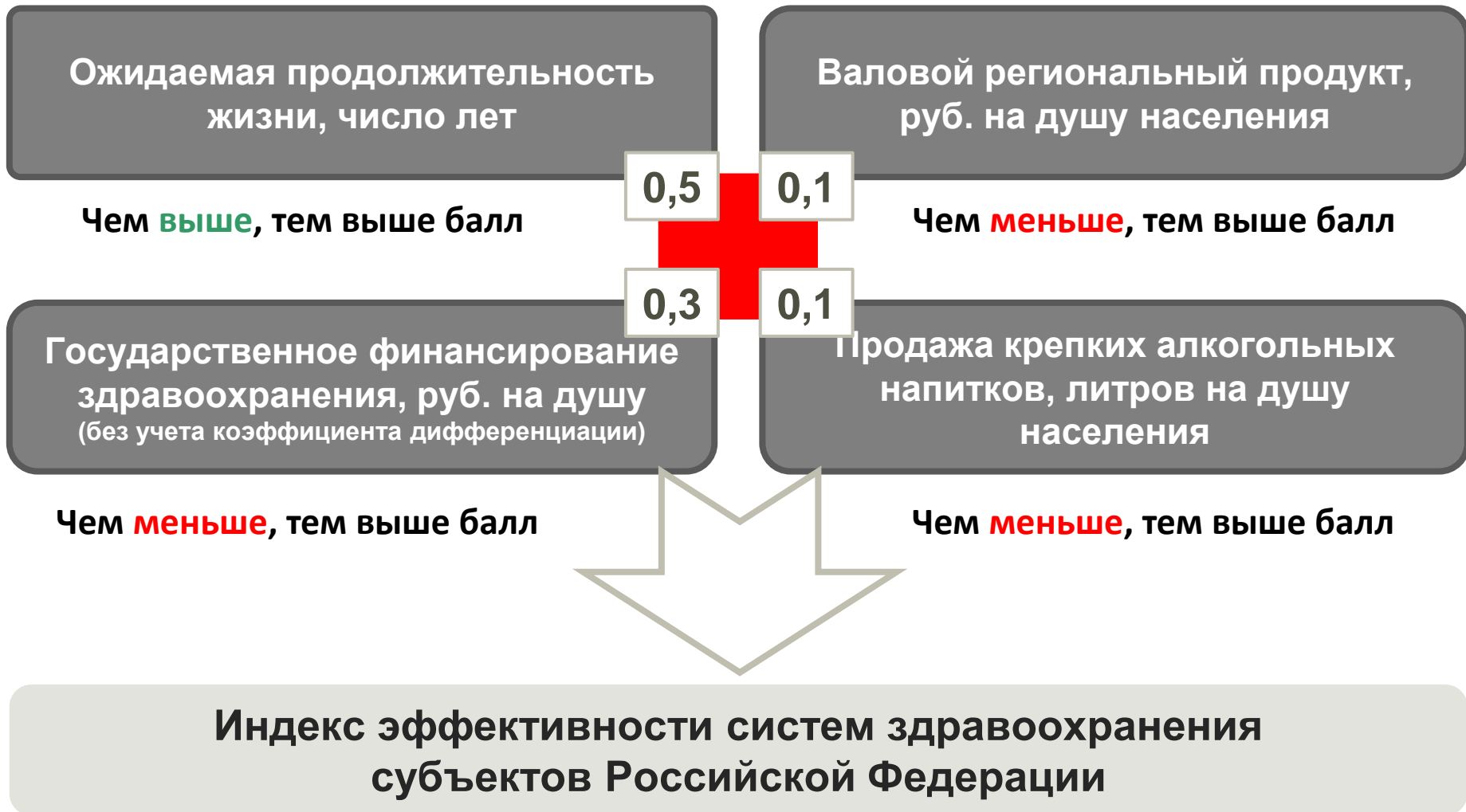
---

Это **результат** с учетом затраченных  
средств

Это всегда **сравнение**

# Методика оценки эффективности регионов – разработана ВШОУЗ

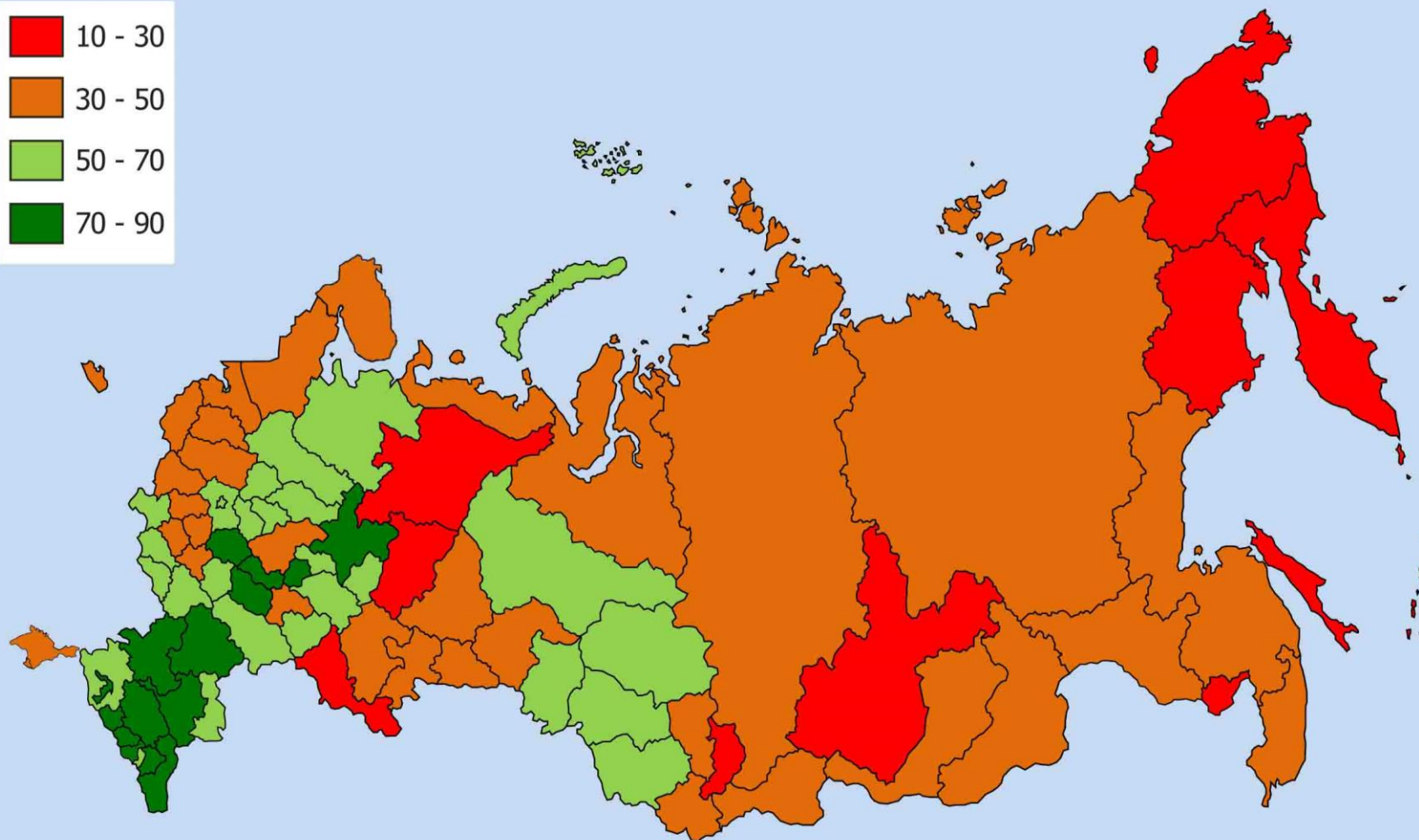
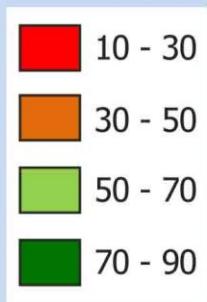
.....(разработано с участием А.Б. Гинойна).....





# Так выглядят **регионы РФ** по эффективности систем здравоохранения, 2015 г.

.....(госрасходы, делённые на коэффициент дифференциации).....



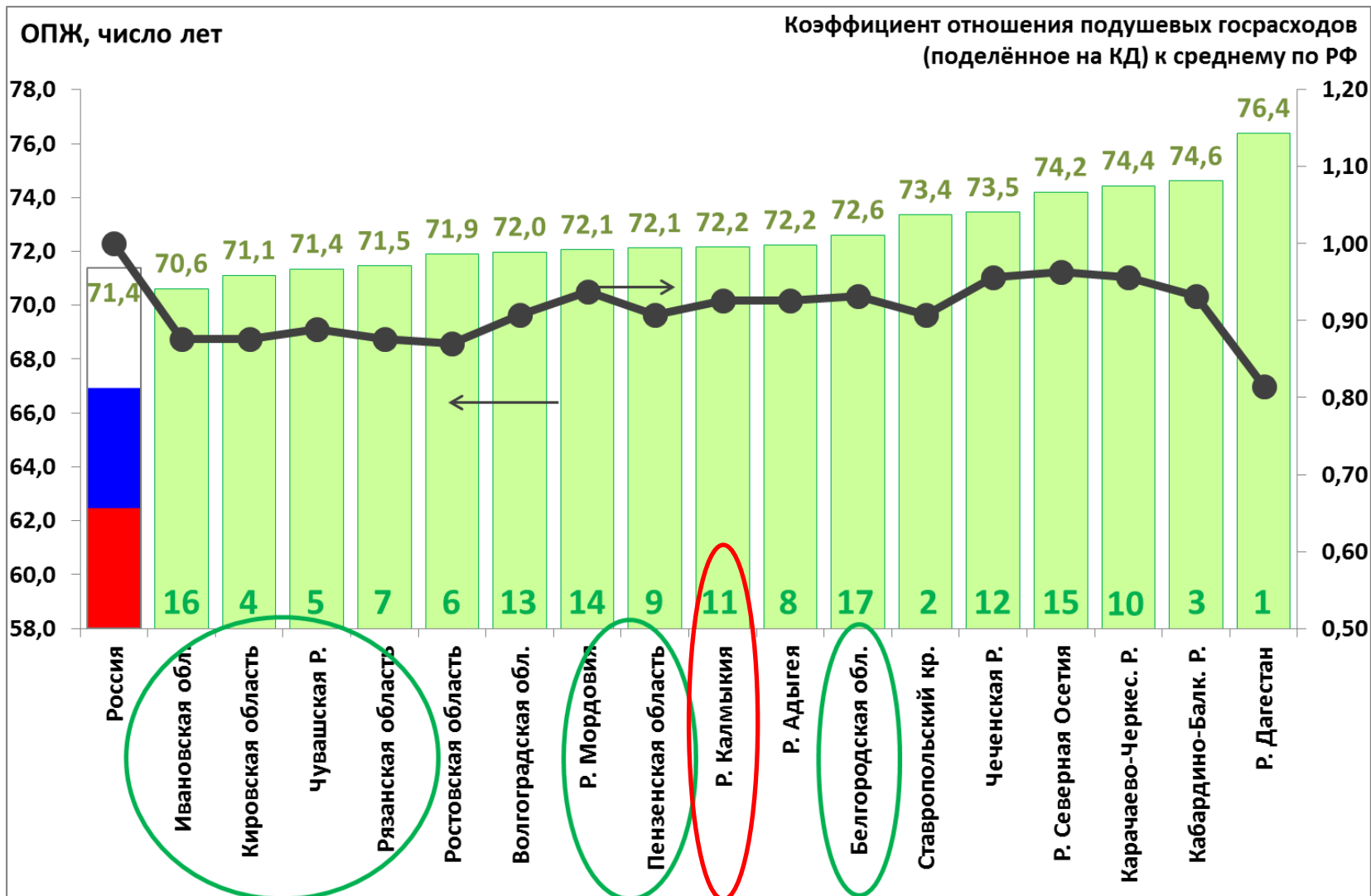
# 10 лучших и 10 худших регионов РФ по эффективности здравоохранения 2015 г.

---

1. Республика Дагестан
2. Ставропольский край
3. Кабардино-Балкарская Р.
4. Кировская область
5. Чувашская Республика
6. Ростовская область
7. Рязанская область
8. Республика Адыгея
9. Пензенская область
10. Карачаево-Черкесская Р.

76. Республика Коми
77. Оренбургская область
78. Пермский край
79. Республика Хакасия
80. Камчатский край
81. Иркутская область
82. Еврейская автономная обл.
83. Магаданская область
84. Сахалинская область
85. Чукотский автономный округ

# 17 лучших в рейтинге регионов России: ОПЖ и гос. финансирование (как отношение к среднему)



# Некоторые решения были неверными – принятие «Дорожных карт»

.....  
Утверждены Распоряжением Правительства РФ от 28.12.2012 № 2599-р  
«Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение  
эффективности здравоохранения»

**Предусматривают** (совместно с письмами Минздрава):

- Сокращение **объемов** стационарной медицинской помощи и числа **коек**
- Нарращивание **платных** медицинских услуг

# Принимали избыточное регулирование

Кто-нибудь в зале написал отзыв на эти документы, когда они находились на обсуждении?

- Имеется **14** действующих нормативных актов по контролю КМП, которые не согласованы между собой, дублируют друг друга и не соответствуют международным нормам
- Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» – по нему введено более **2 тыс. показателей** по отчетности
- **Диспансеризация** – Приказы Минздрава от 21.12.2012 № 1346н и от 03.02.2015 № 36ан (ранее приказ от 03.12.2012 № 1006н). Идеологически – **правильно**, но ресурсов **недостаточно** и увеличивает **нагрузку и отчетность** на врачей

# Устаревшие нормативы в Программе государственных гарантий

---

На одну должность хирургической медицинской сестры в стационаре **по нормативу** приходится

В США

4 койки

В России

10-15 коек

ПОЧЕМУ?

Потому что – с каждой дополнительной койкой по экспоненте растут инфекционные осложнения

(JAMA, October 23–30, 2002, volume 288,16)



**5.**

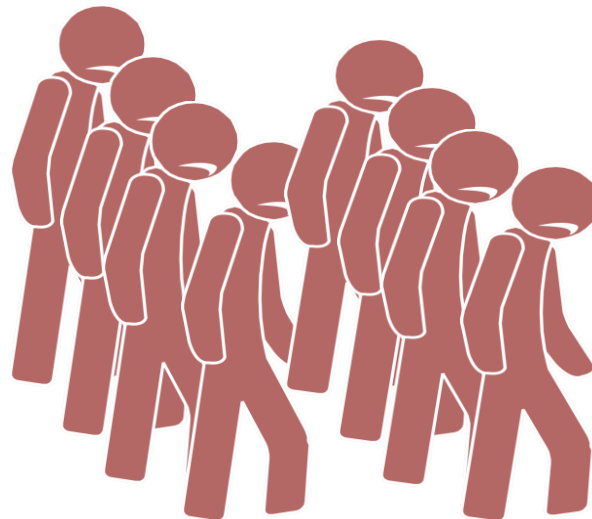
---

**Какие вызовы ждут  
здравоохранение РФ в 2018 -  
2020 гг.**

# У пациентов – завышенные ожидания и недовольство

---

Было бы удивительно, если на фоне **сокращения** мощностей системы здравоохранения, при **увеличивающемся** потоке больных, и при **завышенных** ожиданиях, наше население оставалось **довольным**





# У медицинских работников (трудящихся) – напряжение и НЕВЕРИЕ в позитивные перемены

---



- **Переработки** – коэффициент совместительства 1,43
- **Недостаточные** заработные платы
- **Излишние** документооборот и проверки

А реализация любых управленческих  
воздействий в здравоохранении реализуется  
их трудом!

# Демографические вызовы с 2016 г. к 2020 г. по прогнозам Росстата (средний вариант)

**СОКРАЩЕНИЕ  
ЧИСЛЕННОСТИ  
ТРУДОСПОСОБНОГО  
НАСЕЛЕНИЯ**

- на **3,3 млн** человек или на **4%**



**УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА  
ГРАЖДАН СТАРШЕ  
ТРУДОСПОСОБНОГО  
ВОЗРАСТА**

- на **2,8 млн** человек или на **11%**



**УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА  
ДЕТЕЙ**

- на **1,7 млн** человек или на **7%**



# Экономические прогнозы на 2018 г. (Минэкономразвития)

---



**Валовой внутренний продукт**

• **+1,5%**

**Инфляция**

**Индекс потребительских цен**

• **4,0%**



**Реальная заработная плата**

• **+2,7%**



**Реальные располагаемые доходы населения**

• **+1,5%**



## 6. Мы можем от чего либо отказаться?

---

**УЖЕ НЕТ,** ВВЕДЕННЫЕ МОЩНОСТИ  
ТРЕБУЮТ ПОДДЕРЖАНИЯ

# Нельзя нарушать главный принцип в здравоохранении – «ничего не отнимать»

---



1. Мы должны доказать, что нам необходимы **дополнительные финансовые ресурсы** на увеличение доступности первичной медицинской помощи:
  - Первичная медико-санитарная
  - Лекарства по рецепту
2. **Не сможем увеличивать** сегодня расходы на ВМП и другие дорогостоящие виды помощи, которые может позволить себе только «богатое» здравоохранение
3. Должны повышать **эффективность**

# Необходимо помнить

---

Еще одна важнейшая роль  
здравоохранения –

**успокоить людей** или повлиять  
на их настроения!

## 7. Приоритеты до 2025 г.

---

Что делать,  
чтобы увеличить ОПЖ до  
**76 лет?**

# 1 направление Стратегии охраны здоровья населения РФ

---

Комплексная  
программа по охране  
здоровья населения



Здравоохранение –  
доступность и  
качество  
медицинской  
ПОМОЩИ

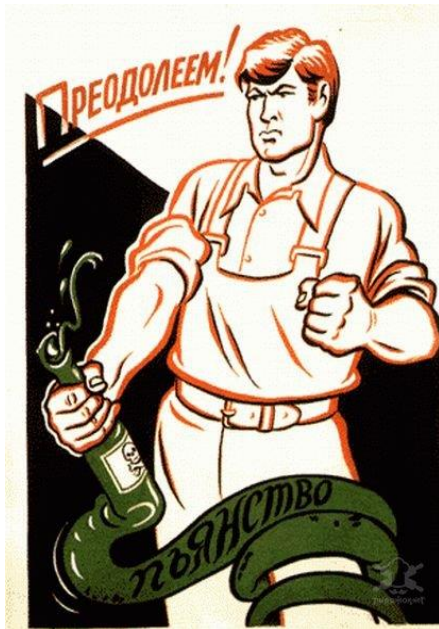
Программа  
действий



# 1 главный приоритет:

Борьба с алкоголизмом и табакокурением – главные действующие лица **главы регионов и муниципальных образований**

---



## 2 приоритет:

# Вовлечь работодателей в процесс охраны здоровья работников

---

1. Условия для **безопасного труда** на производстве
2. Создание **медсанчастей**
3. **Профилактические** программы на производстве



### 3 приоритет:

Личным примером показать, как вести здоровый образ жизни и вовлечь население





## 2 направление Стратегии охраны здоровья населения РФ

---



# Каковы наши приоритеты по категориям граждан

---



Сбережение здоровья:

Российских **мужчин**



Российских **детей** и **подростков**

# Каковы наши приоритеты по видам помощи - как в Советское время

---



- **Сельская медицина** «Доступная медицина для сельчан» — отдельная целевая **федеральная программа**
- Доступность и эффективность **первичного звена**
- **Медсанчасти** и программы по охране здоровья с **работодателями**

# Увеличить доступность бесплатных лекарств

---



- Детям и подросткам
- Мужчинам трудоспособного возраста



# Медико-социальный уход на дому для граждан старшей возрастной группы

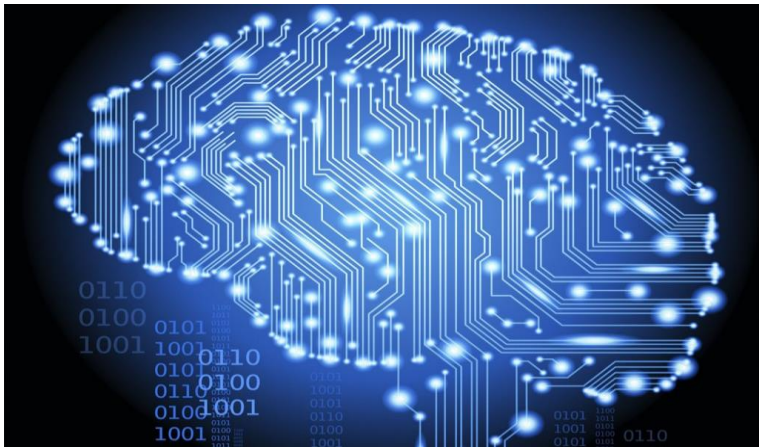
---



Может быть это заинтересует частные  
медицинские организации

# Повысить **квалификацию медицинских кадров** и внедрять информатизацию

---



- Непрерывное повышение квалификации медицинских работников
- Советчик врача – **«Искусственный интеллект»**

# Повышение эффективности управления – это тоже **кадры**

---

1. **Программный** подход по приоритетам
2. **Перераспределение** статей расходов
3. Снижение непроизводительных **издержек**
4. Снижение **«брака»** в работе
5. Обучение руководителей здравоохранения



# Повышение доступности и качества медицинской помощи – невозможно без достаточного числа квалифицированных врачей

---

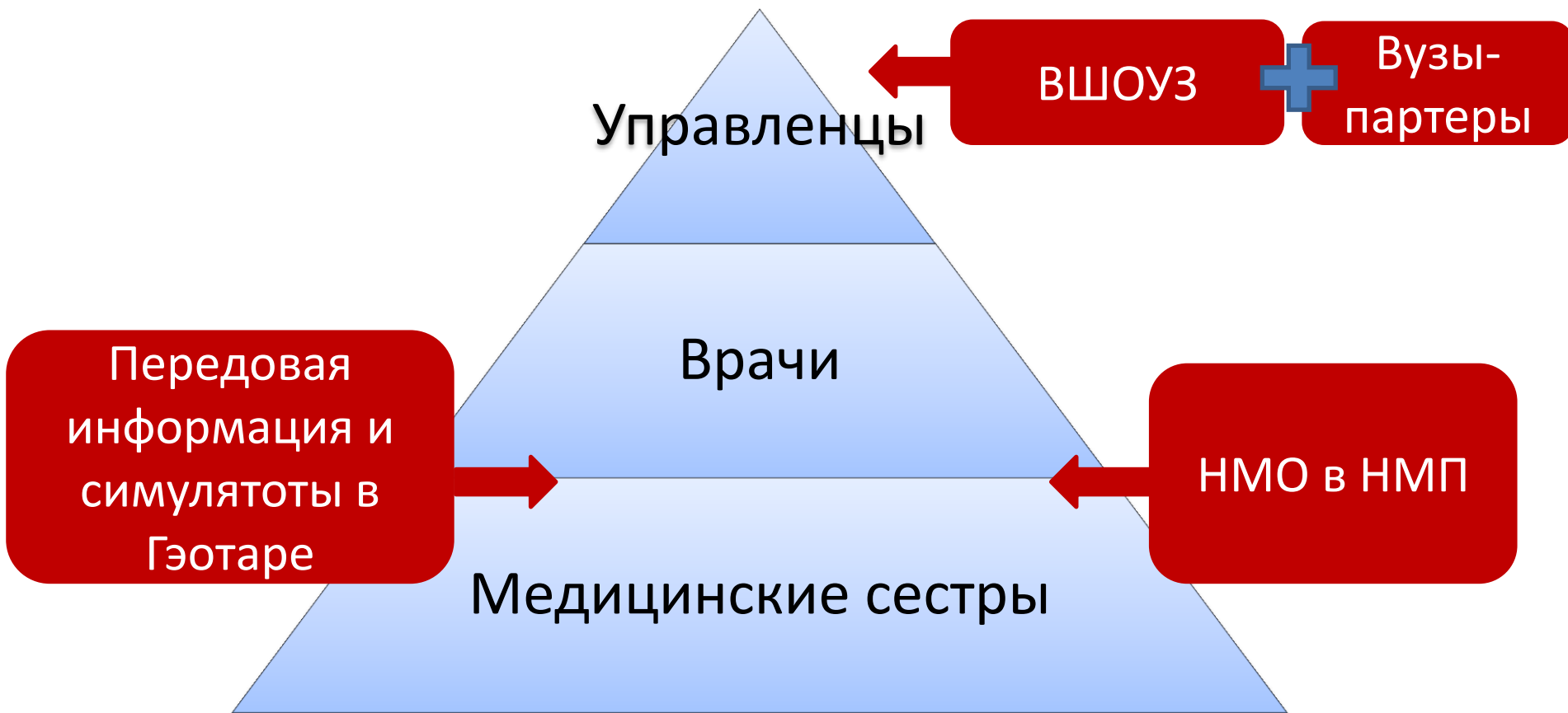
Указ Президента РФ от 7.05.2012 и Поручение Президента РФ от 9.11.2015 № Пр-2335

## ПРОДЛИТЬ!

- Разработать до 1 мая 2013 г. комплекс мер:
  - **по обеспечению** системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами,
  - **по повышению квалификации** медицинских кадров,
  - по поэтапному **устранению дефицита** медицинских кадров,
  - по мерам **социальной поддержки** медицинских работников, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей

# Мы решили сосредоточиться на главном – **медицинские кадры**

---



# Благодарю за внимание!

---

## НАША МИССИЯ:

*«Высокое качество медицинской помощи  
через эффективное управление»*

[www.vshouz.ru](http://www.vshouz.ru)