

Существующая система здравоохранения – это Схема чиновников, заставляющая врачей жить на грани нищеты, а пациентов - умирать.

Представьте: в 1913 году, на пике могущества Российской Империи, учитель зарабатывал эквивалент 200-380 тысяч рублей по сегодняшнему курсу, инженер - от 217 тысяч до миллионов, земский врач - 270-340 тысяч, квалифицированный рабочий - свыше 100 тысяч, а полковник императорской армии - 800-1000 тысяч.

Самая главная забота нынешнего врача НА ФОНЕ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ - не столько оказать помощь больному, сколько правильно заполнить бумаги.

Погибшие младенцы стали "заложниками" – страховой медицины России. Врачи не виноваты: Кто унёс жизни 9 малышей? У страховой медицины России имеются конкретные фамилии и имена.

«СКОРАЯ» - Они не должны никого лечить, они должны приехать, оценить состояние больного и как можно быстрее доставить его в стационар. В ТЯЖЁЛОМ СОСТОЯНИИ – ДОВЕСТИ БОЛЬНОГО ДО ТРАНСПОРТАБЕЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ДОСТАВИТЬ В СТАЦИОНАР!!!

Реальность же такова, что скорую сегодня чаще всего вызывают именно за лечением "на месте". Без перезапуска поликлинического звена ситуацию не спасти. Сегодня врачи работают прежде всего на отчётность, а не на пациента.

2025 год.

Каждый третий студент получивший диплом врач не доходит до рабочего места врача.

Каждый третий молодой врач через три года работы уходит из системы здравоохранения страны из-за нищеты и «выгорания».

«За 7 лет число врачей в стране сократилось на 46 тысяч».

За прошедшие **10 лет** население России сократилось на **7(семь) миллионов человек.**

## 2011 год.

Уважаемый Владимир Владимирович,

Получил 2 ответа: Минздрав РФ и Федеральный Фонд ОМС после письма в Ваш адрес: «Страховая модель медицины глупость».

Кроме раздражения ничего не испытал. Две крайне озабоченных и заинтересованных структуры методически, медленно и плавно пытаются приучить нас тому, что ОМС будет единственным источником финансирования, дабы оправдать существование одиозной структуры ОМС.

### **Страховая медицина в России не будет работать.**

Тому есть объективные показатели. В условиях нашей страны — с низкой плотностью населения, слабым развитием дорог, большими расстояниями между городами и неравномерно населенной территорией — переход на страховую модель вызвал то, что лечебным учреждениям не хватает денег, связанных с обращаемостью. Принцип «Деньги идут за больных» не позволяет обеспечить адекватное финансирование инфраструктуры там, где населения мало, в первую очередь в небольших городах и сельской местности. В результате, если главный врач не занимается приписками и навязыванием ненужных

услуг, сначала сокращаются специалисты узкого профиля, которых не позволяет прокормить низкая обращаемость, затем происходит сокращение самого лечебного учреждения или его слияние с более крупным (которое воспринимает это как обузу), деградация медицинской инфраструктуры, доступности и качества медицинской помощи.

Типовой сценарий:

- ✓ из-за низкой заселенности территории сокращаются единственная поликлиника, больница, амбулатория или фельдшерско-акушерский пункт, которые не могут финансироваться «по страховому» принципу (за счет оплаты обращений). К сожалению, мы это уже прошли и продолжаем проходить;
- ✓ в свою очередь, не имея доступа к медицинской помощи, население стремится перебраться в более крупные населенные пункты, усиливая тем самым российское безлюдье (порочный круг). Без дорог, медпунктов, малых школ и инфраструктуры никакие гектары не заселят территории Дальнего Востока и Камчатки...

Получил 2 ответа: Минздрав РФ и Федеральный Фонд ОМС.

Кроме раздражения ничего не испытал. Две крайне озабоченных и заинтересованных структуры методически, медленно и плавно пытаются приучить нас тому, что ОМС будет единственным источником финансирования, дабы оправдать существование одиозной структуры ОМС.

**Посмотрим, что мы имеем от ОМС:**

За эти 20 лет расходы на здравоохранение выросли почти в два раза: СССР расходовал 2,7–3% ВВП (причем население практически не платило за медицинскую помощь), общие расходы России (государство плюс корпорации плюс население), по данным ВОЗ, значительно превышают 5% ВВП (и это без учета специфичных для России по масштабу таких расходов, как ведомственная медицина, лечение за рубежом и пр.).

При этом доступность медицинской помощи падает, а отставание доходов медицинских работников потребовало личного вмешательства руководителей государства («а воз и ныне там»): налицо массовое бегство из профессии, замена перспективных врачей гастарбайтерами и случайными, равнодушными людьми, вымогательство, безответственное отношение к жизни и здоровью пациентов.

Позволю себе небольшую наглость и представлю вам интервью одного и ведущих специалистов в области здравоохранения с небольшими комментариями. Надеюсь автор меня простит.

Вернёмся к сравнению эффективности страховой и бюджетной модели здравоохранения. Как известно, разработанные в СССР принципы бюджетной модели (приоритет профилактики, активная государственная политика в здравоохранении, плановый характер и пр.) были в свое время использованы многими развитыми странами. Проводились сравнения этих модели в рандомизированных группах, в странах, близких по развитию экономики и культуры, используя объективные независимые источники информации — данные ВОЗ, Всемирного банка и даже Центрального разведывательного управления США (у него, кстати, очень качественная статистика по странам).

Результат следующий: что во всех без исключения группах сравнения страны, использующие принципы бюджетной модели здравоохранения, достигают более высоких показателей здоровья населения при значительно меньших расходах.

Второй вопрос — почему не работает страховая медицина именно в России? Ведь 20 лет — более чем достаточный срок, чтобы система или заработала, или показала себя нежизнеспособной. Ответ - что любая финансово-экономическая модель требует определенных условий, и для этого надо провести корреляцию между эффективностью страховой модели и объективными условиями использующих ее стран. Оказалось, что страны с высокой эффективностью страховой модели — входящие в Топ 30 рейтинга агентства Bloomberg Швейцария, Япония, Израиль, Нидерланды, Германия, Кипр,

Австрия, Франция, Греция, Бельгия, Южная Корея — характеризуются очень четким комплексом параметров, которые действительно важны для инвестиций в медицинскую инфраструктуру и появления рыночной конкуренции между лечебными учреждениями.

**Это страны с высокой плотностью населения, с небольшой и достаточно равномерно заселенной территорией:**

Если населения мало и (или) оно неравномерно расселено, то в ряде территорий обращений за помощью (тот самый принцип страховой медицины «Деньги следуют за пациентом») не хватает для адекватного финансирования медицинской инфраструктуры и инвестиций в ее создание и развитие, то есть для появления конкуренции между лечебными учреждениями.

Далее, все эти страны имеют эффективную транспортную систему. Плотность дорог с твердым покрытием, например, в Голландии — 3,29 км/кв. км. Развитую сеть городов: небольшие расстояния между городами (например, в Западной Европе среднее расстояние между городами — 7–15 км) и (или) проживание основной части населения в городских агломерациях позволяет не создавать сельскую медицину и обеспечить конкуренцию между лечебными учреждениями соседних городов: не нравится поликлиника в своем городе или районе — через 20–30 минут можешь получить помощь в соседнем. Важна также доля так называемых эффективных городов — с численностью населения от 100 тыс. и более, чья экономика и демография позволяют рассчитывать на инвестиции в развитие дорогостоящих высокотехнологичных видов медицинской помощи.

Все без исключения страны с эффективной страховой моделью характеризуются высоким уровнем ВВП: (тут все понятно: чем больше денег в экономике, тем более платежеспособна система ОМС, тем привлекательнее рыночные инвестиции в медицину); высоким уровнем инвестиционной привлекательности (что важно, учитывая высокую капиталоемкость и длительный срок окупаемости инвестиций в медицинскую инфраструктуру) и активным государственным антимонопольным регулированием рынка медицинских услуг (контроль обоснованности тарифов, гонораров врачей, маржинальности бизнеса и сделок по слиянию лечебных учреждений, поскольку они являются естественными монополистами).

Наконец, для стран, не являющихся карликовыми, важна доля налогов, остающихся в распоряжении региональных правительств и муниципалитетов — наиболее заинтересованных инвесторов в свою медицинскую инфраструктуру. И для завершения — портрет типичной страны с успешной страховой медициной дополняет высокий уровень развития общества потребления (минимум со средними, максимум с высокими и сверхвысокими доходами), в том числе культуры потребления социальных услуг.

**Легко увидеть, что в большинстве регионов России мы не видим ни одного из этих критериев:**

Наша страна огромна и крайне неравномерно заселена;

С низкой средней плотностью населения (**8 чел./кв. км**);

Со слаборазвитой сетью городов (среднее расстояние между городами в европейской части — 40–50 км, на востоке — **150–300** км;

Городов с населением от 100 тыс. жителей и более по переписи 2010 года всего **164**, и налицо тенденция к сокращению их числа: **в 2002 году их было 167**).

Добавим сюда неразвитость дорожной сети (плотность дорожной сети с твердым покрытием всего лишь **0,05 км/кв. км**) вкуче с ее кошмарным состоянием и неэффективным трафиком.

Невысокий уровень производства.

Низкая инвестиционная привлекательность (в 2012 году — 112-е место в рейтинге Doing Business), и не превышающий двух-трех лет средний горизонт планирования бизнеса в России, по существу, исключают масштабные частные долгосрочные

инвестиции в многопрофильные ЛПУ (не менее трех-**пяти** лет для поликлиник, семь-**десять** лет для стационаров) на основной территории страны.

В свою очередь, уровень централизации налоговой системы России серьезно ограничивает возможности субъектов Федерации и муниципалитетов для инвестиций в медицинскую инфраструктуру своих территорий.

Даже там, где есть многие из вышеперечисленных условий, например в Москве, буквально напичканной медицинской инфраструктурой, мы видим, что реальной конкуренции между лечебными учреждениями нет, и ключевые причины этого:

- ❖ **во-первых**, убитая транспортная сеть, которая не позволяет больным людям иметь реальный выбор: поездка даже в соседний район может занять несколько часов;

- ❖ **во-вторых**, отсутствие реального антимонопольного регулирования рынка медицинских услуг в Москве, и в стране в целом: если бы оно было, то вместо происшедшего в прошлом году масштабного слияния сотен городских лечебных учреждений в несколько десятков юрлиц (по сути, монополизация гигантского рынка) мы наблюдали бы обратный процесс — расширение их автономии, экономических прав и ответственности.

**— Эти критерии могут объяснить, например, неэффективность страховой медицины в США, о которой все говорят?**

— США от стран с успешной страховой медициной отличаются всего двумя, но очень ощутимыми чертами. Во-первых, это страна с огромной, неравномерно заселенной территорией. Там есть и большие агломерации, и штаты, где между городами проще долететь на самолете, чем доехать на автомобиле. И вторая черта США — это мощное лобби медицинского бизнеса, высокий уровень свободы рынка медицинских услуг. Результат — США, расходуя в два-три раза больше, чем страны — лидеры страховой медицины, оказываются всего лишь на 33-м месте рейтинга Bloomberg, и значительная часть населения не может получить качественную медицинскую помощь.

Если обратиться к интриге «Барак Обама и его реформы», то, и он, и республиканский конгресс в чем-то правы. Барак Обама прав в том, что требует обеспечить доступность медицинской помощи каждому американцу, а республиканцы правы в том, что слепое использование страховой модели в стране, которая не располагает всем комплексом условий, необходимых для ее эффективности, может привести к финансовой катастрофе.

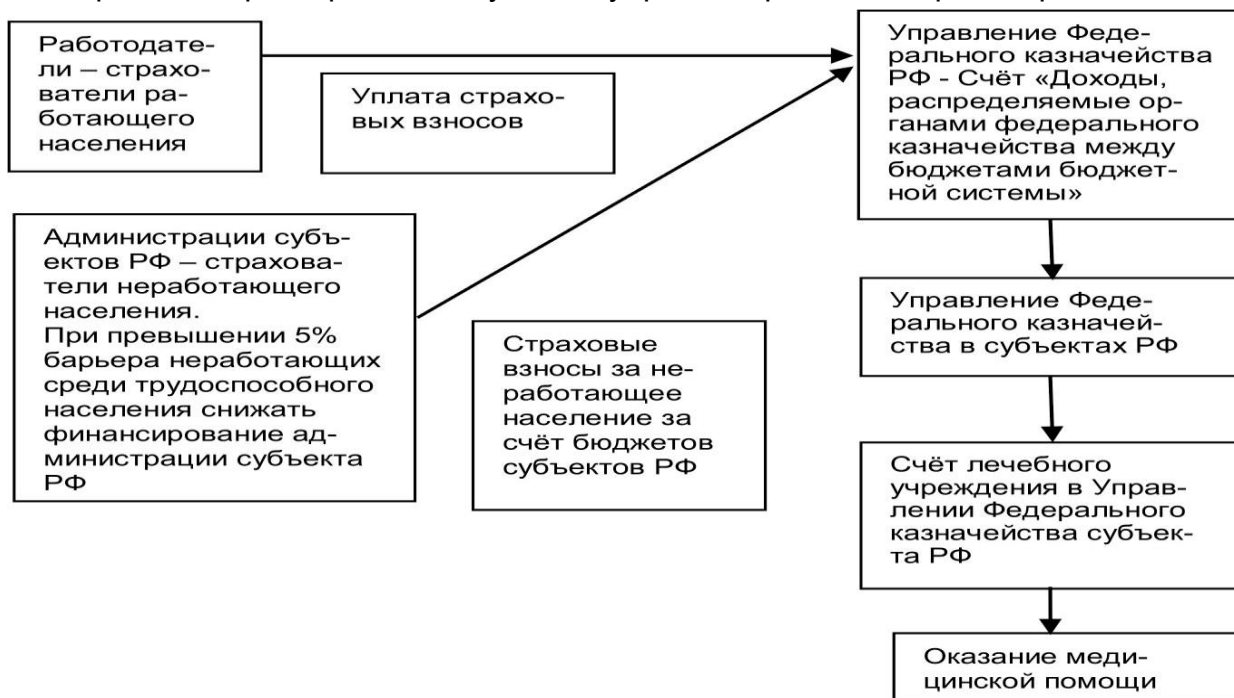
То, что есть у нас до последнего времени, это так называемая бюджетно-страховая модель, — это вынужденный управленческий компромисс между политическим заказом перевести здравоохранение на страховые рельсы, когда для этого нет необходимых условий, и необходимостью как-то поддержать доступность медицинской помощи населению, при этом расходы на здравоохранение непрерывно росли. Поэтому мы ожидаем, что переход на так называемое одноканальное финансирование (за счет ОМС) приведет к обострению противоречий в системе и, может быть, к коренному пересмотру модели финансирования, тем более в условиях стагнации производства и дефицита бюджета.

Общеизвестно, что страховая модель значительно дороже. Переход на бюджетное финансирование эквивалентен примерно 15–20-процентному росту реального финансирования лечебных учреждений при том же объеме ресурсов — исчезает целый ряд ненужных расходов и издержек.

Теперь вновь вернёмся к изучению существующей системы финансирования здравоохранения РФ. Внимательно посмотрите схему.



Вы обратили внимание на то, что финансирование строительства Крымского - Керченского моста передано через казначейство, ибо финансирование Сочинской Олимпиады через посредников увеличило затраты государства в три раза!? А теперь посмотрим предлагаемую схему финансирования Здравоохранения РФ.



Человек, даже, с тремя классами образования скажет, что значительно больше 300 млрд рублей вольётся в практическую медицину в РФ ежегодно.

В среде унтерменшен конечно возникнет вопрос о контроле. Извините, у нас имеются РОСПОТРЕБНАДЗОР, РОСЗДРАВНАДЗОР, САНЭПИДНАЗОР, МИНЗДРАВ, ПРОКУРАТУРА. ОБЩЕСТВЕННАЯ ПАЛАТА. Ну а если добавит ОМС то получается семь надзорных структур и более. А как известно «у семи нянек дитя без глазу».

С уважением.

Тарасенко Виктор Иванович.

# Здравоохранение сегодня 20\_\_ - 2026 год

