



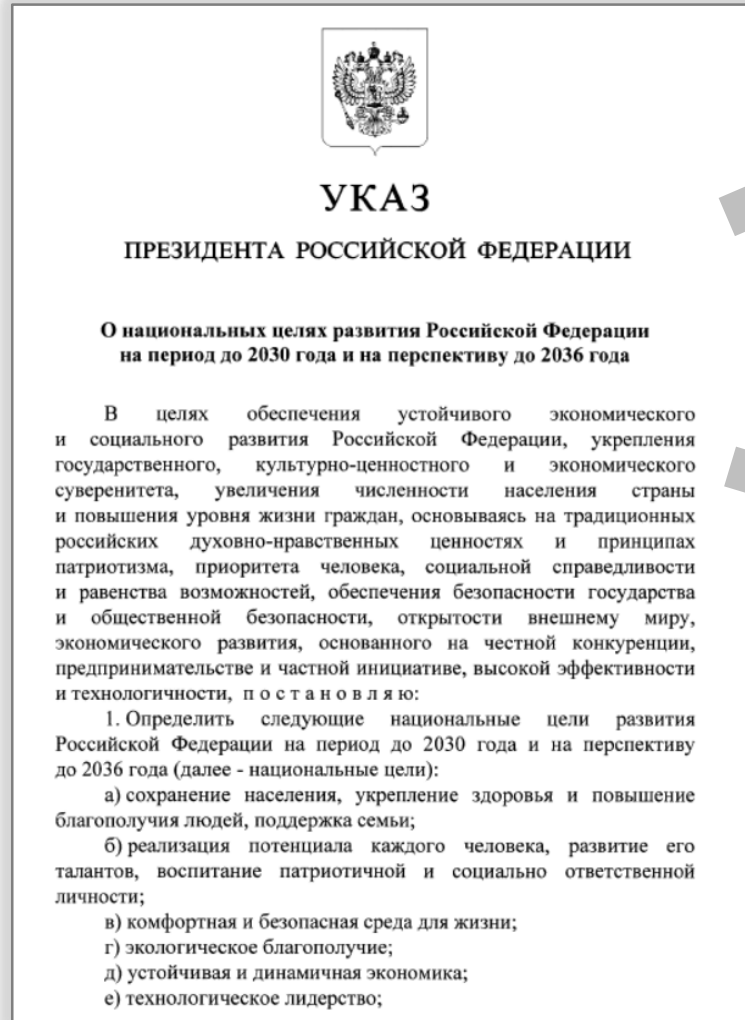
ВЫСШАЯ ШКОЛА
ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Здоровье населения и здравоохранение России: как достичь национальной цели ОПЖ 78 лет к 2030 г.

Ректор ВШОУЗ, д.м.н. Улумбекова Г.Э.

Указ Президента РФ от 07.05.2024 № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года»

<http://www.kremlin.ru/acts/bank/50542>



1. Определить следующие национальные цели развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года (далее - национальные цели):

а) сохранение населения, укрепление здоровья и повышение благополучия людей, поддержка семьи;

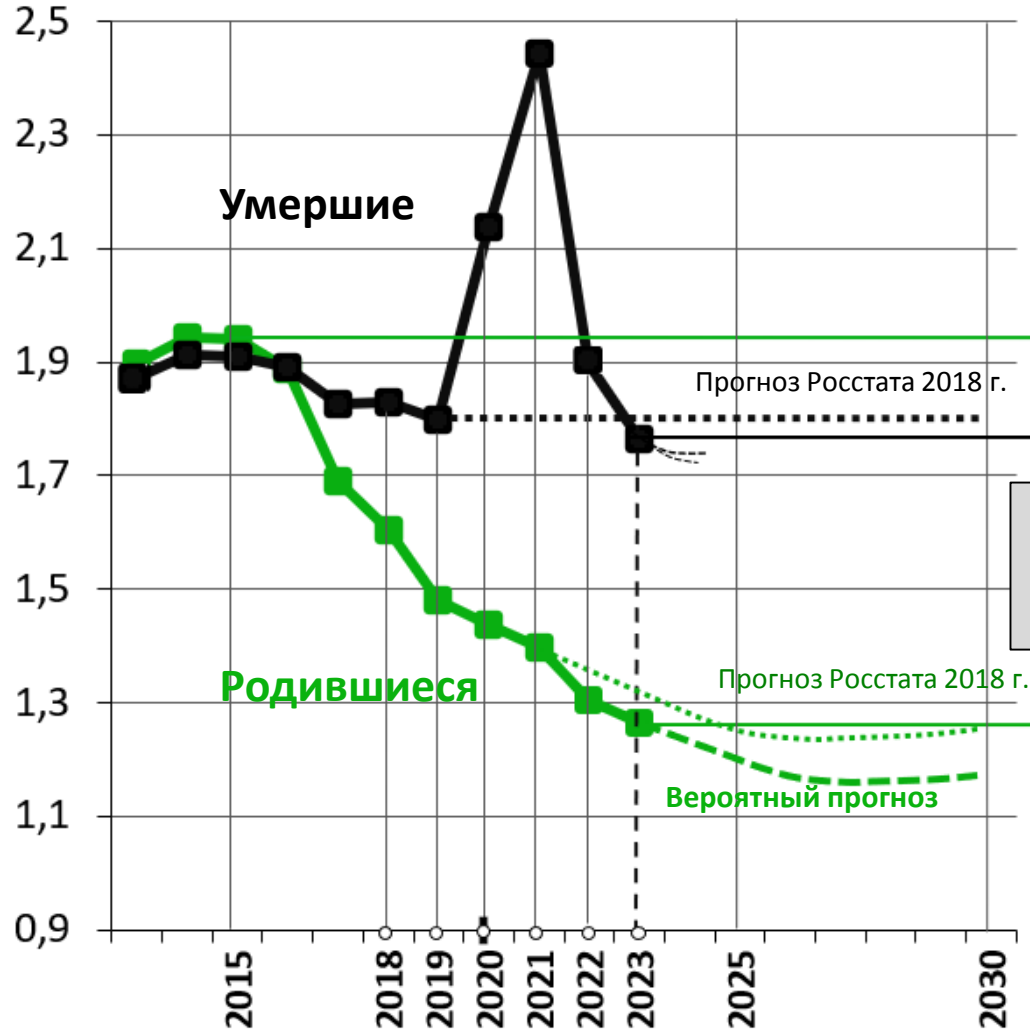
2. Установить следующие целевые показатели и задачи, выполнение которых характеризует достижение национальной цели "Сохранение населения, укрепление здоровья и повышение благополучия людей, поддержка семьи":

а) повышение суммарного коэффициента рождаемости до 1,6 к 2030 году и до 1,8 к 2036 году, в том числе ежегодный рост суммарного коэффициента рождаемости третьих и последующих детей;

б) увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году и до 81 года к 2036 году, в том числе опережающий рост показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни;

С 2020 по 2023 г. в РФ естественная убыль населения (разница между родившимися и умершими) составила более **2,8 млн человек**. До 2030 г., по прогнозам Росстата, естественная убыль составит в среднем **680 тыс. чел.** в год (средний вариант прогноза)

млн чел/год



За 4 года (2020 – 2023 гг.) естественная **убыль населения** достигла **2,8 млн человек**

Естественная убыль в 2023 г. **0,5 млн чел.**

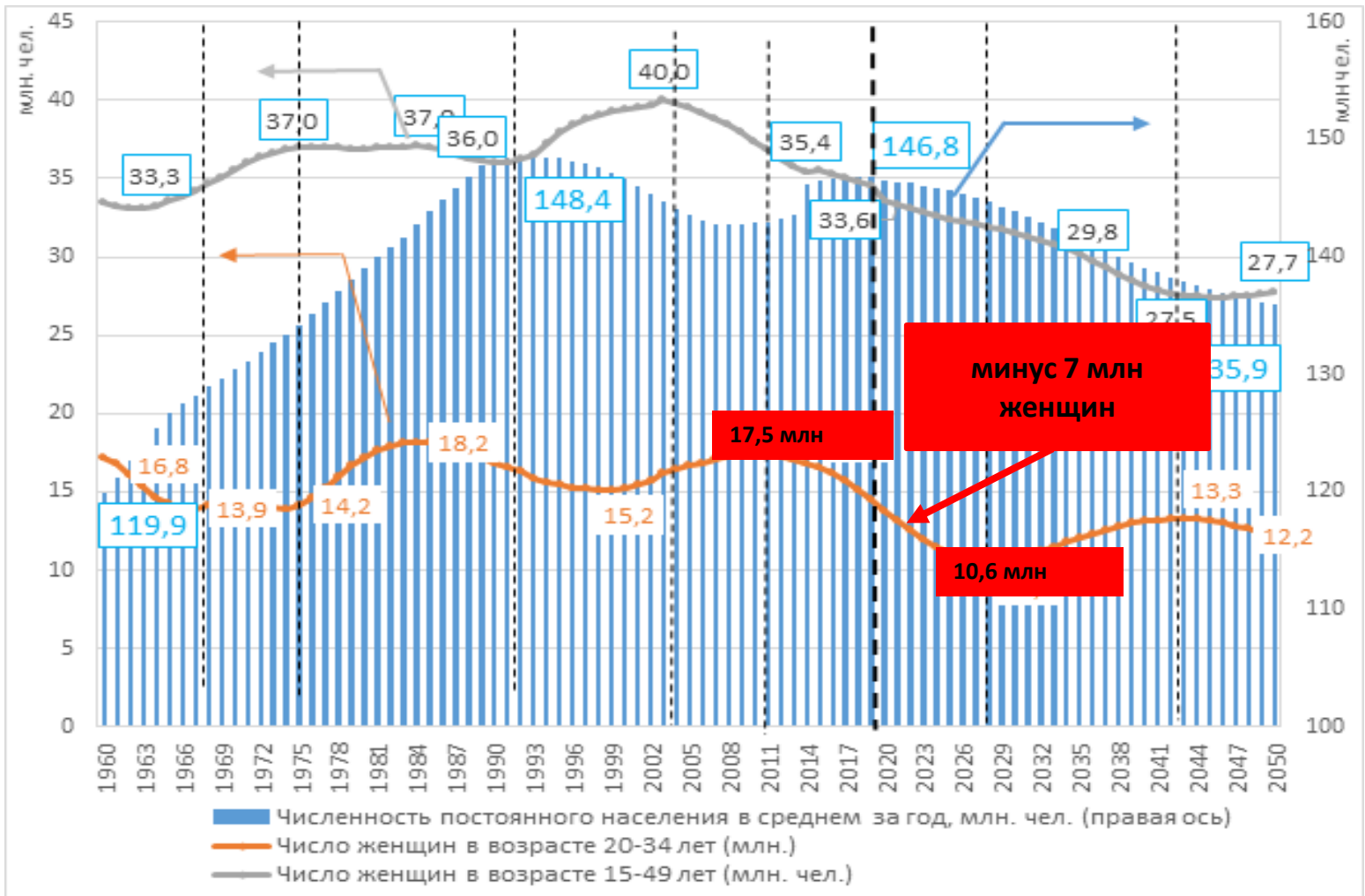
Рождаемость 2015: 1,94 млн
Рождаемость 2023: 1,26 млн
Падение на 35%

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)

Рождаемость 2015 г.
Рождаемость 2023 г.

Рождаемость

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 России на рождаемость влияют **5 главных факторов**

1. Социально-экономическое положение женщин и семей с детьми – **>50%**
(согласно многочисленным опросам и расчетам)

2. Демография – **25%**

3. Бесплодие - **10%** (~ 15% всего)

4. Традиции – **10%**

5. Национальная идеология – **10%**

ВЫВОДЫ ПО ЭНОМИЧЕСКОМУ ПОЛОЖЕНИЮ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ В РФ

Для справки: в РФ 24,5 млн семей воспитывает 30 млн детей

Прожиточный минимум
**14,4 тыс. руб. на человека
в месяц (2023 г.)**

Доля **домохозяйств**, проживающих
ниже прожиточного минимума,
5,9% или 4 млн

Доля **граждан**, проживающих ниже
прожиточного минимума,
8,5% или 12,5 млн чел.

Из них доля семей с детьми
80% или 3,2 млн семей

Из них детей
40% или 5 млн чел.

Проживают
ниже этого
минимума

**Это 13% от всех
семей с детьми в РФ**

**Это 17% от всех
детей РФ**

Но другое исследование Росстата
показало, что реально живут **БЕДНО**

Денег **НЕ ХВАТАЕТ**, чтобы купить холодильник и
телевизор **70% семей с детьми**,
из них **15%** семей денег хватает **ТОЛЬКО НА ЕДУ**

**ЭТО 20 МЛН ДЕТЕЙ, т.е.
федеральной и региональной
поддержки НЕДОСТАТОЧНО**

Рождение детей **КРАТНО** снижает расходы семей: 1- на 20%, 2-го – в 1,5 раза, 3-го – в 2,3 раза

+ МАЛОДОСТУПНЫЕ ЯСЛИ И ДЕТСКИЕ САДЫ, ОТДЫХ И БЕСПЛАТНЫЕ КРУЖКИ

Только 63%

- Обеспеченность детей местами в дошкольных образовательных учреждениях

Но более 60% семей отмечают

- Что их дети не могут посещать дошкольные образовательные учреждения по экономическим причинам и отсутствия их рядом с местом проживания

**Только 15%
(4,5 млн)**

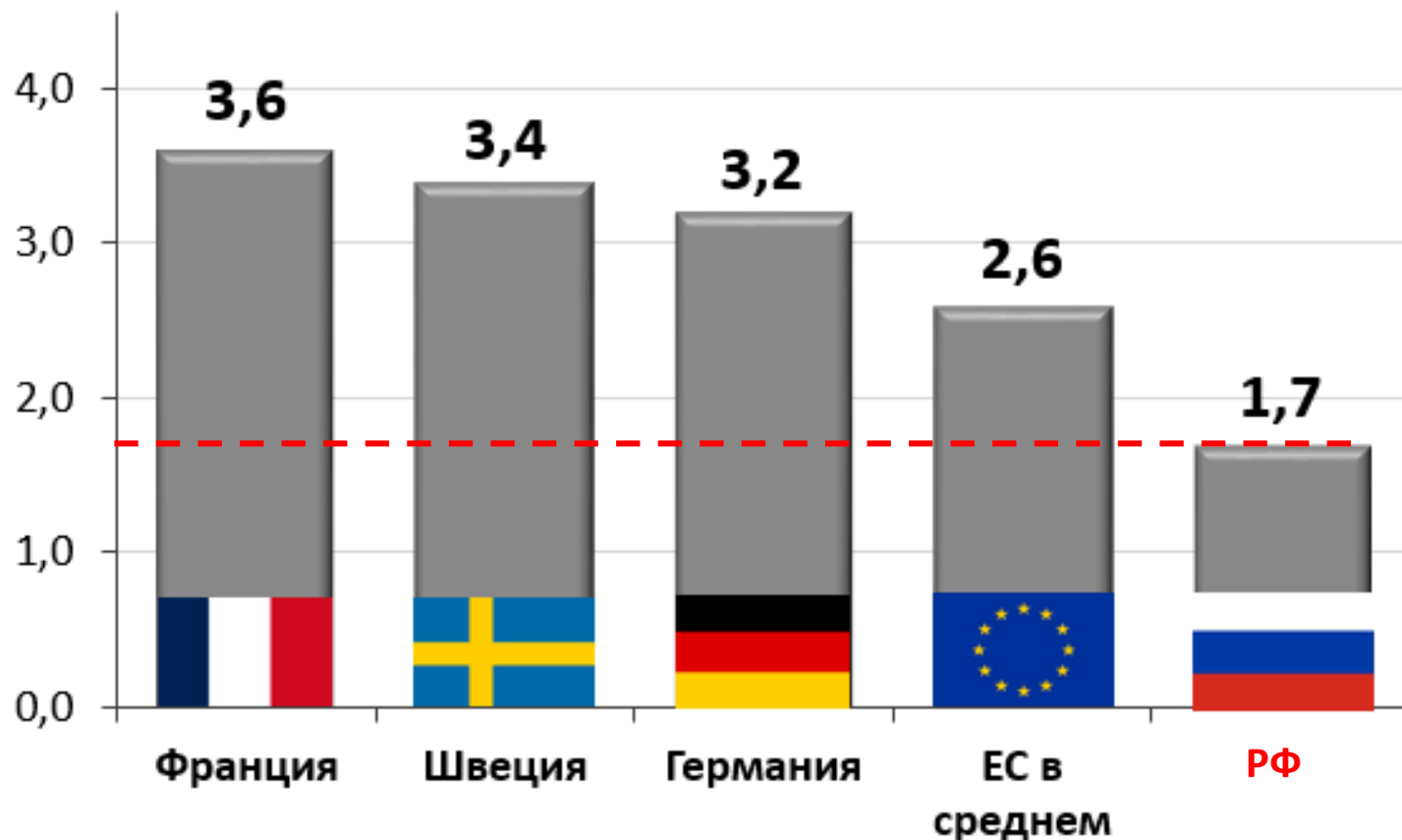
- Детей могут отдыхать в детских оздоровительных лагерях

Только 54%

- Детей (3 -18 лет) посещают дополнительные образовательные (развивающие) занятия

Но пока 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

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

Смертность и ожидаемая продолжительность жизни

Смертность в РФ в 1990 г. была на уровне «новых-8» стран ЕС. За 3 года (2020-2022) средний прирост к 2019 г. составлял **+20%** ежегодно. В 2023 г. в РФ смертность уменьшилась, но по-прежнему **на 16% выше**, чем в РСФСР в 1986 г.

Число умерших на 1000 населения



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

Источники: Росстат, Евростат, расчет ВШОУЗ

За 2 года (2020 и 2021 гг.) в РФ ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) из-за высокой смертности сократилась **на 3,3 года**. В 2023 г. она вернулась на уровень 2019 г., но по-прежнему **на 4,5 года ниже**, чем в «новых» странах ЕС и **на 8,6 ниже**, чем в старых странах ЕС

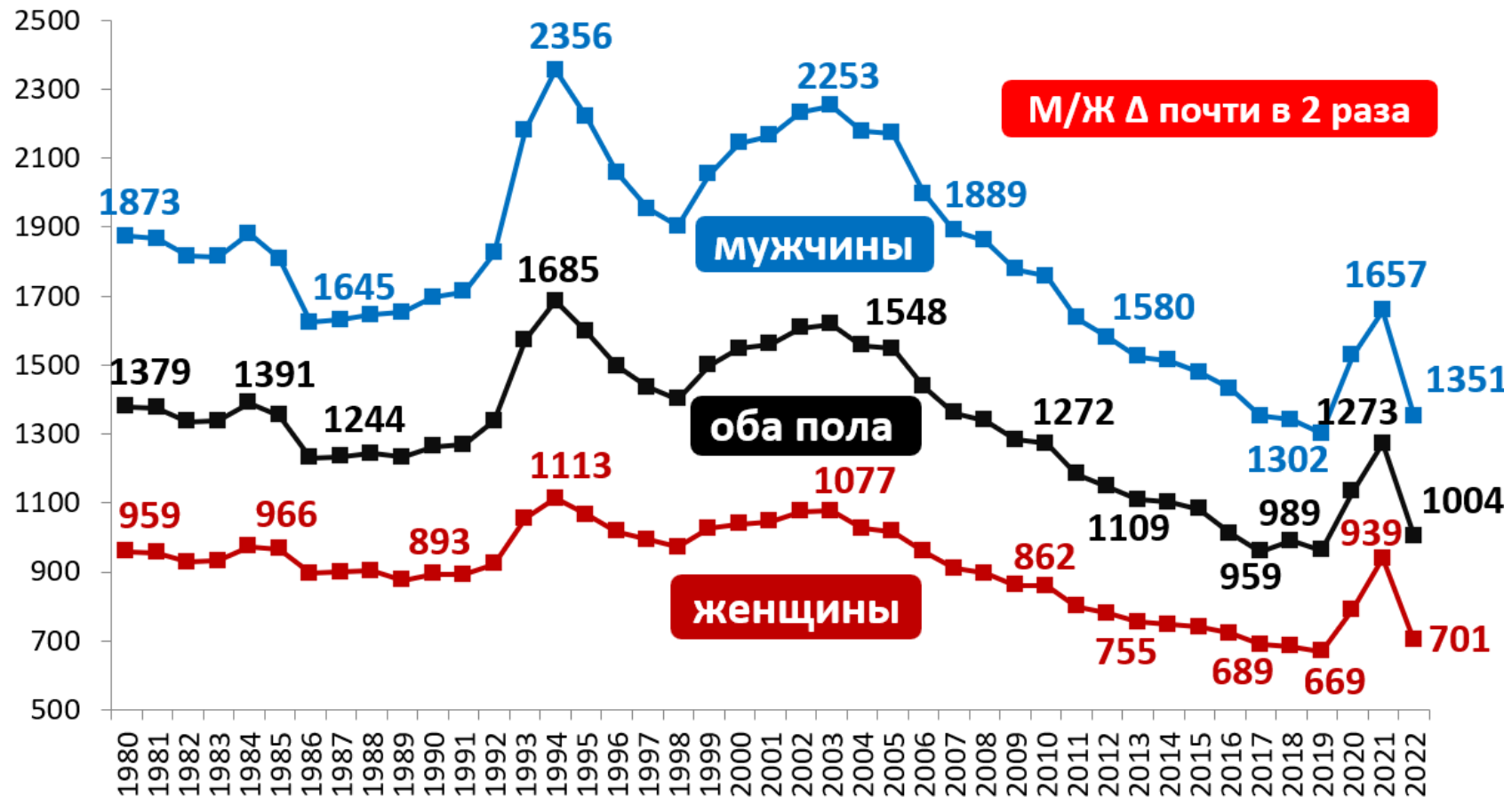


«Новые» страны ЕС (8): Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония.

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

СКС от всех причин смерти в РФ среди мужчин почти **в 2 раза выше**, чем среди женщин

Число случаев на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста (европейский стандарт)



Источники: Демографический ежегодник России (Росстат), ЦНИИОИЗ Минздрава России, расчет ВШОУЗ.

Чтобы выполнить цель по увеличению продолжительности жизни **до 78 лет** необходимо

СНИЗИТЬ СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ

В РФ на это влияют в равной степени:

- 1. Доходы** населения
2. Образ жизни населения – потребление **алкоголя и табакокурение**
- 3. Доступность и качество** бесплатной медицинской помощи

ТО ЕСТЬ РОЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – 1/3

В РФ на дальнейшее снижение потребления алкоголя и табака влияет алкогольное и табачное лобби. ФАКТОРОМ, который быстро может повлиять на снижение смертности (соответственно, рост ОПЖ) **ОСТАЕТСЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

Реальные доходы населения

С 2013 по 2022 г. сокращение **на 10%**, в 2023 г. - рост на **5,4%**, но по прежнему это ниже, чем в 2013 г.

Потребление алкоголя

В РФ за последние 10 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**, чем в Израиле (чистый спирт на душу населения старше 15 лет, соответственно, 9,0; 4,5 и 3 л)

Здравоохранение

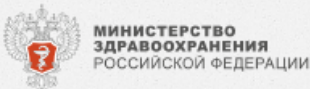
СОХРАНЯЮТСЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

ТО ЕСТЬ НЕОБХОДИМО ИЗМЕНИТЬ ВОЗДЕЙСТВИЕ ВСЕХ ГЛАВНЫХ ФАКТОРОВ НА ОПЖ

Четыре фундаментальные проблемы здравоохранения, которые надо решить для повышения доступности и качества медпомощи, соответственно, снижения смертности

- 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:**
 - Недостаточно средств
 - Много источников с разными подходами к финансированию бесплатной медпомощи и запутанная система межбюджетных трансфертов
 - Несправедливое распределение средств между регионами (*в привязке к средней отплате труда в регионе*)
 - Неверный метод оплаты за медицинскую помощь (*«зарабатывание на потоке больных»*)

Национальные проекты **очень важны, но не позволят** решить фундаментальные проблемы отрасли, поскольку преимущественно направлены на обновление **инфраструктуры** и повышение доступности медпомощи по отдельным заболеваниям



ЭКОСИСТЕМА НОВЫХ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ С УЧАСТИЕМ МИНЗДРАВА РОССИИ

| 7

«ПРОДОЛЖИТЕЛЬНАЯ И АКТИВНАЯ ЖИЗНЬ»

11

- МОДЕРНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
- БОРЬБА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
- БОРЬБА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
- БОРЬБА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
- СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ
- РАЗВИТИЕ ФЕДЕРАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ
- ЦИФРОВЫЕ СЕРВИСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
- ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
- БОРЬБА С ГЕПАТИТОМ С И МИНИМИЗАЦИЯ РИСКОВ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ
- МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ
- ЗДОРОВЬЕ ДЛЯ КАЖДОГО

«НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СБЕРЕЖЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ»

5

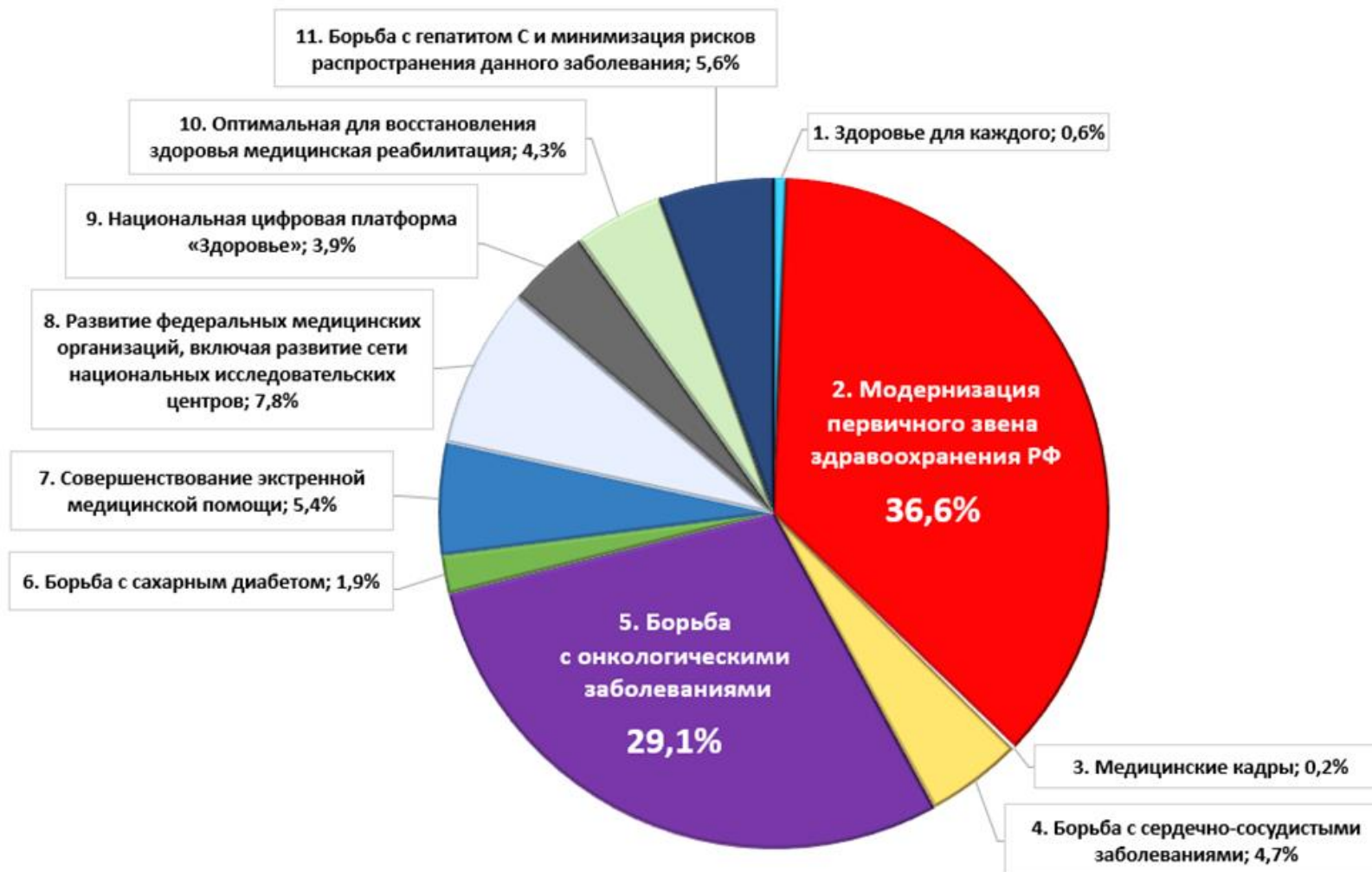
- УПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКОЙ
- ТЕХНОЛОГИИ РАЗРАБОТКИ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ПЛАТФОРМ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ
- БИОМЕДИЦИНСКИЕ И КОГНИТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ БУДУЩЕГО
- РЕГЕНЕРАТИВНАЯ БИОМЕДИЦИНА, ТЕХНОЛОГИИ ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ, ОБЕСПЕЧЕНИЕ АКТИВНОГО И ЗДОРОВОГО ДОЛГОЛЕТИЯ
- ПРОМЫШЛЕННОСТЬ ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

«СЕМЬЯ» (ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА)

- МОДЕРНИЗАЦИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ И ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИК
- РАСШИРЕНИЕ СЕТИ ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ
- ОХРАНА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

1

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



Хотя в 2025 г. произойдет индексация оплаты труда медработников **на 13%**, в ФП «Медицинские кадры» НСОТ будет реализована **только с 2027 г.** также в ФП не предусмотрены мероприятия по ускорению трансляции новых знаний врачам, которые необходимы для повышения КМП

Федеральные проекты: мероприятия, результаты	2023 г.	Значение на 2030 год
Мероприятие 1.1 «Созданы и функционируют региональные кадровые центры, направленные на организацию управлением персоналом», штук	2	87
Мероприятие 1.2 «Разработаны, утверждены и реализуются региональные программы «Медицинские кадры»	0,00	89
Мероприятие 1.3 «Обеспечено обучение по программам повышения квалификации мед. работников бригад скорой мед. помощи», человек	0,00	26000
Мероприятие 1.4 «Обеспечено освоение интерактивных образовательных модулей по вопросам оказания экстренной мед. помощи больным с жизнеугрожающими состояниями мед. работниками приемных отделений мед. организаций, отделений»	0,00	88
Мероприятие 1.5 «Обеспечена переподготовка медицинских работников в сокращенные сроки», человек	0,00	30 000
Мероприятие 1.6 «Обеспечено проведение образцу мероприятий, направленных на повышение квалификации мед. работников, участвующих в оказании мед. помощи пациентам с сахарным диабетом», человек	0,00	10 000
Мероприятие 1.7 «Количество медицинских работников - получателей региональных мер социальной поддержки в виде жилья», человек	6200	Потребность будет уточнена
Мероприятие 1.8 «Обучено по программам среднего профессионального образования по договорам о целевом обучении», человек	6 000	60 000
Мероприятие 1.9 «Обеспечено увеличение контрольных цифр приема (КЦП) по программам высшего образования по мед. специальностям в т.ч. за счет сокращения иных немедицинских»	27 160	Уточняется
Мероприятие 1.10 «Обеспечено увеличение КЦП по программам среднего профессионального образования»	65 090	Уточняется
Мероприятие 1.11 «Обеспечено трудоустройство ординаторов второго года врачами-стажерами», человек	0,00	5 000
Мероприятие 1.12 «Обеспечено направление вахтовым методом врачей в медицинские организации субъектов РФ», человек	0,00	6 000
Мероприятие 1.13 «Обеспечено формирование отдельной стоимостной группы специальностей подготовки медицинских работников»	0,00	Уточняется

ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА №1: ДЕФИЦИТ КАДРОВ

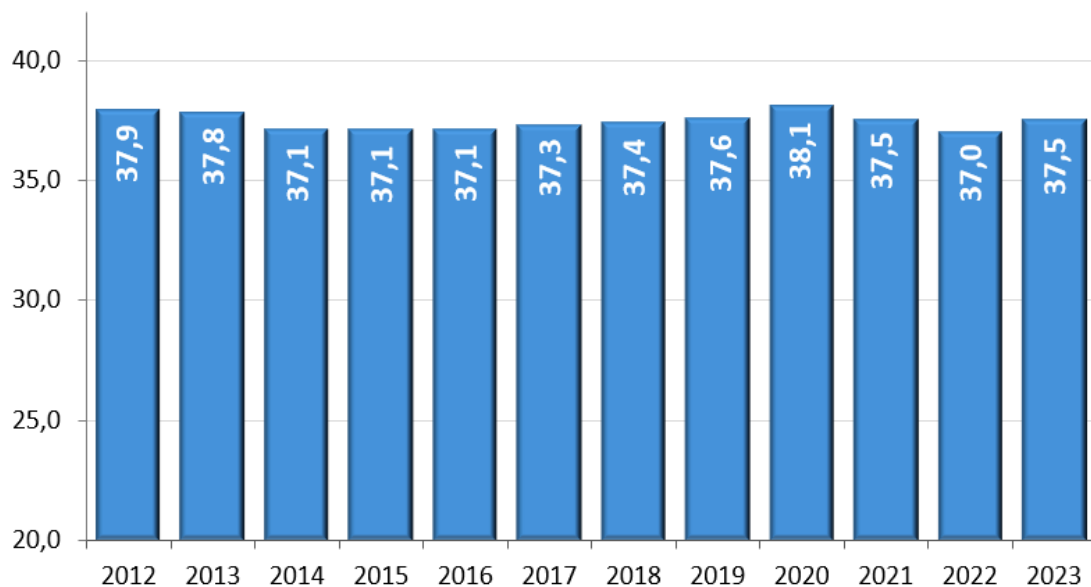
В РФ за 11 лет обеспеченность практикующими врачами **НЕ ВЫРОСЛА** и при большем потоке больных и меньшей плотности населения **НИЖЕ**, чем в большинстве развитых стран.

Мы не решим эту проблему только увеличением приема студентов в вузы и снижением сроков подготовки

$\Delta 2023/2012$

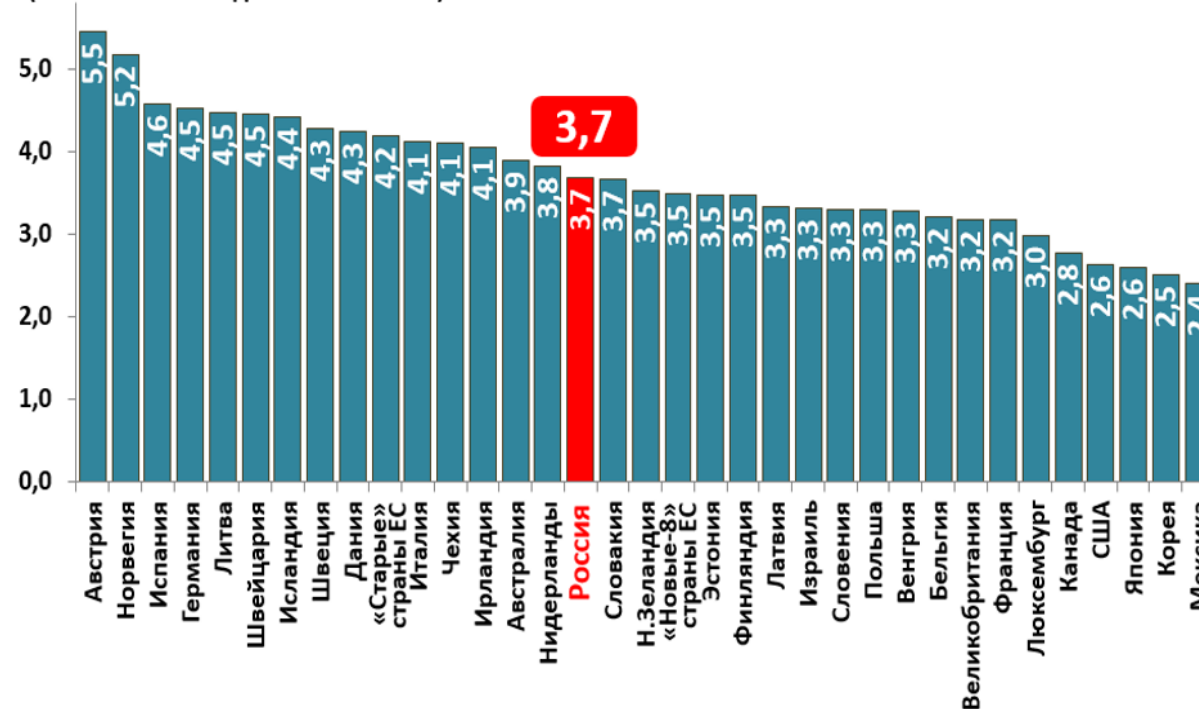
-1%

Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

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

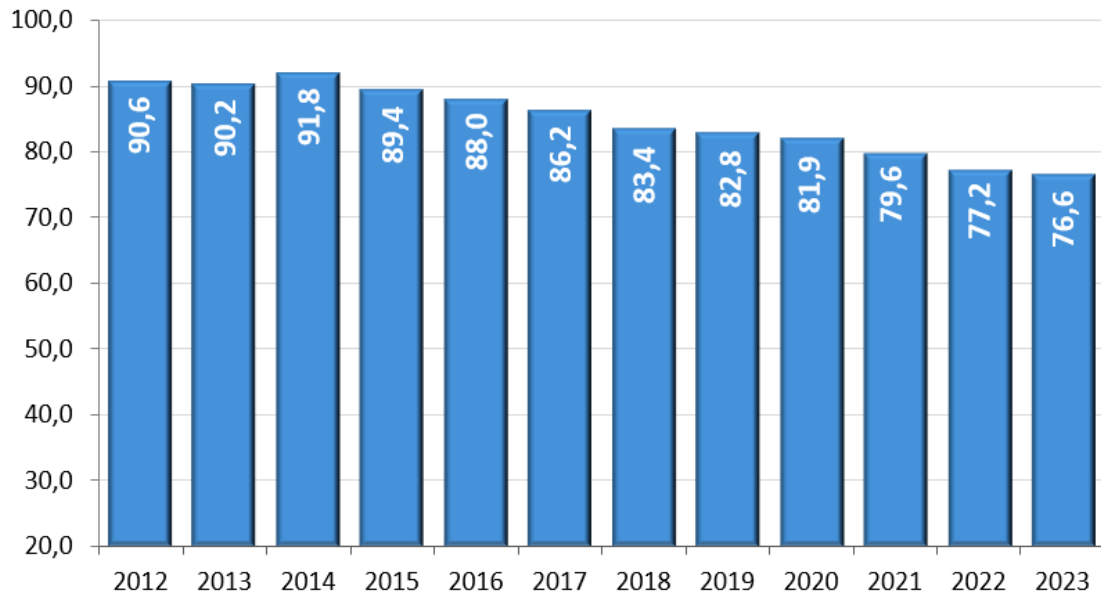


«Новые» страны ЕС (8): Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония.
Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России, база данных ОЭСР «OECD.Stat», расчет ВШОУЗ.

В РФ за 11 лет обеспеченность средним медицинским персоналом **СОКРАТИЛАСЬ на 15%** и одна из **САМЫХ НИЗКИХ**, по сравнению с развитыми странами. Сокращать сроки подготовки студентов медколледжей и не повышать квалификацию преподавателей чревато снижением качества специалистов

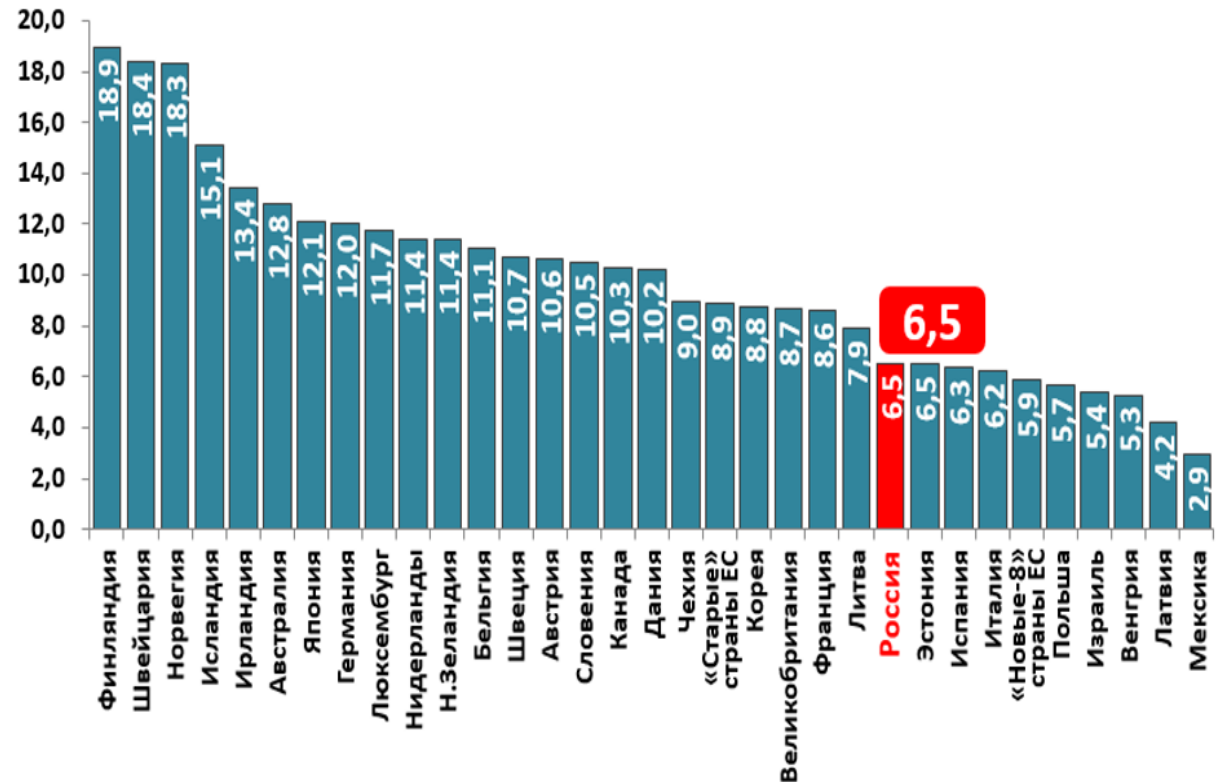
$\Delta 2023/2012$
-15%

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

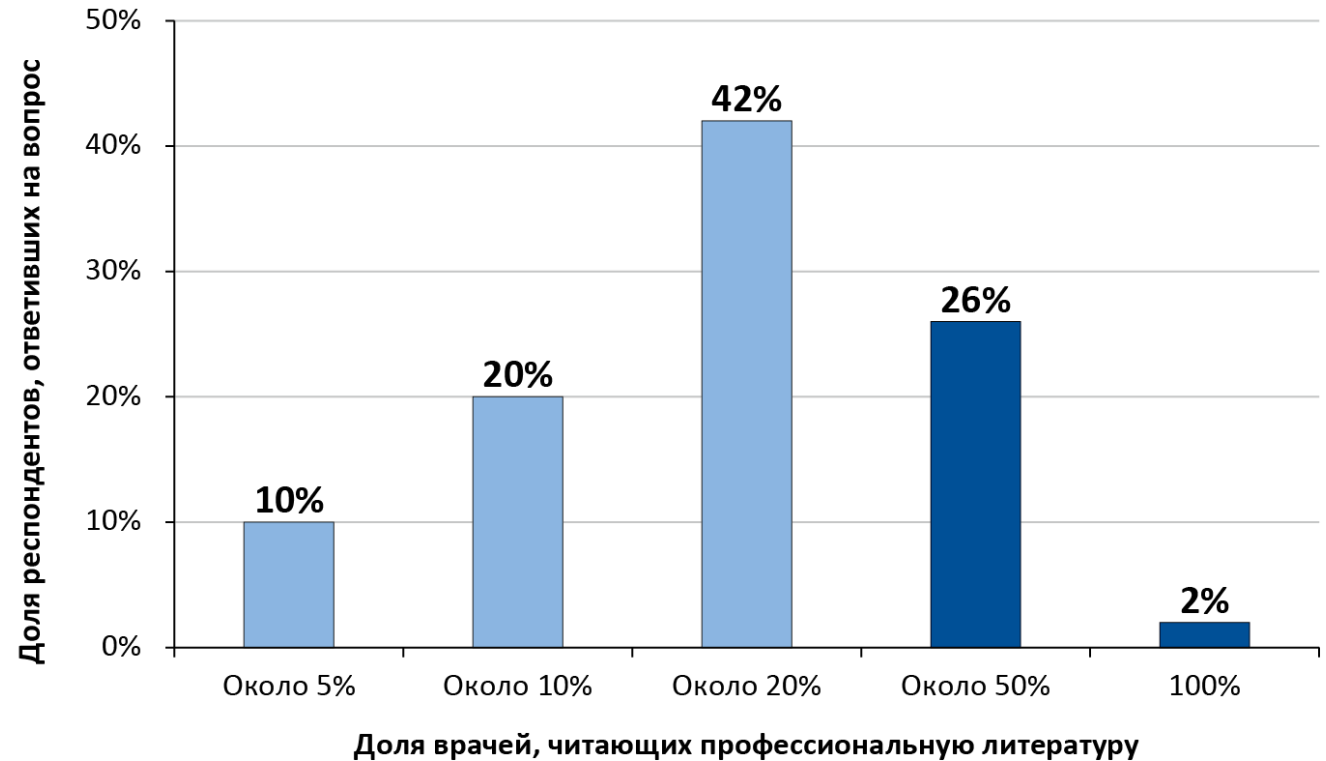
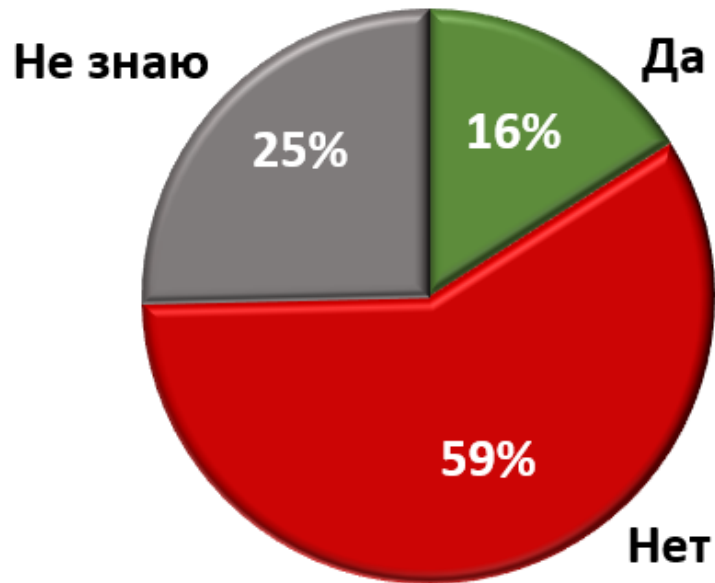
ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА №2: НЕДОСТАТОЧНАЯ КВАЛИФИКАЦИЯ КАДРОВ

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.)

В большинстве медицинских организаций РФ **НЕТ** профессиональных библиотек и **НЕ БОЛЕЕ 20%** врачей читают современную медицинскую литературу (опросы 2023-2024 гг.). При этом главные врачи не заинтересованы в выделении средств на приобретение современных библиотек

.....

Есть ли в Вашей медицинской организации профессиональная медицинская библиотека?



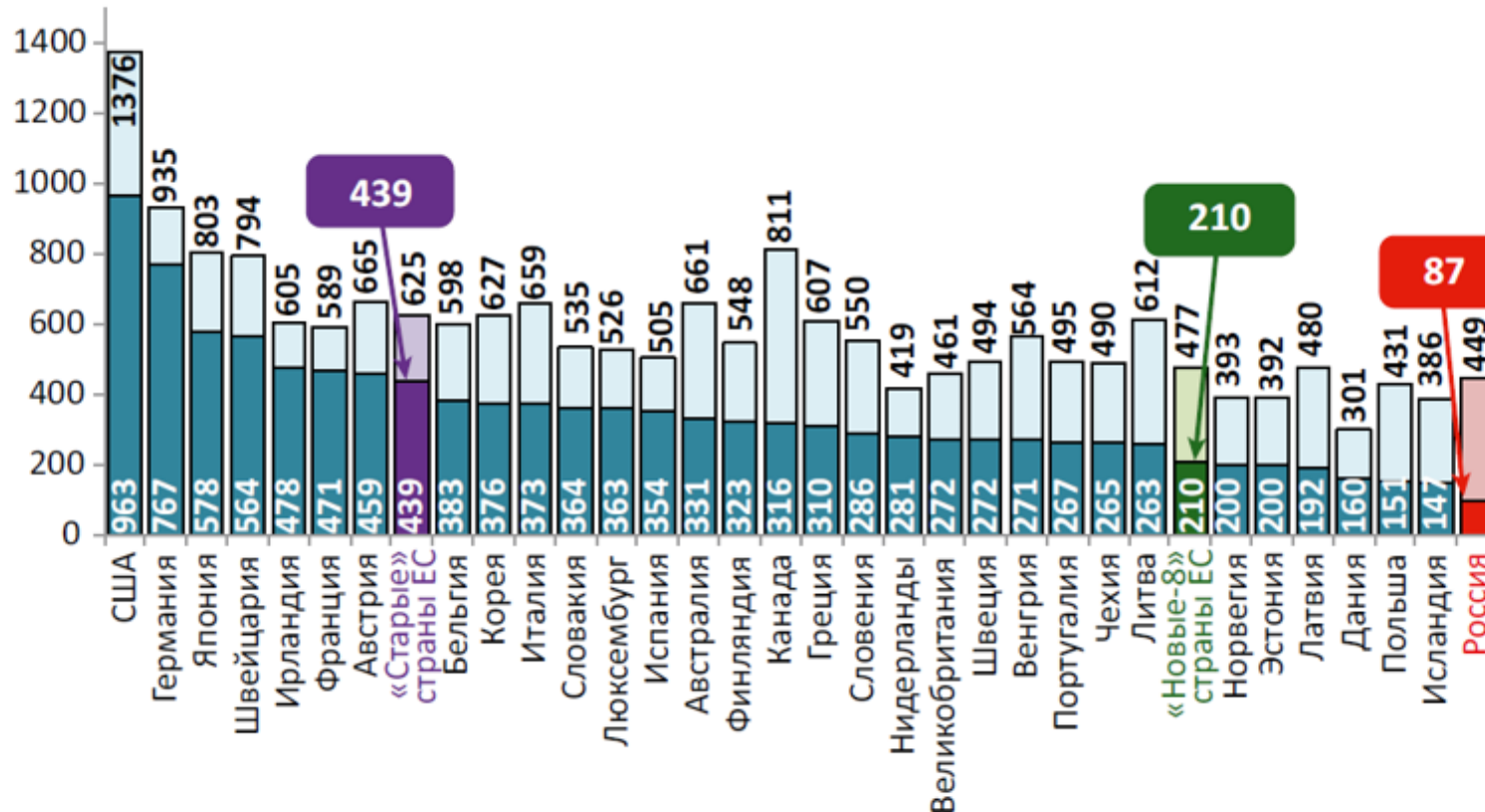
Источник: ВШОУЗ.

ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА №3: НИЗКАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ЛЕКАРСТВАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

В РФ обеспеченность лекарствами в амбулаторных условиях **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» страны ЕС (8): Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония.

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

ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА №4: НЕДОФИНАНСИРОВАНИЕ И НЕОПТИМАЛЬНАЯ СИСТЕМА ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Хотя в 2025 г. государственные расходы на здравоохранение увеличатся на почти **на 15%** (850 млрд руб.), в РФ их доля в ВВП **в 1,6 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (относительно близких к РФ по ВВП на душу) **и в 1,8 раз ниже на душу (по \$ ППС)**.

Доля в ВВП, %



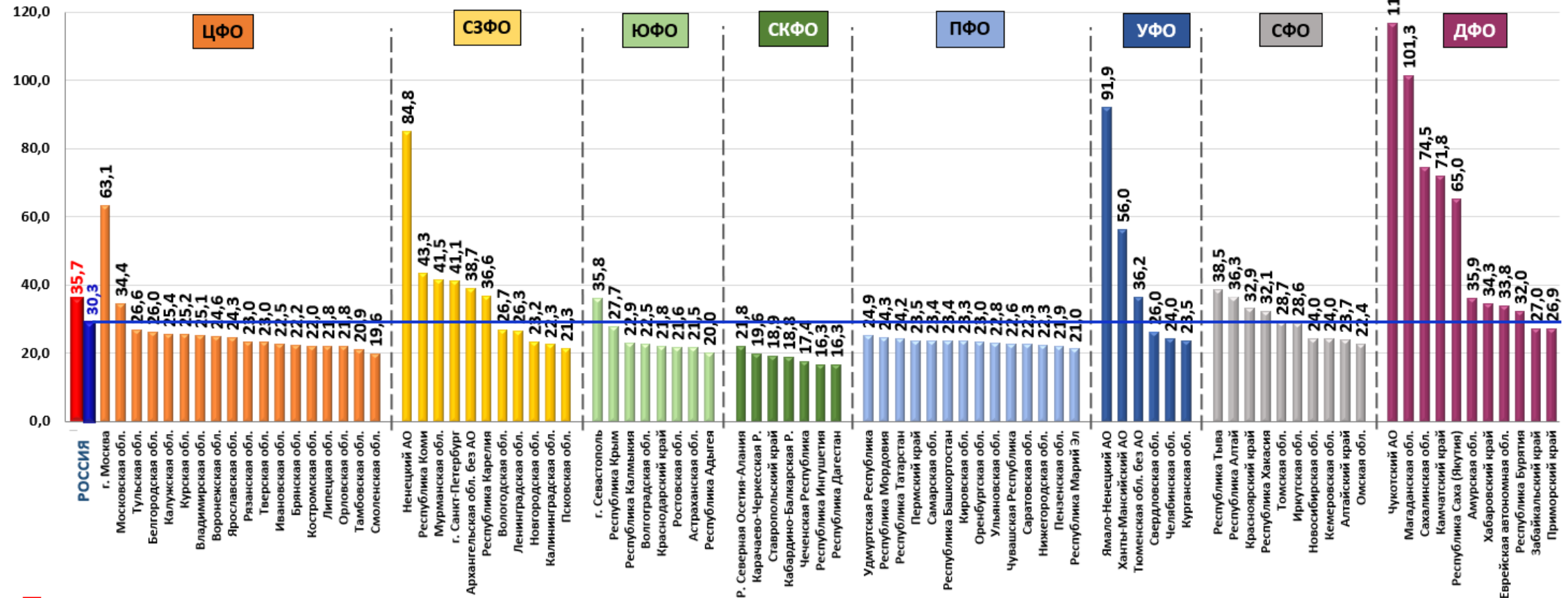
- раздробленность источников финансирования
- запутанные межбюджетные трансферты;
- несправедливый принцип распределения средств в регионы
- неэффективный способ оплаты медпомощи «за пролеченного больного».

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

РЕГИОНАЛЬНОЕ НЕРАВЕНСТВО

Подушевые государственные расходы на здравоохранение в Москве составляют **63,1 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. (2021 г.)



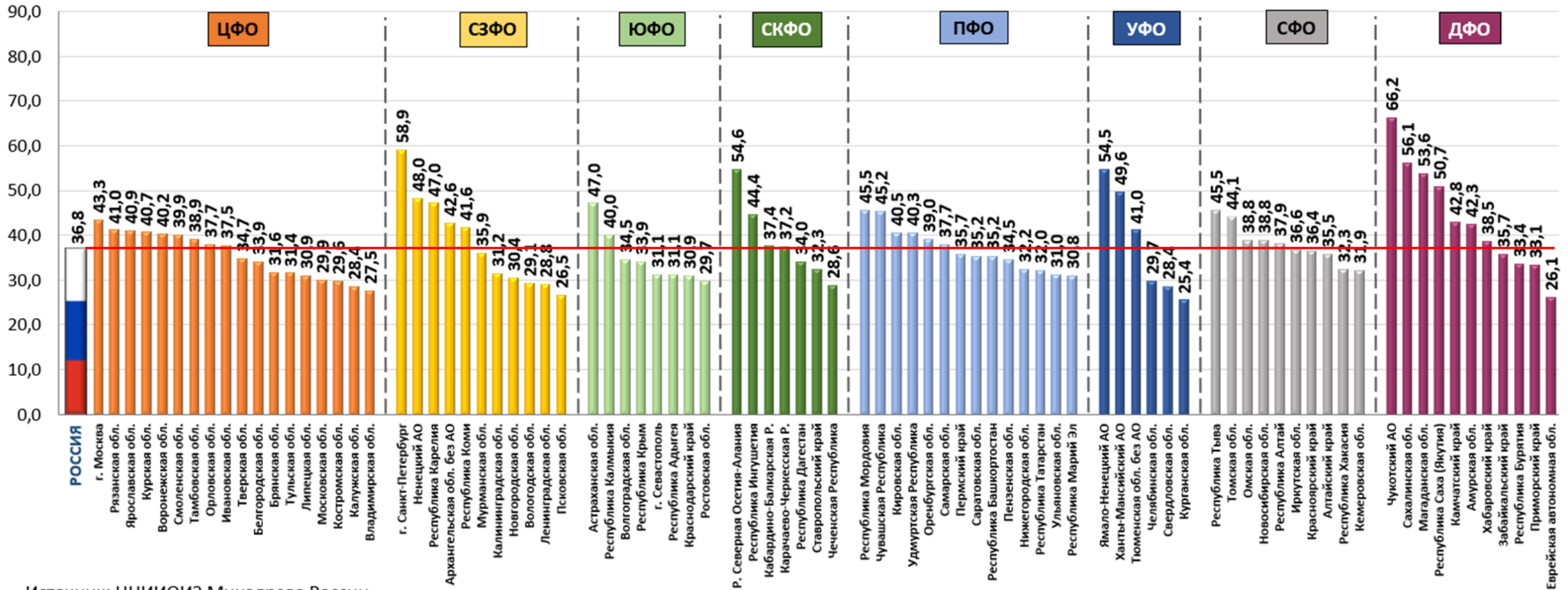
■ – средние подушевые расходы на здравоохранение из всех источников финансирования в РФ

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

Источник: Росстат, Казначейство РФ, расчет ВШОУЗ

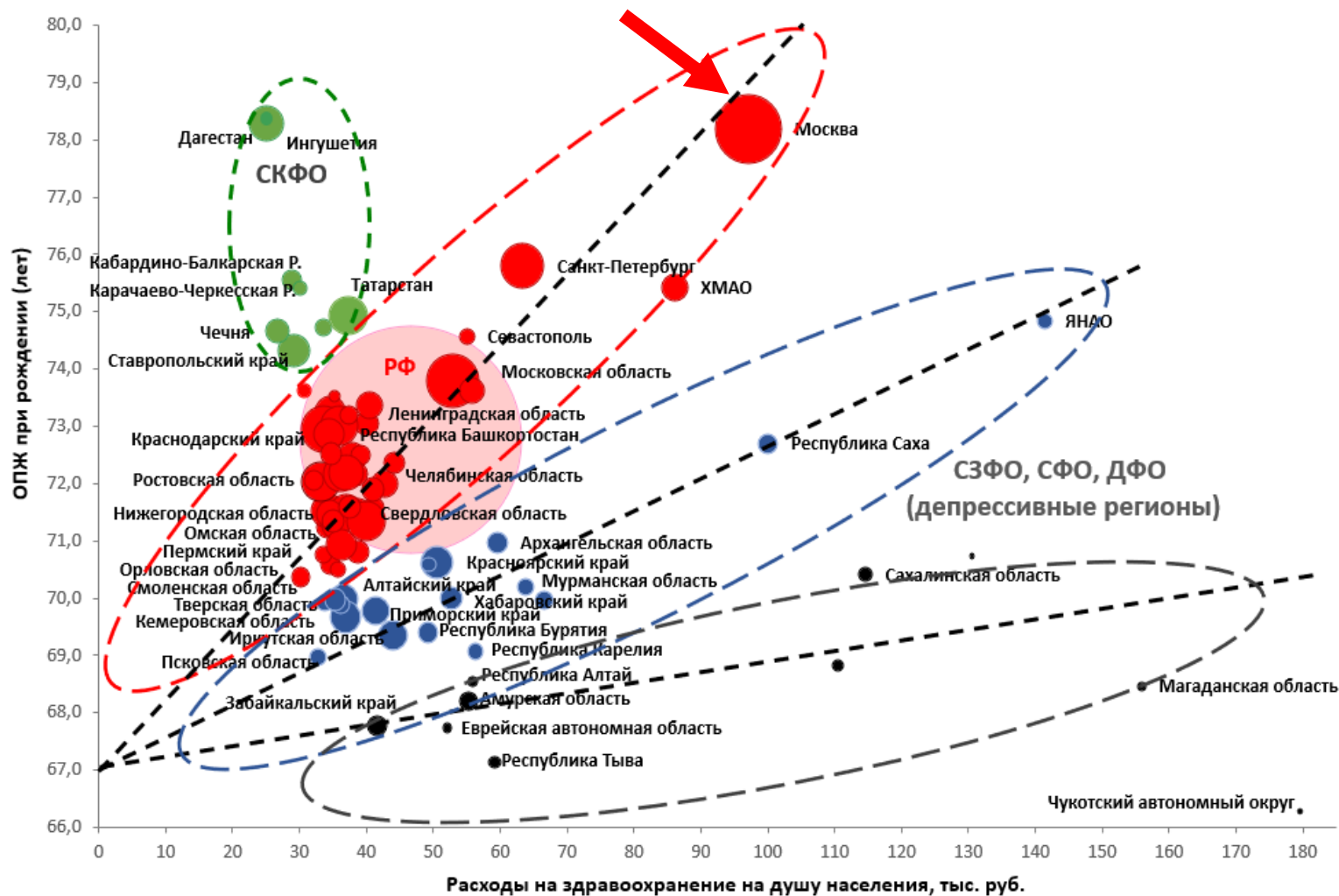
Обеспеченность врачами в Москве составляет **4,3 врача** на 1 тыс. населения, что **на 30% и более выше**, чем в Тверской, Иркутской, Кемеровской областях и **в 1,8 раз выше**, чем в Псковской области

Обеспеченность практикующими врачами на 10 тыс. населения в год (2022 г.)



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России

Видоизмененная диаграмма Престона за 2022 г. для России (в целом) и всех регионов; по вертикали – ОПЖ, по горизонтали – общие подушевые расходы 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.

Госрасходы на здравоохранение должны поэтапно (за 3-4 года) возрасти **с 3,6% до 5% ВВП**, то есть дополнительно каждый год необходимо добавлять **от 1 трлн до 2 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 в среднем:**

- 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.** (+ 4% к уровню госрасходов 2023 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**

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:

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 **от 1 трлн до 2 трлн руб.** в ценах 2023 г.

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	2013-2021 г.	Младенческая смертность снизилась в 1,8 раза
Программа по борьбе с онкологическим заболеваниями	2019-2023 г.	Смертность от новообразований снизилась на 5,6%
Антиалкогольная концепция	с 2010 г. по 2019 г.	Потребление алкоголя снизилось на 32%
Антитабачное законодательство	с 2012 г. по 2020 г.	Табакокурение снизилось на 42%

Ожидаемый результат от дополнительных вложений в здравоохранение

- **Экономический эффект:** на каждый дополнительно вложенный в здравоохранение рубль – доход в экономике
более 6 руб.
- **Уменьшение естественной убыли** населения как за счет снижения смертности, так и создания положительных стимулов для увеличения рождаемости
- **Создание импульса для развития отечественных** производителей медицинской и фармацевтической продукции за счет расширения рынков сбыта их продукции
- Обеспечение **социальной стабильности** в стране

В.В. Путин, ПМЭФ, 7 июня 2024 г.

«Теперь главное средство производства — мозги. Нам нужно развивать технологии, строить университеты и готовить соответствующие кадры»

<http://kremlin.ru/events/president/news/74234>

Поручения Президента РФ по реализации Послания к Федеральному собранию (ПР-616) от 15 марта 2024 г.:

- п. 3 в – сервисы с использованием **ИИ** в здравоохранении
- п. 5 а – подготовка специалистов **среднего звена**
- п. 5 е – влияние **образовательных центров** на регион
- **п. 27 а-б – создание цифровых центров знаний**, современных научно-профессиональных библиотек в вузах и НИИ и организация работы этих центров с пользователями

***«Я торжественно клянусь...
постоянно совершенствовать свое
профессиональное мастерство»***

Клятва врача России,
статья 71, 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

MedBaseGeotar

платформа медицинских знаний

180 000

источников
информации

25%

обновление контента
ежегодно

СОДЕРЖИТ ИСЧЕРПЫВАЮЩИЙ ОБЪЕМ СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ

ДЛЯ БЫСТРОЙ ОРИЕНТАЦИИ И УГЛУБЛЕННОГО АНАЛИЗА



ИНСТРУМЕНТЫ ВРАЧА

словарь терминов, обзорные статьи по заболеваниям, Лабинфо, ВЗЛ, справочник лекарств и др.



РЕГЛАМЕНТЫ

рекомендации, стандарты, порядки и др.



БИБЛИОТЕКА

национальные руководства, атласы, справочники, лучшие мировые издания и др.



ПРАВО

статьи по правовым и организационным вопросам

МОДУЛЬ «ВЗЛ» – БЕЗОПАСНОСТЬ НАЗНАЧЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Преимущества

основана на российской научной методике

проверка взаимодействий по действующим веществам (МНН) и торговым наименованиям (ТН)

внесение в калькулятор одновременно до 15 МНН

интеграция с МИС

информация по ЛП, незарегистрированным в РФ

Результат

снижение рисков побочных реакций у пациентов при одновременном назначении нескольких ЛП, уменьшение количества взысканий надзорных органов

Разделы

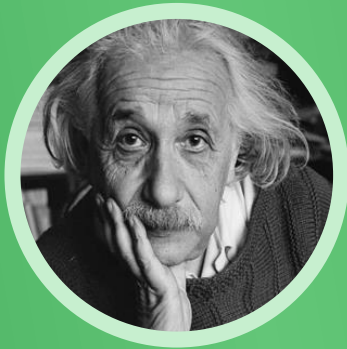
описание взаимодействий 1 700 ЛП

база данных взаимодействий по 200 000 пар ЛП с формированием паспортов, включающих:

- ранжирование уровней взаимодействия
существенное / умеренное / минимальное
- рекомендации для врачей
- рекомендации для пациентов



«Я боюсь того дня, когда технологии превзойдут наше человеческое взаимодействие.
В мире будет поколение идиотов.
Читайте больше»



Альберт Эйнштейн (1879-1955) — американский, немецкий и швейцарский физик-теоретик и общественный деятель-гуманист, один из основателей современной теоретической физики.
Лауреат Нобелевской премии по физике 1921 года.

**Откройте доступ к медицинским знаниями
ВМЕСТЕ С MedBaseGeotar!**



MedBaseGeotar
платформа медицинских знаний

Умная платформа для
профессиональных решений в
медицине

Контакты



info@mbasegeotar.ru



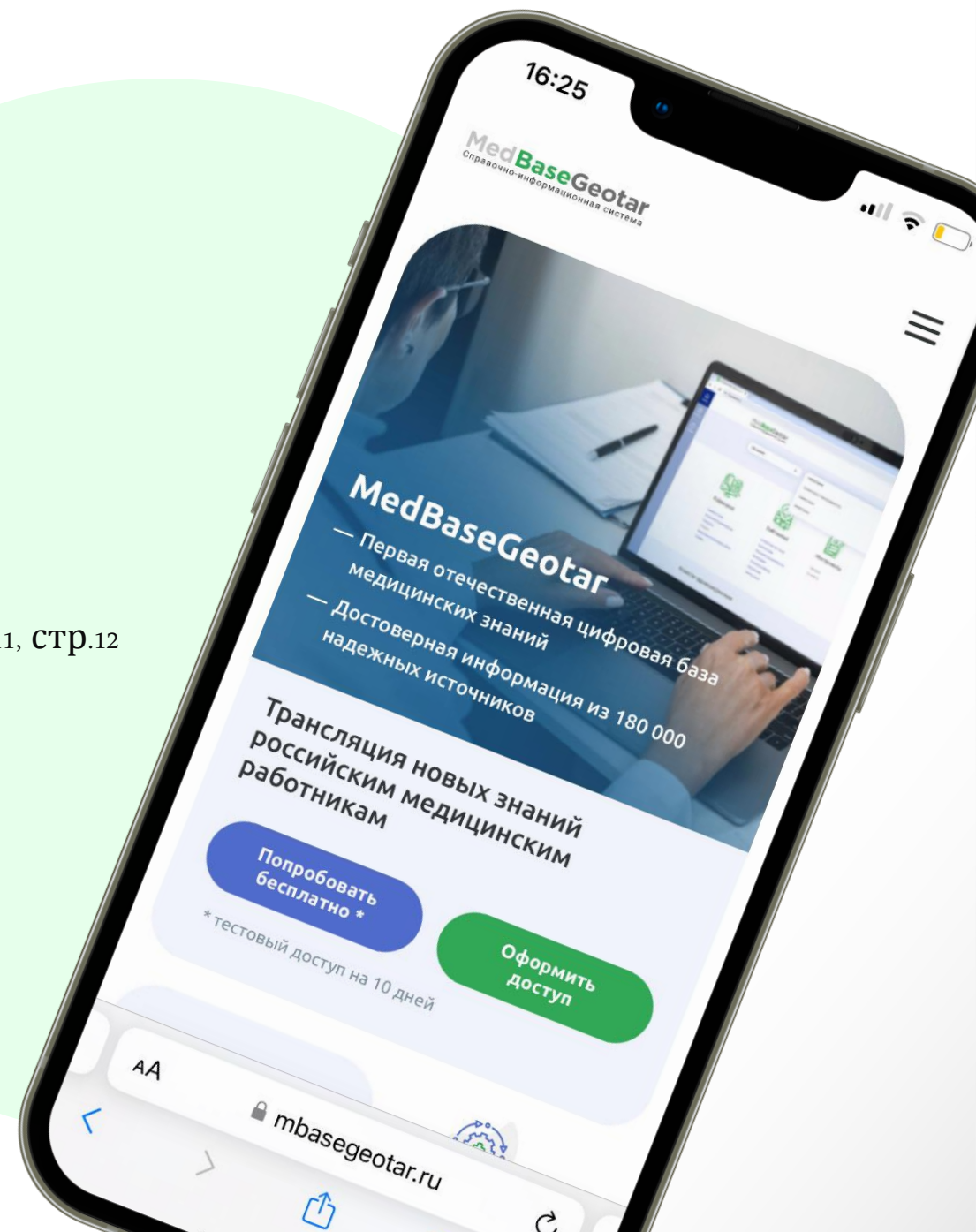
support@studentlibrary.ru



+7 (495) 921-39-07



Россия, Москва,
ул. Садовническая, д. 11, стр.12



СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БСК – болезни системы кровообращения
ВВП – валовой внутренний продукт
ВОП – врач общей практики
ВРП – валовой региональный продукт
ДФО – Дальневосточный федеральный округ
ЕМИСС – Единая межведомственная
информационно-статистическая система
ЕС – Европейский союз
КД – коэффициент дифференциации

ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни
ПФО – Приволжский федеральный округ
СЗФО – Северо-Западный федеральный округ
СКС – стандартизованный коэффициент смертности
СКФО – Северо-Кавказский федеральный округ
СФО – Сибирский федеральный округ
УФО – Уральский федеральный округ
ЦФО – Центральный федеральный округ
ЮФО – Южный федеральный округ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Состояние и предложения: 2019-2024 гг. 3-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 416 с.
2. Единый план по достижению национальных целей развития РФ на период до 2024 г. и на плановый период до 2030 г. / Правительство РФ, 2021. – 308 с.
3. Доклад «Об итогах работы Минздрава России за 2023 год». — М.: Министерство здравоохранения РФ, 2024. — 29 с.
4. Доклад «Об итогах работы Министерства здравоохранения РФ в 2022 году и задачах на 2023 год». — М.: Министерство здравоохранения РФ, 2023. — 242 с.
5. Постановление Правительства РФ от 29.12.2022 № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов».
6. ЕМИСС / база данных Росстата [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://fedstat.ru/>.
7. Росстат [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.gks.ru/>.
8. Официальный сайт ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://mednet.ru/>.
9. База данных ОЭСР «OECD.Stat» [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://stats.oecd.org/>

Список литературы (продолжение)

10. Goodman K.E., Yi P.H., Morgan D.J. AI-Generated Clinical Summaries Require More Than Accuracy // JAMA. 2024. January 29. doi:10.1001/jama.2024.0555
11. Kohane I. Policy in Progress — The Race to Frame AI in Health Care // NEJM AI 2024;1(3). doi:10.1056/AIe24000044. <https://ai.nejm.org/doi/full/10.1056/AIe2400044>
12. Tu T., Azizi S., Driess D. et al. Towards Generalist Biomedical AI // NEJM AI 2024;1(3). doi:10.1056/AIoa2300138
13. Rengers T.A., Thiels C.A., Salehinejad H. Academic Surgery in the Era of Large Language Models A Review // JAMA Surg. doi:10.1001/jamasurg.2023.6496. https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/article-abstract/2814978?utm_campaign=articlePDF&utm_medium=articlePDFlink&utm_source=articlePDF&utm_content=jamasurg.2023.6496
14. Anderer S., Hswen Y. AI Developers Should Understand the Risks of Deploying Their Clinical Tools, MIT Expert Says // JAMA. 2024. doi:10.1001/jama.2023.22981
15. Fogo A.B., Kronbichler A., Bajema I.M. AI's Threat to the Medical Profession // JAMA. 2024;331(6):471-472. doi:10.1001/jama.2024.0018
16. Schulman K.A., Nielsen Jr P.K., Patel K. AI Alone Will Not Reduce the Administrative Burden of Health Care // JAMA. 2023; 330(22):2159-2160. doi:10.1001/jama.2023.23809
17. Wachter R.M., Brynjolfsson E. Will Generative Artificial Intelligence Deliver on Its Promise in Health Care? JAMA. 2024;331(1):65-69. doi:10.1001/jama.2023.25054
18. Mello M.M., Guha N. ChatGPT and Physicians' Malpractice Risk // JAMA Health Forum. 2023;4(5):e231938. doi:10.1001/jamahealthforum.2023.1938
19. Abbasi J., Hswen Y. How AI Assistants Could Help Answer Patients' Messages—and Potentially Improve Their Outcomes // JAMA. 2024;331(2):95-97. doi:10.1001/jama.2023.22555
20. Sahni N.R., Carrus B. Artificial Intelligence in U.S. Health Care Delivery // N Engl J Med 2023; 389:348-358 DOI: 10.1056/NEJMra2204673
21. Holmgren A.J., Thombley R., Sinsky C.A. et al. Changes in Physician Electronic Health Record Use With the Expansion of Telemedicine // JAMA Intern Med. 2023;183(12):1357-1365. doi:10.1001/jamainternmed.2023.5738
22. Holmgren A.J., Thombley R., Sinsky C.A., Adler-Milstein J. Changes in Physician Electronic Health Record Use With the Expansion of Telemedicine // JAMA Intern Med. Published online October 30, 2023. doi:10.1001/jamainternmed.2023.573