

## ЗдравоЗахоронение

### Оптимизация российской системы здравоохранения в действии

Одним из центральных процессов в российском здравоохранении в период с 2000 года по настоящий момент стала т.н. «оптимизация» – установление оптимальной структуры системы здравоохранения путем ликвидации и реорганизации неэффективных учреждений.

«На бумаге» оптимизация ставит перед собой самые благие цели. Согласно официальным документам Правительства России, ее целью является повышение качества медицинской помощи на основе повышения эффективности деятельности медицинских организаций и их работников<sup>1</sup>.

Однако, если проанализировать статистические данные, становится ясно, что под прикрытием нейтрального термина «оптимизация» в нашей стране происходит массовая ликвидация и укрупнение медицинских учреждений, постоянное сокращение медицинского персонала.

При этом оптимизация – лишь один из серьезных вопросов, волнующих не только медиков, но и всех жителей России. Почему, несмотря на декларируемое повышение расходов на здравоохранение, реальная доля финансирования медицины в общем объеме экономики остается незначительной и практически не меняется? По какой причине в полном несоответствии с «майскими» указами врачи в основной массе продолжают зарабатывать меньше, чем средняя зарплата по региону? С чем связано постоянное повышение доли платных медицинских услуг при бесплатной системе здравоохранения в стране?

На эти и другие вопросы попытался ответить ЦЭПР, разобравшись, что в действительности происходит в отечественном здравоохранении, и почему оно так и не стало предметом гордости всех россиян.

---

<sup>1</sup> Распоряжение Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 2599-р О плане мероприятий («дорожной карте») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения»

## I. Количество больниц – на уровне СССР эпохи индустриализации

В XXI веке зафиксирована пугающая статистика по объему заболеваний в России – почти по всем классам заболеваний, представленным в данных Росстата, в период 2000-2015 гг. фиксируется существенный рост заболеваемости:

### Заболеваемость населения по основным классам болезней в 2000-2015 гг.<sup>2</sup>

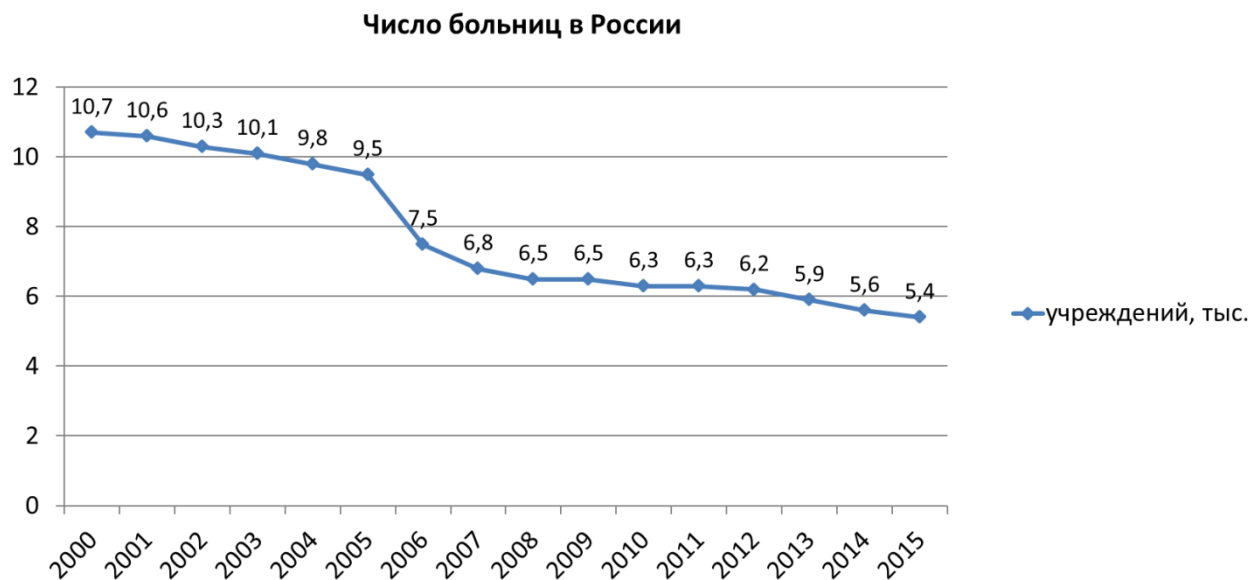
Болезни:	Случаев на 1000 населения		Рост, %
	2000 год	2015 год	
системы кровообращения	17,1	31,2	82,5
эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	8,5	13,3	56,5
осложнения беременности, родов	52,9	73,6	39,1
новообразования	8,4	11,4	35,7
врожденные аномалии	1,5	2,0	33,3
крови, кроветворных органов	3,8	4,7	23,7
мочеполовой системы	37,6	46,4	23,4
уха и сосцевидного отростка	21,9	26,6	21,5
органов пищеварения	32,3	35,3	9,3
органов дыхания	317,2	337,9	6,5
травмы, отравления	86,2	90,4	4,9
глаза и его придаточного аппарата	31,9	33,3	4,4
нервной системы	15,3	15,4	0,7
кожи и подкожной клетчатки	44,0	44,0	0,0
костно-мышечной системы и соединительной ткани	30,6	30,1	-1,6
инфекционные и паразитарные	44,3	28,1	-36,6

Рост заболеваемости населения ставит вопрос о том, насколько эффективной является система здравоохранения в России, в какой мере она соответствует потребностям в оказании квалифицированной медицинской помощи гражданам РФ?

Ответ на эти и другие вопросы может дать анализ т.н. «оптимизации» – процесса реорганизации сети медицинских учреждений в период с 2000 года по настоящий момент. В первую очередь, целесообразно рассмотреть общие количественные показатели, дающие представление о совокупном масштабе оптимизационных процессов в медицинской отрасли РФ.

<sup>2</sup> Здесь и далее по данным Росстата

Согласно официальным данным Росстата, **число больничных организаций в России с 2000 по 2015 год сократилось в два раза – с 10,7 до 5,4 тысяч организаций.** При этом оптимизация и расширение действующих больниц не компенсировали существенное сокращение числа больничных коек за этот период – с 1671,6 до 1222 тысяч мест.



Показательным является **сокращение числа коек на 10 000 населения с 115 до 83,4 мест, то есть на 27,5%:**



Текущая обеспеченность больничными койками населения России соответствует показателю в РСФСР 1960 года<sup>3</sup>. **По числу больниц современная Россия отстает от РСФСР 1932 года (5962 больниц<sup>4</sup>), фактически откатившись к показателям 90-летней давности.**

При темпах сокращения больниц, установившихся в период с 2000 года (в среднем 353 учреждения в год), **Россия может деградировать до показателей Российской Империи 1913 года уже через 5-6 лет** (тогда на территории, соответствующей границам современной РФ, было порядка 3 тысяч больниц<sup>5</sup>).

Параллельно сокращению числа больниц в России наблюдается **сокращение числа станций скорой помощи**. В период с 2005 по 2015 год их число снизилось с 3276 до 2561 отделений, или **на 21,8%**<sup>6</sup>. Продолжает сокращаться медицинский персонал: численность врачей на 10 000 населения снизилась за десять лет с 48,6 до 45,9 человек, среднего медицинского персонала – с 107,7 до 105,8 человек.

Говоря о необходимости оптимизации, представители власти используют достаточно обширную аргументацию. Основная идея сводится к следующему: большое, «раздутое» количество неэффективных больниц и поликлиник хуже, чем ограниченное число современных, высокоэффективных медучреждений. **При этом в качестве главного аргумента выступает отсылка к работе здравоохранения в странах Запада.**

Например, сокращение числа больничных коек обосновывается низкой эффективностью их использования – большая часть пациентов не лечится в стационарах, а обследуется, многие подолгу ждут плановой операции, другие проходят реабилитацию. В то же время данные медицинские услуги можно получить амбулаторно, как это принято в развитых странах. Как указывает министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, «в странах с эффективной системой здравоохранения 70% пациентов решают свои проблемы со здоровьем в поликлиниках, и лишь 30% – в стационарах. Освободив койки от тех больных, которые могут получить помощь амбулаторно, можно перераспределить их в реабилитацию и паллиативную помощь»<sup>7</sup>. Таким образом, из официальной позиции можно понять, что массовое сокращение коек подразумевает лишь перераспределение ресурсов на уровень поликлиник.

Однако на практике наряду с больницами, в России продолжают массово **ликвидироваться амбулатории и поликлиники**. Их число за первые 15 лет XXI века **сократилось на 12,7%** – с 21,3 до 18,6 тысяч

<sup>3</sup> По данным ЦСУ СССР, <http://istmat.info/node/10401>

<sup>4</sup> Там же

<sup>5</sup> По данным Статистического ежегодника Российской Империи (Издание ЦСК), <http://istmat.info/node/21366>

<sup>6</sup> Здесь и далее по данным Росстата

<sup>7</sup> [https://www.gazeta.ru/health/2013/12/23\\_a\\_5815029.shtml](https://www.gazeta.ru/health/2013/12/23_a_5815029.shtml)

учреждений<sup>8</sup>. В то же самое время **нагрузка на них ощутимо выросла**: если в 2000 году в смену в амбулаторно-поликлинические организации обращались порядка 3,5 млн. человек, то в 2015 году этот показатель приблизился к 3,9 млн. посетителей. **В расчете на 10 000 населения число обращений выросло с 243,2 до 263,5 человек в смену, то есть на 8,4%.**

На фоне сокращения числа амбулаторий и поликлиник рост числа обращающихся за медицинской помощью еще больше увеличивает нагрузку на остающиеся работать учреждения и их персонал. Так в расчете на одно учреждение среднее число обращающихся в одну амбулаторно-поликлиническую организацию в смену выросло в период с 2000 по 2015 гг. с 166 до 208 человек. **Фактическая нагрузка на амбулатории и поликлиники выросла более чем на 25%.**

Таким образом, **декларируемого «маневра» по переносу нагрузки и ресурсов с больниц на поликлиники так и не произошло** – ситуация осложнилась как в области стационарного, так и амбулаторного лечения.

Немаловажно, что с 2012 года быстрое сокращение числа медучреждений и их персонала может быть отчасти вынужденной мерой. **Существует гипотеза, что оптимизацию, во многом, «подстегивает» необходимость выполнения Указа Президента РФ №597** (относится к пакету т.н. «майских» указов), который требует увеличения средней зарплаты врачей к 2018 году до 200% от средней зарплаты по региону. В частности, в 2017 году указанные соотношения должны составить: по врачам – 180%, среднему медицинскому персоналу – 90%, младшему медицинскому персоналу – 80%.

На это напрямую указывают специальные соглашения между Минздравом России и регионами, в которых сформулирована задача, решаемая оптимизацией: привлечение средств, получаемых за счет реорганизации медицинских организаций для повышения заработной платы медработников<sup>9</sup>. Как комментирует один из экспертов<sup>10</sup>, «все просто: было четыре врача с зарплатой по 15 тысяч, стало два врача с зарплатой по 30 тысяч, задание выполнено».

Однако очевидно, что в условиях увеличения реальных расходов на здравоохранение государству не нужно было бы изыскивать источники повышения зарплат за счет сокращения ставок. **Необходимость «обмена ставок на оклады» может возникнуть лишь при отсутствии роста затрат на здравоохранение, либо при их падении.**

<sup>8</sup> Здесь и далее по данным Росстата

<sup>9</sup> См. Рекомендуемую форму Соглашения между Минздравом РФ и высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ об обеспечении обязательного достижения в 2014-2018 гг. целевых показателей (нормативов) оптимизации сети медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, определенных планом мероприятий («дорожной картой») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения»

<sup>10</sup> Здесь и далее под экспертами понимаются работники медицинской сферы, опрошенные ЦЭПР в ходе проведения исследования.

В этой связи целесообразно кратко рассмотреть ситуацию с финансированием здравоохранения в России в последние годы.

## **II. Расходы на здравоохранение: рост лишь в номинальных цифрах**

Структура расходов на здравоохранение в России, включающая в себя два уровня бюджетного и внебюджетного финансирования, достаточно сложна. Общая сумма затрат складывается из расходов федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ, бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС). Данные источники связаны между собой системой межбюджетных трансфертов.

Основным источником финансирования здравоохранения РФ являются средства, аккумулируемые в системе обязательного медицинского страхования, за ними следуют средства региональных бюджетов. Наименьший вклад обеспечивает федеральный бюджет.

Так консолидированный бюджет, предусмотренный на здравоохранение в 2017 году, составит 3 трлн. 035,4 млрд. рублей. При этом расходы бюджета ОМС составят 1 триллион 735 млрд. рублей, расходы федерального бюджета – 380,6 млрд. рублей, консолидированный бюджет субъектов Российской Федерации – 919,8 млрд. рублей<sup>11</sup>.

На данный момент, бюджет **ФОМС обеспечивает около 80% от всего финансирования медицинской помощи** в России и 57% финансирования всего здравоохранения, включая подготовку специалистов, медицинскую науку, строительство новых объектов и др.<sup>12</sup> Доля ФОМС в общем объеме расходов на здравоохранение растет с момента создания фонда, так в 2006 году лишь 42% от консолидированного бюджета здравоохранения возводилось в ОМС<sup>13</sup>.

Фактически весь объем доходов ФОМС составляют взносы на обязательное медицинское страхование (98,4% в 2017 году). **Порядка 60-70% доходов ФОМС составляют обязательные взносы работающих граждан**, оставшуюся долю за неработающее население вносят бюджеты субъектов РФ (перечисления в систему ОМС являются основной статьей расхода на здравоохранение региональных бюджетов).

**Таким образом, по подсчетам ЦЭПР, взносы работающих граждан РФ обеспечивают не менее половины от всего финансирования медицинской помощи в РФ.**

<sup>11</sup> По данным Минздрава России, <https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/11/01/3244-veronika-skvortsova-konsolidirovanny-byudzhnet-predusmotrenny-na-zdravooхранenie-v-2017-godu-budet-uvelichen>

<sup>12</sup> Там же

<sup>13</sup> Здесь и далее: <https://ria.ru/society/20160114/1359480677.html>

Органы власти в России заявляют о постоянном росте расходов на здравоохранение в т.н. «путинскую» эпоху. Так по данным Минздрава, за десятилетие с 2006 по 2016 год консолидированный бюджет на здравоохранение в РФ увеличился в 4,2 раза – с 690 млрд. руб. до 2866 млрд. руб. соответственно. Однако в расчет берутся абсолютные значения, без учета инфляционных явлений. Согласно официальным данным об уровне инфляции, рубль с 2006 года по 2016 год обесценился в 2,6 раза<sup>14</sup>. Таким образом, рост в сопоставимых ценах составил не более 60%. Однако и эти данные не отражают реальной доли расходов на здравоохранения в экономике России.

**Репрезентативным показателем, характеризующим характер финансирования здравоохранения в государстве, является доля расходов на здравоохранение от ВВП страны.** Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, данный показатель должен составлять **не менее 6%**. За первые шесть лет «путинской» эпохи, характеризующихся резким ростом цен на энергоносители относительно уровня 90-х годов, доля расходов на здравоохранение от ВВП выросла с 2,1% в 2000 году до 3,7% в 2005 году:



Данный показатель достиг своего пика в особенно благополучный с точки зрения экономической конъюнктуры 2007 год (4,2% от ВВП), в дальнейшем вернувшись к значениям середины 2000-х годов<sup>15</sup>.

**В настоящее время** доля расходов на здравоохранение от ВВП в России находится **на уровне 2006 года – 3,6%** (что несколько ниже среднего показателя за период 2005-2017 гг., достигающего 3,7%).

Таким образом, за последние десять лет Россия не сумела увеличить расходы на здравоохранение относительно объема национальной экономики и приблизиться к рекомендуемому показателю ВОЗ – 6%.

В большинстве развитых стран мира расходы на здравоохранение составляют **более весомую долю от ВВП:**

<sup>14</sup> По данным Росстата

<sup>15</sup> По данным Росстата

**Государственные расходы на здравоохранение по странам мира  
(в процентах к ВВП)<sup>16</sup>**

<b>Страна</b>	<b>Доля к ВВП, %</b>
Голландия	9,9
Дания	9,6
Франция	9
Австрия	8,7
Бельгия	8,2
Германия	8,6
Япония	8,5
США	8,1
Новая Зеландия	8,1
Швеция	7,9
Великобритания	7,8
Норвегия	7,7
Канада	7,6
Италия	7,2
Финляндия	6,9
Австралия	6,3
Молдавия	5,3
Венгрия	5
Аргентина	4,9
Алжир	4,9

Эстония	4,8
Бразилия	4,7
Польша	4,7
Турция	4,7
Болгария	4,2
ЮАР	4,3
Южная Корея	3,8
Беларусь	3,8
<b>Россия</b>	<b>3,6</b>
Украина	3,6
Латвия	3,4
Мексика	3,2
Китай	3,1
Киргизия	3
Казахстан	2,2
Египет	2,1
Таджикистан	2
Армения	1,6
Индия	1,3
Азербайджан	1,1

Эксперты также отмечают замедление индексации расходов на здравоохранение в последние несколько лет относительно 2000-х и начала 2010-х годов. Так по подсчету специалистов НИУ ВШЭ, в 2016 году в неизменных ценах консолидированные расходы на здравоохранение сократились по сравнению с 2012 годом на 20%<sup>17</sup>.

Анализируя бюджет ФОМС, специалисты Высшей школы организации и управления здравоохранением указывают на то, что **реальные планируемые расходы ФОМС** (как основного источника финансирования здравоохранения в стране) **в 2017 году снизятся на 6%** в сопоставимых ценах по сравнению с показателями 2015 года. Аналогично снизятся в сопоставимых ценах подушевые расходы на реализацию Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (финансируется из средств ОМС)<sup>18</sup>.

<sup>16</sup> По данным Статистического сборника «Здравоохранение в России», 2015г., издание Росстата

<sup>17</sup> По данным Обозрения «Комментарии о государстве и бизнесе» Центра развития НИУ ВШЭ, [https://dcenter.hse.ru/data/2015/11/14/1081466072/KGB\\_103.pdf](https://dcenter.hse.ru/data/2015/11/14/1081466072/KGB_103.pdf)

<sup>18</sup> [http://www.vshouz.ru/news/67.html?SSr=430133a2b311fffff27c\\_\\_07e00c030b2b10-642](http://www.vshouz.ru/news/67.html?SSr=430133a2b311fffff27c__07e00c030b2b10-642)



	2015г.	2016г.	2017г.
Общие расходы бюджета ФОМС в текущих ценах, млрд. руб.	1 639	1 688	1 735
Общие расходы бюджета ФОМС в ценах 2015 г., млрд. руб.	<b>1 639</b>	1 578	<b>1 543</b>

Простой подсчет показывает **отставание роста расходов на здравоохранение даже от официальных показателей инфляции в РФ**. Так консолидированный бюджет здравоохранения в 2016 году вырос в абсолютных цифрах на 4,3% к предыдущему году, в то время как за 2015 год рубль обесценился почти на 13%.

Но важно отметить еще один существенный аспект:

**Эксперты отмечают, что сам выбор для России страховой модели здравоохранения, когда основной объем средств консолидируется в системе ОМС, является сомнительным с точки зрения эффективности.**

Ключевой инструмент эффективности страховой модели – конкуренция между лечебными учреждениями на масштабном, насыщенном и привлекательном для инвесторов рынке медицинских услуг. На нем много потребителей, которые выбирают лечебное учреждение, предоставляющее наиболее качественную и доступную медпомощь. Страховые посредники при этом выступают в качестве квалифицированных арбитров. Данная система достаточно успешно функционирует в целом ряде стран.

По данным исследования НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Первого МГМУ им. И.М. Сеченова<sup>19</sup>, страны с высокой эффективностью страховой модели (Швейцария, Япония, Израиль, Германия, Кипр, Южная Корея и пр.) характеризуются **четким комплексом параметров**, которые важны для инвестиций в медицинскую инфраструктуру и появления рыночной конкуренции между лечебными учреждениями. **Основные из них: высокая плотность населения, небольшая и достаточно равномерно заселенная территория, эффективная транспортная система с хорошими дорогами, развитая сеть городов, расположенных относительно близко друг к другу. Очевидно, что Россия не соответствует ни одному из этих критериев.**

В условиях России (низкая плотность населения, неравномерность заселения территории, неразвитая сеть дорог, огромные расстояния и пр.) страховая модель (принцип «деньги следуют за больным») ведет к тому, что лечебным заведениям не хватает денег, связанных с обращаемостью. В первую очередь это касается учреждений в населенных пунктах, где мало

<sup>19</sup> [https://www.gazeta.ru/health/2013/10/15\\_a\\_5704585.shtml](https://www.gazeta.ru/health/2013/10/15_a_5704585.shtml)

людей, – небольших городах и в сельской местности. В результате хронического недофинансирования такие больницы и поликлиники теряют ставки врачей-специалистов, ликвидируются или объединяются с более крупными. Население, в свою очередь, ввиду деградации медицинской инфраструктуры, доступности и качества медпомощи, стремится к переезду в более крупные населенные пункты, что усиливает «вымирание» сельской местности и малых городов – **образуется ситуация «замкнутого круга».**

Отсутствие роста расходов на здравоохранение относительно ВВП по сравнению с показателем десятилетней давности, их падение, как минимум, последние три года в реальном выражении могло бы объяснить, почему госаппарат вынужден применять тактику увеличения зарплат медработникам в рамках исполнения «майских указов» за счет быстрого сокращения числа медучреждений и их персонала. **Однако в реальности доля «оптимизированных» денег в общем объеме оплаты труда медработников незначительна.**

Так по данным Минздрава России и органов исполнительной власти регионов, в 2014 г. для повышения заработной платы медицинских работников было дополнительно направлено 3,28 млрд. рублей, полученных от реорганизации неэффективных медицинских организаций, что составило **лишь 0,5% от общего фонда оплаты труда медицинских работников<sup>20</sup>.**

В период 2014-2018 гг. в ходе оптимизации планируется высвободить более 150 млрд. рублей. Но это составляет менее 1% ежегодного объема средств территориальных программ здравоохранения<sup>21</sup>.

Таким образом, сокращение числа больниц и поликлиник, медицинского персонала дает незначительный объем «лишних» средств на повышение зарплат в медицине. **Исходя из этого, необходимость повышения зарплат медработникам в рамках выполнения «майских» указов не может служить оправданием для интенсивной оптимизации системы здравоохранения.**

### **III. Экономика больницы: насколько доступно бесплатное лечение и сколько действительно получают врачи?**

Формально система здравоохранения в России является бесплатной: большинство услуг в поликлиниках и больницах должны оказываться без какой-либо оплаты со стороны пациента. Однако объем платных услуг, оказываемых государственными медучреждениями, постоянно растет.

<sup>20</sup> [http://www.ach.gov.ru/press\\_center/news/21297](http://www.ach.gov.ru/press_center/news/21297)

<sup>21</sup> Там же

**Объем платных медицинских услуг вырос с 2005 по 2014 гг. с 109756 млн. рублей до 474432 млн. рублей. Удельный вес медицинских услуг<sup>22</sup> в общем объеме платных услуг, оказанных населению, вырос в период с 2005 по 2015 гг. с 6,4% до 8,2% соответственно<sup>23</sup>.**

**По оценке экспертов, рост объема платных услуг при «бесплатной» системе здравоохранения связан с фактическим принуждением пациента к оплате обследования и лечения.**

В условиях растущей нагрузки на поликлиники и больницы и их персонал, учреждениям становится все труднее выдерживать нормативные сроки оказания услуг. Согласно установленным государством требованиям, время ожидания приема терапевтом с момента обращения пациента в медучреждение не должно превышать 24 часа, специализированным врачом – 14 календарных дней<sup>24</sup>. При этом только по официальным данным Счетной палаты РФ, **сроки ожидания оказания медицинской помощи по целому ряду регионов превышают необходимые в 2 и более раз<sup>25</sup>.**

Функционирующая в РФ система оказания амбулаторной помощи фактически является двухэтапной: вначале пациенту необходимо обратиться к врачу общей практики – терапевту, который может направить его к врачу-специалисту. Исходя из нормативов ожидания приема, теоретически любой пациент должен попасть к нужному ему врачу-специалисту не позднее 15 дней с момента обращения в поликлинику. Однако на практике время ожидания может затянуться на недели, в некоторых случаях – на месяцы.

Дефицит терапевтов, в том числе участковых врачей, растущая нагрузка на них вызывает очереди, объективно не позволяющие принимать пациентов в нормативный срок уже на первом этапе – записи к врачу общей практики. В регистратуре поликлиники пациенту могут предложить взять талон к терапевту на дату через несколько дней или даже недель относительно момента обращения, либо посоветовать «попытать счастья» в общей очереди – предпринять попытку попасть на прием без талона, без каких-либо гарантий.

*Так при попытке представителя ЦЭПР записаться на прием к терапевту в одной из поликлиник Ярославской области ближайшее свободное время приема было лишь через 21 день (!) после момента обращения. Все опрошенные посетители поликлиники подтвердили, что такая ситуация является постоянной: стандартное время ожидания приема терапевтом приближается к 3 неделям. При этом в электронной регистратуре зачастую талоны к терапевту вообще*

<sup>22</sup> Медицина в данном случае – сумма медицинских и санаторно-оздоровительных услуг, а также социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам по методологии Росстата

<sup>23</sup> По данным Статистического сборника «Здравоохранение в России», 2015г., издание Росстата

<sup>24</sup> Нормативы территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания населению медицинской помощи, принимаемых в субъектах РФ

<sup>25</sup> [http://www.ach.gov.ru/press\\_center/news/21297](http://www.ach.gov.ru/press_center/news/21297)

*отсутствуют. Руководство поликлиники объяснило ненормативные сроки огромной очередью: **необходимый штат терапевтов поликлиники укомплектован лишь наполовину (7 из 14 специалистов).** На момент обращения из 7 имеющихся специалистов один болел, другой находился в отпуске, третий – на учебе. Таким образом, **из 14 необходимых по штату терапевтов реально работали лишь 4 человека.***

Очевидно, что **нагрузка оказывает отрицательное влияние и на качество приема терапевтов.** По типовым нормам Минздрава, на посещение участкового педиатра и терапевта отведено лишь 15 минут<sup>26</sup>, из которых основное время на практике уходит на дублированную отчетность: на данный момент врач обязан заполнять как электронную форму отчета о приеме, так и обычные бумаги.

*По выражению заместителя главного врача по медицинской части одной из поликлиник, «с учетом массы заполняемых документов, отведенных 15 минут хватает лишь, чтоб поздороваться с пациентом; о каком-либо внимательном отношении к каждому посетителю не идет речи».*

По нормам же, на заполнение документации должно уходить не более 35% от времени приема<sup>27</sup>: ведь, как правило, терапевту нужно успеть произвести осмотр пациента, померять давление, оценить шумы и т.п. Необходимо учитывать и старение кадров: средний возраст участкового врача в России приближается к 60 годам; пожилым врачам сложно выдерживать быстрый темп приема.

Ввиду растущей нагрузки и дефицита кадров, зачастую не выдерживаются нормативные сроки приема и врачами-специалистами. Повсеместной является ситуация, при которой приема квалифицированным специалистом приходится ожидать свыше 3-4 недель (вместо декларируемых 2). Тогда как на платный прием этим же специалистом можно попасть сразу в день обращения в медучреждение.

**В этой ситуации, риск затягивания диагностики и лечения на месяцы провоцирует пациента на обращение к платным услугам.**

В свою очередь, для поликлиник и больниц оказание платных услуг становится не «роскошью», но средством элементарного выживания. Это связано с тем, что существующие ставки оплаты различных медицинских услуг (из средств, перечисляемых медучреждениям из системы ОМС за лечение застрахованных пациентов) зачастую не соответствуют их реальной стоимости.

<sup>26</sup> <https://rg.ru/2016/07/07/minzdrav-uvlichil-vremia-priema-u-vracha-do-15-minut.html>

<sup>27</sup> Там же

Регламентирует размер ставок ежегодно принимаемая Правительством РФ «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» и соответствующие региональные программы субъектов РФ. В федеральной Программе, в частности, устанавливается средний подушевой норматив финансирования на одного застрахованного человека из средств ОМС – в 2017 году его размер составляет 8896 рублей. Также устанавливаются «средние нормативы финансовых затрат», определяющие, сколько в среднем должно быть перечислено больнице или поликлинике денег за оказание той или иной услуги.

По мнению экспертов, данные нормативы существенно занижены по сравнению с реальной стоимостью оказываемых услуг. Например, базовый анализ крови стоит около 300 рублей, тогда как по ОМС поликлиники получают за него в среднем 70-100 рублей (в зависимости от сложности анализа). Тариф ОМС на прием терапевта составляет порядка 110 рублей, тогда как средняя стоимость этой услуги по России — от 300 до 800 рублей.

Руководители ряда поликлиник указывают, что объем средств, перечисляемых из системы ОМС, едва превышает общий объем зарплатного фонда учреждения. По оценке директора ГБУ НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы Давида Мелик-Гусейнова, на сегодняшний день даже минимальные стандарты в сфере здравоохранения недофинансированы в 4,5 раза<sup>28</sup>.

Таким образом, поликлиники и больницы, оказывая в полном объеме бесплатные медицинские услуги, сталкиваются с существенным недофинансированием. По данным экспертов, в условиях постоянного роста цен на медикаменты, расходные материалы, питание больных, услуги ЖКХ и др. с одной стороны, и падения реальных расходов региональных ТФОМС с другой стороны происходит повсеместный рост закредитованности медицинских организаций<sup>29</sup>.

Типичной является ситуация, в которой в больнице наблюдается существенный дефицит лекарственных средств и оборудования.

*В рамках исследования представитель ЦЭПР посетил Ярославскую область – относительно благополучный регион центра России. В центральной больнице города Рыбинска Ярославской области (второй по размеру город региона, население – около 200 тыс.чел.) в целом ряде отделений нет элементарных препаратов: анальгина (отсутствует с ноября 2016 г.), феназепам, аскорбиновой кислоты и пр. Пациенты, имеющие финансовую возможность, покупают препараты за собственные средства.*

<sup>28</sup> [rosbalt.ru/moscow/2016/03/07/1495687.html](http://rosbalt.ru/moscow/2016/03/07/1495687.html)

<sup>29</sup> <http://medportal.ru/mednovosti/news/2017/03/14/376sverdl/>

**Медики не обеспечиваются в должном объеме спецодеждой (в нарушение закона) и вынуждены покупать ее сами. Постоянно урезается снабжение хозяйственными принадлежностями. По словам одного из медиков, «нам пока еще выдают бумагу, а вот ручки уже отменили, сказали – теперь сами будете покупать».**

Персонал больницы в Рыбинске указывает на износ действующего оборудования, отсутствие многих важных единиц оборудования. Так в гинекологическом отделении отсутствует гистероскоп: в его отсутствие **медики не могут выявить до половины случаев онкологии у женщин, поступающих в отделение.** Услуга гистероскопии в городе с двухсоттысячным населением предоставляется только платно в другом медучреждении, стоимость составляет 9000 руб. Другой вариант, который предлагают пациентам, – выписать направление в Ярославль. Две поездки в областной центр (на саму процедуру и за полученными результатами) обойдутся пациенту в 1200 рублей транспортных расходов, будут потрачены два рабочих дня. Ввиду большой очереди, с высокой вероятностью пациент в ярославской больнице предпочтет проведение платной гистероскопии (стоимость порядка 2,5 тысяч рублей), иначе ожидание может затянуться на недели. Таким образом, **в случае необходимости быстрой диагностики онкологии в области матки, жительница Рыбинска поставлена перед выбором: приобретение платной услуги в собственном городе за 9 тысяч рублей, либо диагностика в областном центре с затратами в районе 4 тысяч рублей и потерей двух рабочих дней.**

Множество вопросов у медиков на местах вызывает оплата труда медперсонала. Согласно т.н. «майскому» Указу Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597, средняя зарплата врача в 2017 году должна достигнуть 180% от средней заработной платы в соответствующем регионе, среднего медицинского персонала – 90%, младшего медицинского персонала – 80% соответственно. По словам Заместителя Председателя Правительства РФ Ольги Голодец, указанного соотношения удастся достигнуть уже к 1 октября 2017 года<sup>30</sup>.

Таким образом, даже исходя из данных по размеру средней зарплаты за 2016 год (а в 2017 году данный показатель в абсолютных цифрах, скорее всего, увеличится), средняя зарплата врача этой осенью в Москве должна быть не менее 128 тыс. руб., Ярославской области – 51 тыс. руб., Калужской области – 56,7 тыс. руб., Вологодской области – 52,8 тыс. руб., Новгородской области – 50 тыс. руб., Волгоградской области – 46,4 тыс. руб. и т.д.

<sup>30</sup> <https://www.vedomosti.ru/politics/news/2016/12/16/669971-golodets>

По данным Росстата, размер средней заработной платы врачей за 9 месяцев 2016 года составил 49 тысяч рублей. Медикам, реально работающим в отрасли, **данные цифры представляются абсолютно фантастическими, и близко не соответствующими реальности.**

По исследованию<sup>31</sup> Академии труда и социальных отношений, проведенному в начале 2017 года в форме опроса 1500 медиков из различных регионов, уровень заработной платы квалифицированных врачей по основной должности составляет не более 80% от средней российской заработной платы (36746 рублей в 2016 году<sup>32</sup>). Существенный же **«рост» зарплат, о котором говорят официальные источники, существует только в сводках Росстата и является артефактом методологии подсчета.**

По подсчетам Академии, в конце 2016 года **средний уровень оплаты труда** медицинских работников всех категорий на основной должности **составлял 21,7 тысячи рублей.** 41% работников здравоохранения вынуждены работать свыше 60 часов в неделю (при нормативных 40). При этом фактическая часовая ставка медработников с учетом недекларируемых переработок составляет чуть более 140 рублей для врачей, 82 рублей 30 копеек – для среднего медперсонала, 72 рубля – для младшего медперсонала.

Таким образом, **оплата труда врача в час** сравнима, например, с **часовой ставкой рядового сотрудника сети фаст-фуда «Макдоналдс»** (около 138 рублей). Администратор в кафе данной сети получает уже порядка 160 рублей в час, то есть больше квалифицированного медика.

Согласно опросу, проведенному Общественным телевидением России в начале 2017 года (охвачено 5 тысяч человек), **средняя зарплата медработника** (всех категорий) в России составляет **16500 рублей, врача – 19000 рублей**<sup>33</sup>. Согласно выводам, сделанным телеканалом, деньги, которые по Росстату получает один врач, в реальной жизни получают два опытных врача и один начинающий.

По мнению экспертов, «радужные» официальные цифры заработка медиков обусловлены, в том числе, подсчетом зарплат врачей без поправки на количество ставок, которые они занимают. При этом коэффициент совместительства в здравоохранении, по данным Счетной палаты РФ, превышает значение 1,4<sup>34</sup>.

<sup>31</sup> <https://rg.ru/2017/03/20/issledovanie-zarplaty-vrachej-rastut-lish-v-svodkah-rosstata.html>

<sup>32</sup> По данным Росстата

<sup>33</sup> <https://otr-online.ru/realnie-tsifri/40388.html#russia>

<sup>34</sup> [http://www.ach.gov.ru/press\\_center/news/21297](http://www.ach.gov.ru/press_center/news/21297)

*В центральной больнице города Рыбинска Ярославской области врач высшей категории, работающий на одну ставку, получает около 18,5 тысяч рублей в месяц (около 16 тысяч рублей на руки «чистыми», после вычета подоходного налога). Медики вынуждены работать более чем на одну ставку, чтобы хотя бы отчасти приблизить свой доход к среднему по региону (27.778 рублей в январе 2017 года<sup>35</sup>).*

*Так один из врачей второй категории, работающий примерно на 1,5 ставки, вынужден работать полный рабочий день с понедельника по пятницу, кроме этого провести 5 дежурств по 17 часов в месяц. На дежурство врач остается после рабочего дня до 8 утра следующего дня, который он также проводит на работе. Таким образом, несколько раз в месяц реальная рабочая смена врача составляет порядка 33 часов (!) – существенно больше суток. За работу с таким графиком врач на данный момент получает 26790 рублей в месяц (23307 рублей «чистыми» после оплаты подоходного налога).*

*Медсестра 1 категории указанной больницы, работающая на одну ставку, получает около 10 тыс. руб. Текущая зарплата одной из медсестер, работающей более чем на одну ставку, несколько выше – 13195 рублей (11480 рублей «чистыми» после оплаты НДФЛ).*

**По оценке медиков больницы, чтобы врачу зарабатывать обещанную «майским» указом 51 тысячу рублей в месяц, нужно работать на 3 ставки сутками напролет – буквально «умереть на рабочем месте».**

В этих условиях, множество сотрудников государственных медучреждений вынуждены подрабатывать в сфере платной медицины. Так один из опрошенных медиков, работающий на одну ставку в государственной больнице, параллельно ведет прием в платном отделении другой больницы и в частном медицинском центре. Аналогично работает существенная часть коллектива больницы. В России нет официальной статистики такого рода внешнего совместительства медиков в сфере платной медицины, но по оценкам работников здравоохранения и экспертов, этот показатель весьма высок и продолжает расти.

#### **IV. Оптимизация на селе: деградация медицинского обслуживания**

Оптимизация здравоохранения коснулась всех территорий России, в том числе и крупных городов. Например, в Санкт-Петербурге за последние три года сокращено 3160 коек в больницах, что составляет 12% от коечного

<sup>35</sup> По данным Росстата

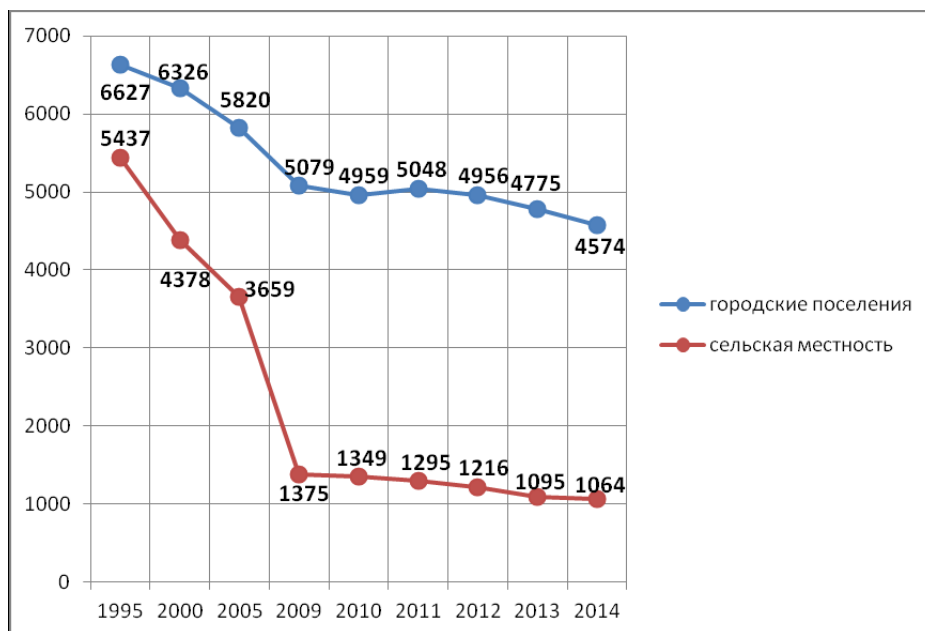


фонда города. По планам Комитета по здравоохранению городской администрации, с целью экономии средств ОМС в стационарах будет сокращать по тысяче коек ежегодно<sup>36</sup>. В Екатеринбурге могут закрыться сразу несколько больниц. По словам начальника управления здравоохранения городской администрации, «денег на дальнейшее функционирование здравоохранения по действующим нормам у областного ТФОМС нет». В частности, оптимизация может затронуть городскую больницу №20 и детскую больницу №5<sup>37</sup>.

Однако в первую очередь политика оптимизации ударила по жителям сельской местности, небольшим населенным пунктам. Говоря о доступности медпомощи на селе, председатель Счетной палаты РФ Татьяна Голикова отметила, что из **130 тыс. сельских населенных пунктов России только 45 тыс. имеют те или иные формы оказания медицинской помощи**<sup>38</sup>. При этом только в 2014–2015 гг. на селе закрыто 669 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП).

Как отмечал ЦЭПР в исследовании «Россия – страна умирающих деревень», с 2000 года по 2014 год **количество больничных учреждений в сельской местности сократилось более чем в 4 раза**. Сильный скачок, в частности, произошел в период первой волны «оптимизации» бюджетных учреждений 2005-2009 годов:

### Число больничных учреждений



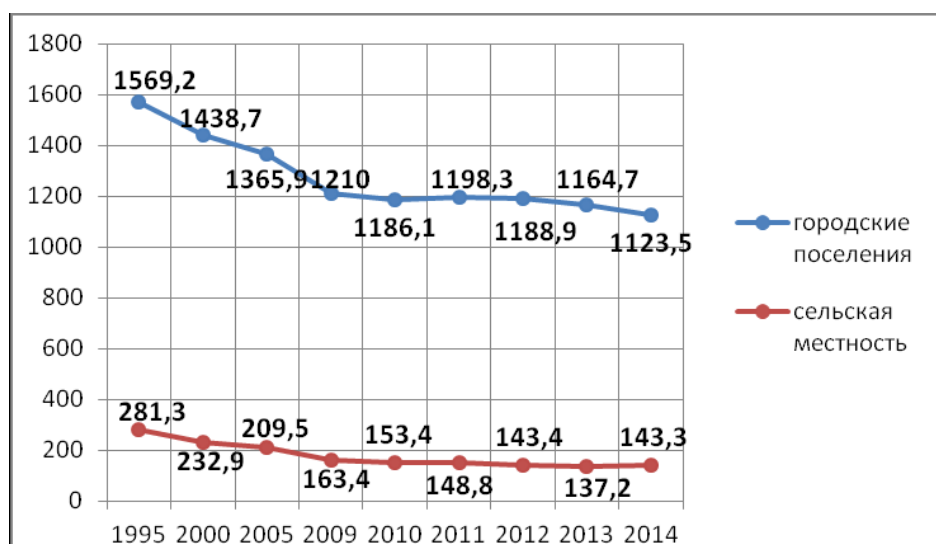
Число коек в больничных учреждениях также сокращалось в сельской местности интенсивнее, чем в городах – в селах с 2000 года количество коек уменьшилось примерно в 1,6 раза, в городах – в 1,3 раза:

<sup>36</sup> [http://www.news29.ru/novosti/obshchestvo/Bolnicy\\_Peterburga\\_sokraschajut\\_chislo\\_koek/62439](http://www.news29.ru/novosti/obshchestvo/Bolnicy_Peterburga_sokraschajut_chislo_koek/62439)

<sup>37</sup> <http://www.rosbalt.ru/russia/2017/03/06/1596729.html>

<sup>38</sup> <http://audit.gov.ru/structure/golikova-tatyana-alekseevna/speeches/26774/>

## Число коек в больничных учреждениях (тыс.)



По данным Комплексного наблюдения условий жизни населения 2014 года, **жители сельских населенных пунктов сравнительно чаще оценивают состояние своего здоровья хуже**, чем жители городских населенных пунктов. 33,4% жителей сельской местности оценили состояние своего здоровья в той или иной степени положительно (среди жителей городских населенных пунктов – 41%), 52,9% – удовлетворительно (среди жителей городских населенных пунктов – 47,7%), 13,6% – в той или иной степени отрицательно (среди жителей городов – 11,2%).

По данным Счетной палаты РФ, в ряде регионов в сельской местности уровень смертности, показатель продолжительности жизни существенно отстают от средних цифр по стране. Так в Псковской области смертность в 2015 году составила 22,6 случая на 1000 населения (13,1 на всей территории РФ), средняя продолжительность жизни – 66 лет (71,4 на всей территории РФ)<sup>39</sup>.

Нередко закрытие и реорганизация единственных пунктов оказания помощи на селе приводит к несчастным случаям, явно преждевременным смертям.

*Резонансным стал случай в поселке Рефтинский Свердловской области, где в 2016 году на руках у врачей скорой помощи с разницей в месяц умерли две молодые женщины – к обеим бригады добирались гораздо дольше регламентированных 20 минут. Родственники погибших заявили о вине оптимизации здравоохранения в трагедии. Ранее в Рефтинском функционировали больница, травмпункт и станция скорой помощи, однако в ходе оптимизации учреждения были реорганизованы. Ближайшие медучреждения продолжили работу в 20 километрах от Рефтинского – на территории поселка Асбест. При попытке вызвать скорую помощь ночью стал включаться факс: одной из жительниц*

<sup>39</sup> <http://audit.gov.ru/structure/golikova-tatyana-alekseevna/speeches/26774/>

*Рефтинского пришлось вызывать врачей с помощью МЧС. В другом поселке региона – Нейво-Рудянке – машину скорой помощи перевели на работу по расписанию, а на врачебном пункте объявили о сокращении ставки медсестры<sup>40</sup>.*

**Особенно чувствительным** является закрытие медучреждений в регионах, где ввиду размера территории и климатических условий транспортная доступность населенных пунктов является объективно низкой.

*Так в одном из наиболее крупных на Чукотке сел Амгуэма была ликвидирована участковая больница, а руководство межрайонного медицинского центра перевело сельского врача в больницу поселка Эгвекино, который удален на 90 километров – путь до него из-за постоянных снежных заносов занимает, по оценкам местных жителей, от 6 до 12 часов<sup>41</sup>.*

Зачастую объединение сельских медучреждений в одно юридическое лицо несет за собой не только сокращение издержек на администрирование, но и фактическое исчезновение бывших самостоятельных больниц и поликлиник.

*Так в 2015 году расположенная в комплексе капитальных зданий больница в поселке Юго-Камске Пермского края (население – 8 тысяч человек) была объединена с более крупной больницей, расположенной на расстоянии 40 км<sup>42</sup>. В результате оптимизации число больничных коек упало ниже 20 (180 в советское время). Под угрозой сокращения оказались койки гинекологического отделения. Сокращены последние две койки в детском отделении при наличии двух тысяч детей в поселении. Бывшая ранее в поселке станция скорой помощи закрыта; по информации местных жителей, больным приходится ждать помощи зачастую от двух до четырех часов. В больнице сокращен ряд ставок, санитарки понижены до разряда уборщиц с сохранением прежнего объема работы, но с уменьшением и без того низкой зарплаты.*

**Повсеместным является процесс сокращения специализированных коек на селе – гинекологических, пульмонологических, кардиологических и других.**

В результате коечный фонд на селе в настоящее время представлен общетерапевтическими и общехирургическими койками. Так по данным фонда «Здоровье», в Курганской области специализированные кардиологические и неврологические койки остались только в городах Кургане и Шадринске. Чтобы добраться туда из некоторых сел, надо преодолеть 100-120 километров. Подобная ситуация наблюдается в

<sup>40</sup> <http://www.currenttime.tv/a/27630683.html>

<sup>41</sup> <http://medportal.ru/mednovosti/news/2016/02/24/181deficit/>

<sup>42</sup> [http://ruskline.ru/special\\_opinion/2017/fevral/optimizaciya\\_zdravoohraneniya\\_dobivanie\\_selskoj\\_rossii/](http://ruskline.ru/special_opinion/2017/fevral/optimizaciya_zdravoohraneniya_dobivanie_selskoj_rossii/)

Оренбургской, Белгородской, Липецкой, Кировской областях, Забайкальском крае<sup>43</sup>.

Ввиду проблем транспортной доступности крупных больниц, особенно в период межсезонья, растет число случаев непрофильной госпитализации на селе. Полноценное лечение пациентов с тяжелыми патологиями в рамках госпитализации на койки общего профиля невозможно. На этом фоне объясним **рост внутрибольничной смертности в России** (3,5% в 2016 году к показателю 2015 года): основной процент летальности дают именно сельские больницы.

Разветвленная сеть медучреждений на селе, созданная в советское время, позволяла не только оказывать экстренную помощь, но и обеспечивала инфраструктуру для ранней медицинской помощи и систематической профилактики заболеваний. По замечанию одного из экспертов, **«если раньше на селе не хватало высокотехнологичной помощи, то теперь не хватает и ранней»**.

Во многих населенных пунктах численностью населения до 300 человек специализированные медучреждения сменяют так называемые **«домовые хозяйства»**: одному из жителей села выдается минимальный набор медикаментов и телефон для связи с районной больницей. На практике эффективность данного механизма напрямую зависит от жизненного опыта и навыков человека, выбранного **«ответственным за медицину»** в населенном пункте – системной работы с такими людьми не ведется, проверки знаний не проводится, отсутствуют механизмы их регулярного обучения.

С целью повышения доступности медицинской помощи в сельских районах, с 2012 года были введены единовременные выплаты медицинским работникам по программе **«Земский доктор»**. В период 2012–2014 гг. в рамках этой инициативы удалось привлечь более 15 тыс. молодых специалистов. Однако эффект этой меры оказался затухающим: если в 2012 году участников программы было 7,7 тыс., то в 2014-м — уже 3,3 тыс<sup>44</sup>.

#### **Оценка Счетной палаты: «бездумная оптимизация»**

*Характерно, что оптимизация системы здравоохранения в России получает неоднозначные оценки и среди официальных органов власти. В 2015 году Счетной палатой РФ была проведена крупная проверка оптимизации сети медицинских, образовательных организаций, учреждений культуры, организаций социального обслуживания населения.*

*В отчете по результатам проверки<sup>45</sup> Счетная палата указывает, что какие-либо рекомендации, в части порядка проведения оптимизации, не были разработаны на федеральном уровне. Предварительное территориальное*

<sup>43</sup> <http://kommersant.ru/doc/3118620>

<sup>44</sup> <http://www.rbc.ru/economics/18/05/2016/573c991c9a794791383853a5>

<sup>45</sup> Здесь и далее [http://www.ach.gov.ru/press\\_center/news/21297](http://www.ach.gov.ru/press_center/news/21297)

планирование, анализ сети медицинских организаций и их деятельности не проводились. **Фактически официально признается, что оптимизация проводилась «наобум».**

Определение конкретной стратегии было отдано на откуп регионам, которые проводили оптимизационные мероприятия без методического сопровождения из федерального центра, что привело к самым разным «перегибам на местах», несбалансированности финансового обеспечения, в том числе по видам медицинской помощи. Например, в части нормативов объема медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, в Пензенской области норматив затрат на одно посещение с профилактической и иными целями на 1 жителя в год оказался ниже среднего федерального норматива на 75,8%, в Забайкальском крае – на 48,2%, норматив затрат на 1 случай госпитализации – на 68,2% и 41,2%, соответственно.

Особое внимание Счетная палата уделяет ограничению доступности медицинской помощи населению, в том числе первичной медико-санитарной помощи сельским жителям.

Согласно результатам проведенной проверки, в России **17,5 тыс. населенных пунктов вообще не имеют медицинской инфраструктуры (порядка 11,3% от общего числа заселенных городов, поселков и сел)**, из них более 11 тыс. расположены на расстоянии свыше 20 км от ближайшей медорганизации, где есть врач. Причем 35% населенных пунктов не охвачены общественным транспортом. «879 малых населенных пунктов не прикреплены ни к одному ФАПу или офису врачей общей практики. При этом данный дефицит не компенсируется выездными методами. Ряд регионов с низкой плотностью населения (Омская область, Камчатский, Приморский края) вообще не имеют мобильных медбригад».

Отмечается и увеличение сроков ожидания медицинской помощи: по целому ряду регионов этот показатель превышал необходимые в 2 и более раз. Например, в Пензенской области выявлено превышение предельных сроков ожидания при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме более чем на 20 дней приема врачей: кардиологов, неврологов, офтальмологов, эндокринологов, гастроэнтерологов, ревматологов и онкологов. По ряду медицинских организаций ожидание по записи на УЗИ превышает 1,5 месяца.

Проверка также показала, что в ходе оптимизации регионы активно сокращают коечный фонд, закрывая в сельских больницах специализированные отделения и переводя эти виды помощи на уровень межрайонных и областных больниц. В результате коечный фонд оказался несбалансированным и не соответствующим потребностям населения.

По итогам контрольного мероприятия был отмечен рост объема платных медицинских услуг. Так в 2014 году их объем вырос на 24,2% по сравнению с 2013г. Счетная палата отметила, что «в условиях снижения доступности медпомощи для населения рост платных медуслуг может свидетельствовать о замещении бесплатной медицинской помощи платной».

Счетная палата дает однозначную оценку оптимизации в социальной сфере, в том числе, в здравоохранении. «Несмотря на то, что

*«оптимизация» предполагает действия, при которых достигается наилучшее состояние системы в целом, комплекс проведенных мероприятий в основном ограничен только мерами по сокращению объектов, их реорганизации или сокращению численности работников, что в итоге привело к снижению доступности услуг и ухудшению результатов деятельности государственных и муниципальных организаций, в первую очередь проявляющихся ухудшением качества образования, ростом на 3,7% числа умерших в стационарах, увеличением на 2,6% внутрибольничной летальности больных, ухудшением качества жизни населения»<sup>46</sup>.*

*Проведенная Счетной палатой проверка показала, что основные цели оптимизации сети медицинских организаций не достигнуты – ожидаемого роста эффективности и доступности медицинской помощи не произошло. Глава Счетной палаты Татьяна Голикова прямо называет оптимизацию «бездумной», приводящей к негативным социально-демографическим последствиям»<sup>47</sup>.*

***Фактически, Счетная палата РФ говорит о провале политики оптимизации в стране. Данные оценки звучат не из уст оппозиции, а от лица высшего органа государственного контроля России.***

## **Выводы**

Проводимая в России политика оптимизации медицинских учреждений привела к беспрецедентному сокращению количества больниц и поликлиник на территории страны. В период 2000-2015 гг. **число российских больниц сократилось почти в два раза – с 10,7 до 5,4 тысяч.** По их числу современная Россия отстает от РСФСР 1932 года, **фактически откатившись к показателям 90-летней давности.**

Число больничных коек на 10 000 населения сократилось за 15 лет с 115 до 83,4 мест, то есть **на 27,5%**, что власти оправдывают «низкой эффективностью их использования». Согласно позиции официальных лиц, массовое сокращение коек является частью стратегии, подразумевающей перераспределение ресурсов здравоохранения на уровень поликлиник.

Однако на практике наряду с больницами, **в России продолжают массово ликвидироваться амбулатории и поликлиники.** Их число за первые 15 лет XXI века сократилось на 12,7% – с 21,3 до 18,6 тысяч учреждений. В то же самое время нагрузка на них ощутимо выросла: в расчете на 10 000 населения число обращений выросло с 243,2 до 263,5 человек в смену, то есть на 8,4%.

Рост числа обращающихся за медицинской помощью еще больше увеличивает нагрузку на остающиеся работать учреждения и их персонал.

<sup>46</sup> [http://www.ach.gov.ru/press\\_center/news/21297](http://www.ach.gov.ru/press_center/news/21297)

<sup>47</sup> <http://www.rbc.ru/economics/18/05/2016/573c991c9a794791383853a5>

Так в расчете на одно учреждение среднее число обращающихся в амбулаторно-поликлинические организации в смену выросло в период с 2000 по 2015 гг. с 166 до 208 человек. **Фактическая нагрузка на амбулатории и поликлиники выросла более чем на 25%.**

Таким образом, декларируемого «маневра» по переносу нагрузки и ресурсов с больниц на поликлиники так и не произошло – **ситуация осложнилась как в области стационарного, так и амбулаторного лечения.**

Особенно чувствительно процессы оптимизации ударили по селу: **с 2000 года по 2014 год количество больничных учреждений в сельской местности сократилось более чем в 4 раза.** Число коек в больничных учреждениях также сокращалось в сельской местности интенсивнее, чем в городах – в селах с 2000 года количество коек уменьшилось примерно в 1,6 раза, в городах – в 1,3 раза.

**Повсеместным является процесс сокращения специализированных коек на селе** – гинекологических, пульмонологических, кардиологических и пр. В результате коечный фонд на селе в настоящее время представлен общетерапевтическими и общехирургическими койками. Полноценное лечение пациентов с тяжелыми патологиями в рамках госпитализации на койки общего профиля невозможно. На этом фоне объясним **рост внутрибольничной смертности в России (3,5% в 2016 году к показателю 2015 года):** основной процент летальности дают именно сельские больницы.

**Резко отрицательно ход оптимизации здравоохранения оценивает Счетная палата РФ.** Указывается, что какие-либо рекомендации, в части порядка проведения оптимизации, не были разработаны на федеральном уровне. Предварительное территориальное планирование, анализ сети медицинских организаций и их деятельности не проводились. **Фактически официально признается, что оптимизация проводилась «наобум».** Вместо повышения эффективности здравоохранения, оптимизация, в основном, ограничивается лишь сокращением числа медучреждений и медперсонала, что в итоге привело к **снижению доступности услуг, росту на 3,7% числа умерших в стационарах, увеличением на 2,6% внутрибольничной летальности больных.**

Органы власти в России заявляют о постоянном росте расходов на здравоохранение. Так по данным Минздрава, за десятилетие с 2006 по 2016 год консолидированный бюджет на здравоохранение в РФ увеличился в абсолютных цифрах (без учета инфляции) в 4,2 раза – с 690 млрд. руб. до 2866 млрд. руб. соответственно.

Однако репрезентативным показателем, характеризующим характер финансирования здравоохранения в государстве, является **доля расходов на здравоохранение от ВВП страны.** Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, данный показатель должен составлять не менее 6%. **В настоящее время доля расходов на здравоохранение от ВВП**

**в России находится на уровне 2006 года – 3,6%. По этому показателю Россия в 2 - 2,5 раза уступает западноевропейским странам.** Таким образом, за последние десять лет **Россия не сумела увеличить расходы на здравоохранение относительно объема национальной экономики.**

Функционирующая в России страховая система здравоохранения, при которой основной объем расходов консолидируется в системе обязательного медицинского страхования, заведомо неэффективна в российских условиях. В рамках данной системы работает принцип, по которому деньги из ОМС следуют в лечебное учреждение «вслед за пациентом»: относительно обеспечены финансово лишь больницы и поликлиники с большим числом посетителей, расположенные в крупных населенных пунктах. Данная модель эффективна в компактных странах с равномерной заселенностью и хорошими дорогами.

В условиях огромной территории, неравномерного населения и плохой транспортной инфраструктуры **страховая модель здравоохранения приводит к недофинансированию и неизбежной деградации медицины в небольших городах и на селе,** которая в свою очередь провоцирует людей на миграцию в более крупные населенные пункты, где медобслуживание пока еще есть. Образуется **«замкнутый круг»:** недостаток людей приводит к ликвидации медучреждений, что приводит к еще большему «вымиранию» глубинки.

***В этой связи необходимо ставить вопрос о реформе страховой медицины, с частичным возвращением к действовавшему ранее в СССР принципам формирования и финансирования медицинской сети.***

При формально бесплатной медицине, **в России постоянно растет доля платных медицинских услуг.** Рост их объема связан с фактическим принуждением пациента к оплате обследования и лечения.

В первую очередь, **на приобретение платных услуг пациента провоцирует нежелание или объективная невозможность затягивания диагностики и лечения на месяцы.** Сроки ожидания приема или проведения анализов могут превышать нормативные в несколько раз. Так приема терапевтом, через которого пациент получает все дальнейшие направления к специалистам, можно ожидать **несколько недель вместо положенных 24 часов.** Огромные очереди вызваны недостаточной укомплектованностью штата медучреждений: реальной является ситуация, при которой в одной из поликлиник города с населением 200 тыс. человек одновременно работают лишь 4 терапевта из положенных по штату 14-ти.

Для поликлиник и больниц оказание платных услуг становится не «роскошью», но средством элементарного выживания: существующие ставки перечислений из системы ОМС за те или иные медицинские услуги зачастую существенно занижены относительно их реальной стоимости. Руководители ряда поликлиник указывают, что объем средств, перечисляемых из системы ОМС, едва превышает общий объем зарплатного фонда учреждения.



Типичной является ситуация, в которой в больнице наблюдается существенный **дефицит лекарственных средств и оборудования**, например, таких элементарных препаратов как анальгин, феназепам, аскорбиновая кислота и пр.

Множество вопросов у медиков вызывает оплата труда медперсонала. Согласно т.н. «майским указам», средняя зарплата врача в 2017 году должна достигнуть 180% от средней заработной платы в соответствующем регионе. Таким образом, даже исходя из данных по размеру средней зарплаты за 2016 год, средняя зарплата врача этой осенью, например, в Ярославской области, должна составить 51 тыс. рублей.

При этом в центральной больнице г.Рыбинска Ярославской области **врач высшей категории, работающий на одну ставку, получает около 18500 руб. в месяц** (около 16000 руб. на руки после вычета НДФЛ). Медики вынуждены работать более чем на одну ставку, чтобы хотя бы отчасти приблизить свой доход к среднему по региону (27778 рублей в янв. 2017 г.).

Врач второй категории, работающий примерно на 1,5 ставки, вынужден работать полный рабочий день с понедельника по пятницу, кроме этого провести 5 дежурств по 17 часов в месяц. На дежурство врач остается после рабочего дня до 8 утра следующего дня, который он также проводит на работе. Таким образом, несколько раз в месяц реальная рабочая смена врача составляет порядка 33 часов (!) – существенно больше суток. За работу с таким графиком врач на данный момент получает 26790 рублей в месяц (23307 рублей после оплаты НДФЛ).

**Медсестра 1 категории** указанной больницы, работающая на одну ставку, **получает около 10 тысяч рублей**. Текущая зарплата одной из медсестер, работающей более чем на одну ставку, несколько выше – 13195 рублей (11480 рублей после оплаты НДФЛ).

Фактическая часовая ставка медработников с учетом недеклалируемых переработок составляет чуть более 140 рублей для врачей, 82 рублей 30 копеек – для среднего медперсонала, 72 рубля – для младшего медперсонала. **Оплата труда врача в час сравнима, например, с часовой ставкой рядового сотрудника сети фаст-фуда «Макдоналдс»** (около 138 рублей). Администратор в кафе данной сети получает уже порядка 160 рублей в час, то есть больше квалифицированного врача с высшим образованием.

По оценке медиков, **чтобы врачу зарабатывать обещанный «майским» указом доход, нужно работать на 3 ставки сутками напролет – буквально «умереть на рабочем месте».**

В этих условиях, множество сотрудников государственных медучреждений вынуждены **подрабатывать в сфере платной медицины** – вести прием в платном отделении больниц, частных медицинских центрах.

\* \* \*

Превращение формально нацеленной на повышение эффективности здравоохранения «оптимизации» в процесс массовой ликвидации медучреждений и сокращения медперсонала несет в себе риски критической деградации здравоохранения.

Сохранение текущих темпов ликвидации медицинских учреждений может привести к откату в ближайшие годы к инфраструктурным показателям времен царской России. При темпах сокращения больниц, установившихся в период с 2000 года, **Россия рискует деградировать до показателей Российской Империи 1913 года уже через 5-6 лет.**

Хроническая недофинансированность медицины в рамках заведомо неэффективной в российских условиях страховой модели здравоохранения, постоянное увеличение нагрузки на медиков неизбежно ведут к падению качества медицинских услуг.

Фасадный «майский» рост доходов медиков, не имеющий отношения к реальности, приводит к разочарованию медперсонала в профессии, массовому «бегству» специалистов в сферу платной медицины, в том числе в форме внешнего совместительства. Перегруженность больниц и поликлиник, затягивающиеся на недели и месяцы очереди, прогрессирующий дефицит оборудования и медикаментов вынуждают граждан прибегать к платным медицинским услугам, доля которых постоянно растет.

Без кардинального пересмотра модели здравоохранения, отказа от политики «бездумной» оптимизации российская медицина в обозримом будущем имеет все шансы стать «здоровоЗахоронением», навсегда потеряв шанс приблизиться по качеству к стандартам развитых стран мира.