

Общество и медицина: эволюционная динамика, финансирование и мотивация труда

Мартьянов И. Н.¹

к.м.н., врач;

ORCID: 0000-0002-6318-0470

¹ ООО «Центр аллергологии и иммунологии», 353440 Краснодарский край,
г. Анапа, ул. Пушкина, д.17

Автор для корреспонденции: Мартьянов Игорь Николаевич, e-mail: minizubr@yandex.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов в связи с публикацией данной статьи.

Поступила: 03.06.2026

Принята к печати: 31.07.2026

Аннотация

Актуальность. Во всем мире наблюдается устойчивый рост затрат на здравоохранение при одновременном снижении доступности медицинской помощи. Нарастает кризис доверия между пациентами, медицинскими работниками и управляющими структурами. Страховые принципы организации и финансирования здравоохранения являются основными в современной медицине. Усилия по поиску способов снижения рисков, снижения затрат, повышения доступности и восстановления доверия не оказываются эффективными.

Цель исследования. Проанализировать конфликт между гуманистической миссией медицины и экономическими стимулами, заложенными в доминирующих моделях «оплаты за объемы» (оплата за услуги, оплата за случаи лечения), и на этой основе сформулировать концептуальные предложения для дискуссии о реформировании здравоохранения в России. **Материалы и методы.** Эволюционно-биологический анализ, экономико-поведенческий анализ, историко-культурный анализ, системный анализ, сравнительный метод. **Результаты.** Диалектическое взаимодействие биологических инстинктов (конкуренция, стремление к накоплению) и социальных норм (альтруизм, кооперация, справедливость) является одним из важных факторов развития общества и моделей организации медицинской помощи. Доминирующие в настоящее время системы оплаты медицинской помощи за объемы услуг, вступают в антагонистическое противоречие со специфической гуманистической природой медицины. Фундаментальный конфликт между рыночными экономическими механизмами и гуманистической природой медицины деформирует профессиональные ценности врачей и подрывает отношения доверия с пациентами. Бюджетные модели через систему общественного регулирования и сметного финансирования создают среду, способствующую проявлению гуманизма, и при условии адекватного ресурсного обеспечения демонстрируют высокую эффективность. **Выводы.** Необходим цивилизационный выбор в пользу отказа от рыночных догм в здравоохранении. Предложена дорожная карта основных направлений реформ для России.

Ключевые слова: эволюционная биология, биосоциальные детерминанты, финансирование здравоохранения, оплата за объёмы, оплата за результат, система Семашко, бюджетное финансирование, Сингапур, медицинская этика, мотивация врачей, реформа здравоохранения

doi: 10.29234/2308-9113-2026-14-3-1-41

Для цитирования: Мартьянов И. Н. Общество и медицина: эволюционная динамика, финансирование и мотивация труда. *Медицина* 2026; 14(3): 1-41. doi: 10.29234/2308-9113-2026-14-3-1-41

Введение

Человеческое стремление к улучшению условий существования имеет глубокие эволюционные корни. Как и все живые организмы, человек генетически запрограммирован на выживание и воспроизводство. Однако, в отличие от животных, человечество создало сложные социальные структуры, в которых это стремление проявляется через экономические и политические механизмы. Возникновение имущественного и социального неравенства, эволюция понятий справедливости в различных социально-экономических формациях ведут к смене политических систем и к поиску оптимальных форм экономического устройства. Это сказывается на всех сферах человеческой жизни, в том числе и на медицине.

Медицина, как сфера человеческой деятельности, зародилась одновременно с появлением *Homo sapiens*, развиваясь на стыке биологических и социальных факторов. В отличие от других видов деятельности, она обладает уникальной гуманистической природой, ориентированной на сохранение жизни и здоровья. Однако медицинская практика неизбежно существует в рамках экономических систем, что порождает принципиальный вопрос: как гуманистическая миссия медицины согласуется с экономическими реалиями и моделями финансирования?

Актуальность

Во всем мире наблюдается устойчивый рост затрат на здравоохранение при одновременном снижении доступности медицинской помощи. Нарастает кризис доверия между пациентами, медицинскими работниками и управляющими структурами. Страховые принципы организации и финансирования здравоохранения являются основными в современной медицине. Усилия по поиску способов снижения рисков, снижения затрат, повышения доступности и восстановления доверия не оказываются эффективными.

Цель исследования

Изучить влияние биологических (генетически обусловленных) и социальных факторов на общественное развитие и на организацию медицинской помощи. Проанализировать конфликт между гуманистической миссией медицины и экономическими стимулами, заложенными в доминирующих моделях «оплаты за объемы» (за услуги, за случаи лечения, за прикрепление), и сформулировать концептуальные предложения для дискуссии о реформировании здравоохранения в России.

Материалы и методы

В исследовании применен комплекс междисциплинарных подходов:

Эволюционно-биологический анализ. Выявление универсальных биологических механизмов, влияющих на поведение.

Экономико-поведенческий анализ. Показать связь экономических стимулов с когнитивными искажениями.

Историко-культурный анализ. Показать, как традиции и идеологии меняют «биологическое» поведение.

Системный анализ. Выявление взаимосвязей между биосоциальными детерминантами, устройством общества и структурой здравоохранения.

Сравнительный метод. Оценка финансовых моделей здравоохранения по критериям:

- доступность помощи,
- качество услуг,
- этические риски.

В качестве источников данных использованы научные публикации отечественных и зарубежных авторов в области эволюционной биологии, поведенческой экономики, социологии, истории медицины и теории управления здравоохранением. Также проанализированы нормативные документы, регламентирующие работу медицинских систем в разных странах. Этот массив информации позволил применить вышеуказанные междисциплинарные методы для комплексного анализа: выявления универсальных биосоциальных паттернов, оценки трансформации институтов здравоохранения и сравнительного изучения финансовых моделей в их историческом и социокультурном контексте. Существенную мотивационную роль в написании данной статьи сыграл личный многолетний опыт работы автора практическим врачом в городских и ведомственных лечебных учреждениях советского периода, и в федеральных и частных лечебных учреждениях постсоветского периода вплоть до настоящего времени.

Результаты

1. Человек и общество

1.1. Биологические и социальные основы человеческого поведения

В чем смысл жизни? Вопрос о смысле жизни – один из самых глубоких и вечных. Философы, религиозные деятели, учёные и обычные люди веками искали на него ответ, но единого решения нет – всё зависит от взглядов, ценностей и убеждений.

С биологической точки зрения, фундаментальный смысл жизни заключается в ее самопродлении через репродукцию и передачу генетического материала. Для обеспечения эффективной репродукции биологические организмы эволюционно запрограммированы на постоянное совершенствование условий существования.

Данный механизм закреплён на генетическом уровне как базовый адаптационный алгоритм, направленный на повышение вероятности успешного продолжения рода.

Эволюционные биологические механизмы сформировали различные репродуктивные стратегии у мужчин и женщин. У мужчин стратегия, предполагающая возможность оплодотворения множества партнёров, представляет собой эволюционно закреплённый механизм максимизации генетического распространения. В отличие от этого, женская репродуктивная стратегия, ограниченная физиологическими возможностями (не более одной беременности в год), выработала высокую избирательность при выборе партнёра. Женщины эволюционно ориентированы на оценку двух ключевых факторов: генетического качества потенциального отца и его способности обеспечить потомство необходимыми ресурсами [1].

Феномен физического доминирования альфа-самцов способствует полигамии, что создаёт существенный эволюционный недостаток – снижение генетического разнообразия потомства. Эволюционный анализ показывает, что наибольшее преимущество получают те социальные группы, где к репродукции допускаются не только доминантные особи. Этот фактор способствовал переходу к моногамным моделям, причём ключевую роль в этом процессе сыграла избирательная женская репродуктивная стратегия.

Эволюционный успех при моногамии обеспечивается появившимися в связи с этим коллективистскими механизмами естественного отбора: реципрокный альтруизм [2], родственный отбор [3], которые создали биологическую основу для формирования сложных социальных структур, где эволюционно выгодным стало альтруистическое поведение.

Маленькие группы выживают при альтруистическом поведении. При отсутствии альтруизма – гибель. Альтруизм генетически закреплён и существует не только у человека, но и у животных [4].

Хотя репродуктивное поведение в основе своей генетически детерминировано, в реальной жизни оно значительно модифицируется под воздействием среды (культурных норм, религии, экономики, достижений медицины) [5]. Продукты развития социальных структур — такие, как нормы справедливости, моральные ограничители и другие регуляторы поведения — сформировались благодаря их положительному влиянию на эволюционный успех групп. Однако эти нормы не имеют генетической природы и передаются из поколения в поколение через воспитание и культурные механизмы.

Социальные нормы взаимодействуют с базовыми биологическими импульсами, маскируя их и делая менее очевидными в рамках социальных процессов.

1.2. Диалектика биологического и социального

Поведение, обусловленное биологическими механизмами, может создавать преимущества для отдельных особей, даже если это противоречит интересам социальной группы или общества в целом. Такая стратегия, ориентированная на индивидуальный успех, часто игнорирует коллективные потребности и может снижать эволюционную устойчивость социума.

Это проявляется и в экономическом поведении: независимо от достигнутого уровня материального благосостояния, у человека сохраняется устойчивая потребность в дальнейшем улучшении своих условий жизни, повышении социального статуса и значимости. Данная особенность не имеет точки насыщения, что отражает глубинные биологические механизмы мотивации.

Развитие товарно-денежных отношений закономерно порождает имущественное неравенство, что отражает биологическую составляющую человеческой природы – стремление к накоплению ресурсов. В ответ на это возникает государство – как социальный институт, призванный поддерживать нормы справедливости и закреплять преимущества гуманистических социальных механизмов. В любом обществе материальные и статусные факторы взаимодействуют и конфликтуют с нравственными и гуманистическими ценностями. Накопление противоречий между биологической природой человека и социально-гуманитарными идеалами создаёт постоянное напряжение, которое в конечном итоге приводит к смене общественных формаций.

Рассмотрим классическую циклическую модель смены форм государственного устройства: монархия → тирания → аристократия → олигархия → демократия → охлократия. В этом процессе можно проследить смену доминирования биологических и социальных факторов в политическом развитии. Механизм трансформации:

- Монархия, стремясь сохранить власть (биологический фактор), вырождается в тиранию
- Просвещённые аристократы (социально-гуманитарный фактор) свергают тирана
- Аристократия постепенно трансформируется в олигархию (доминирование биологических мотивов обогащения)
- В ответ на социальное расслоение устанавливается демократия (социальный фактор)
- Демократия, доведённая до крайности, переходит в охлократию (биологизация массового поведения)
- Завершение цикла: некомпетентность охлократии приводит к социальному хаосу и беспорядкам; общество добровольно передаёт власть сильному правителю; цикл начинается заново с установления монархии.

Эта модель наглядно демонстрирует диалектическое взаимодействие биологических импульсов и социальных регуляторов в историческом процессе.

В ходе исторического развития сформировались смешанные (гибридные) формы государственного устройства. В таких системах управление сочетает элементы монархии (в лице королей, царей или президентов), исполнительной власти (правительства), аристократии (экспертные институты, суды, пожизненные сенаторы) и демократии (выборные парламенты, референдумы, местное самоуправление).

Соотношение полномочий между этими элементами со временем меняется, что отчасти напоминает смену классических форм государственного устройства, за которыми скрываются глубинные взаимодействия биологических и социальных факторов.

Надо подчеркнуть, что социальная организация, основанная на социальных гуманистических принципах и альтруистическом поведении, создает значительные эволюционные преимущества для человеческих коллективов. Этот феномен, подробно исследован в классических работах Кропоткина П.А. о взаимопомощи как факторе эволюции [6,7]. О том, что морально-этические нормы и социальные институты выполняют ключевую функцию в развитии обществ, также демонстрируют:

- исследования роли группового отбора в эволюционной биологии и социальных науках [8];
- исследования социального капитала [9];
- анализ роли доверия в экономическом развитии [10];
- изучение институтов коллективного действия [11].

Эти механизмы создают благоприятный баланс между индивидуальными интересами и коллективным благом, обеспечивая долгосрочную устойчивость социальных систем.

1.3. Идеология и воспитание – факторы сдерживания биологических импульсов

Не нанесение ущерба ближнему, снижение вражды между людьми и уменьшение насилия – гуманитарные задачи, которые определяли люди для человечества с древнейших времен. Решение видели не только в совершенствовании политических и правовых систем, но и в воспитании – через формирование идеологий, призванных:

- обуздать естественное стремление к доминированию и гипертрофированному улучшению своих условий,
- свести его к разумным, социально приемлемым пределам,
- развить духовное и гуманитарное начало в человеке.

Еще в античную эпоху начали складываться морально-этические нормы, регулирующие поведение. Философы, религиозные мыслители и законодатели искали баланс между индивидуальными интересами и общественным благом.

Огромную роль в формировании моральных и этических норм сыграли религии – идеологические учения, оказывающие большое воздействие на сознание и поведение людей. Правила, заповеди, проповеди определяли нормы взаимоотношений между людьми, формировали отношение к добру и злу, призывали к осуждению стяжательства, корыстолюбия, стремления к накопительству, как пороков, разрушающих общественную гармонию.

Стремясь создать абсолютно справедливое общество, философы и мыслители разрабатывали идеальные модели государственного устройства и даже предпринимали попытки их реализации. В этих концепциях отвергалась частная собственность (как источник материального неравенства), пропагандировалось воспитание «нового человека», который не ущемляет права других, а также утверждалось, что в таком обществе исчезнет конкуренция, а с ней – противоречия и конфликты.

Одной из таких утопических моделей выступали коммуны, где предполагалось установить:

- обобществление собственности,
- коллективное воспитание детей,
- в некоторых случаях даже общность супругов (как в проектах Платона, Томаса Мора и Кампанеллы).

История быстро продемонстрировала несостоятельность подобных моделей государственного устройства, поскольку они игнорировали фундаментальные аспекты человеческой природы. Биологическая составляющая человека неизменно брала верх над искусственными социальными конструкциями. Коммунальный уклад не смог трансформировать эгоцентричное сознание своих членов. Генетически обусловленное стремление к личному преимуществу – ключевому фактору выживания и продолжения рода – оказывалось непреодолимым. Как следствие, коллективная мотивация неизменно уступала индивидуальным интересам.

Как отмечал Уильям Голдинг, худшие проявления человеческой природы всегда лежат у поверхности, готовые вырваться наружу, как только ослабевают культурные ограничения [12]. С биологической точки зрения, попытки воспитания «идеальной личности» изначально обречены на провал, так как противоречат базовым эволюционным механизмам.

Однако исследования малых групп показывают, что гармоничное сочетание личных и коллективных интересов всё же достижимо [13]. Яркий пример – семейные отношения. В здоровой семье естественным образом формируются:

- общий материальный базис,
- единый уклад жизни,
- добровольное распределение обязанностей,
- совместный досуг,
- саморегулируемое потребление,
- готовность к самоограничению и жертвенности ради близких.

Семейная модель основана на эмоциональной привязанности, подлинном гуманизме и осознании родственной связи. Аналогичные отношения формируются в малых сообществах, где каждый знаком лично. В них действительно сохраняются тёплые, почти семейные отношения.

Однако с увеличением численности группы:

- ослабевают эмоциональные связи,
- снижается уровень доверия,
- усиливается отчуждение по отношению к "чужакам".

«Чем больше деревня, тем меньше родни...» Эта народная мудрость раскрывает важный социальный закон: размер сообщества напрямую влияет на качество человеческих связей. В маленьких деревнях, где все знают друг друга с детства, отношения сохраняют особую глубину и теплоту. Люди здесь – как ветви одного дерева: сплетены общими радостями и бедами, праздниками и буднями.

Примером почти «семейного» образа жизни в наше время могут служить староверы, которые часто живут коммунами. Ценностная ориентация на скромность и самоограничение, привитые с детства, и соответствующая идеология, основанная на религиозном мировоззрении, позволяют им довольствоваться имеющимися условиями материальной обеспеченности для выживания и репродукции, и коллективной заботы о социуме. Устойчивость таких сообществ показывает, что баланс между личным и коллективным возможен при сильных социальных нормах, способных создавать и поддерживать особую культурную среду, контролирующую проявления биологических инстинктов.

Р. Данбар утверждает, что альтруизм эволюционно выгоден в группах до 150 человек (число Данбара) [14], но в больших обществах для поддержания альтруистических течений требуются формальные правила (законы, религия, деньги, иерархия, письменность) [15].

1.4. Социализм как попытка преодоления биологической детерминации

С развитием социальных наук пришло понимание, что источником возникновения глобального неравенства является не любая собственность, а концентрация средств производства в частных руках [16-18]. Был сделан вывод: необходимо обобществление средств производства при сохранении личной собственности на предметы потребления [19].

СССР предпринял масштабный эксперимент по реализации этой теории.

Для предотвращения неограниченного накопления, для предотвращения социального напряжения, для ликвидации материального неравенства... и для появления всеобщего чувства социальной справедливости государство не только отменило частную

собственность на средства производства, но и создало механизмы для ограничения материальных накоплений у всех членов общества – ввели жесткое регулирование зарплат (с теоретически допустимым уровнем колебаний от средней величины). Казалось, что расслоение общества по материальному достатку было надежно предотвращено.

Вместе с этим возродилась мечта создания идеального государства, идеального общества, в котором распределение материальных благ пройдет эволюцию от распределения вначале поровну, затем по труду, затем по потребности. С условием реализации: распределение «по потребности» можно достичь только при воспитании и формировании нового антропологического типа - "человека коммунистического", чья система ценностей и поведенческие модели должны преодолеть биологически обусловленные индивидуалистические устремления, конкурентные стратегии, ресурсно-накопительные инстинкты.

Идеи равенства, братства, справедливости, всеобщего счастья были провозглашены в официальной государственной идеологии. Хотя они и были в какой-то мере утопическими, однако играли положительную роль в формировании общих ценностей, мировоззрения, в обеспечении реальных социальных достижений: бесплатном образовании, здравоохранении.

Однако оказалось, что при государственной собственности на средства производства и фиксированной зарплате труд постепенно становится неэффективным, ослабевает контроль, процветает безделье... тунеядство... воровство. «Где бы ни работать – лишь бы не работать...», а зарплату получать... (Пример: в СССР до 40% рабочего времени тратилось на «просиживание», а «левые» заработки стали нормой [20]).

Почему это произошло? – Стабильная зарплата привела к утрате связи между трудом и вознаграждением. Создались условия фактически гарантированного уровня материального достатка. При этом начинает проявляться физиологически обусловленное стремление экономить личные физические и интеллектуальные усилия. В результате утрачивается альтруистическое поведение, происходит отчуждение от единой общности большого коллектива, понижается чувство ответственности перед обществом. Человек старается улучшить условия своего существования не за счет труда, а за счет "приспособленчества", несправедливого распределения результатов общественного труда в свою пользу. [21,22].

Почему идеология не победила биологию?

Государство провозглашало высокие идеалы коллективизма и социальной ответственности, но не создало систему, которая бы:

- естественным образом до разумных пределов ограничивало стремление человека к материальному накоплению;
- создавала систему нематериальных стимулов трудиться на общее благо;
- создавала системы контроля без подавления инициативы;
- превращала декларации о гуманизме в реальные механизмы справедливости.

Современные исследования (например, поведенческая экономика Даниэля Канемана [23]) утверждают: даже при высоких идеалах люди нуждаются в материальных стимулах. Иначе включается «режим экономии» — и вот уже весь коллектив «играет в труд», а не работает.

1.5. Распад СССР, возврат к биологической детерминации

После 1991 года в стране произошла радикальная трансформация социально-экономической модели, где ключевым ориентиром стала финансовая выгода:

- возврат к частной собственности на средства производства;
- лозунг "зарабатывай деньги" озвучен, как одна из важнейших целей;
- богатство стало мерилом успеха (место в списке Форбс, элитная недвижимость, землевладения, личный самолет);
- гуманистические и морально-этические нормы отошли на второй план.

Этот переворот в общественном сознании породил новую этику успеха, где:

- цель оправдывает любые средства – от криминальных схем передела собственности до изощрённых финансовых махинаций;
- обман стал нормой – от бытового жульничества до системных политических технологий;
- карьера превратилась в гонку без правил, где профессиональная этика – лишь помеха на пути к вершине.

В человеческих отношениях воцарился холодный расчёт:

- фраза "он прагматик" теперь звучит как комплимент;
- кредо "ничего личного – только бизнес" оправдывает самые циничные поступки;
- традиционные ценности взаимопомощи вытеснены законом джунглей - каждый сам за себя.

Итог: Общество совершило опасный кульбит – от попыток обуздать биологические инстинкты мы перешли к их тотальному оправданию.

"Когда выгоднее быть подлецом, чем порядочным – это не проблема людей. Это диагноз системе" (Джефри Сакс) [24].

И всё же: в России (и в других восточно-христианских странах), несмотря на влияние рыночной экономики, отношение к богатству остаётся более аскетичным, тогда как на Западе меркантильность стала нормой [25].

2. Медицинская помощь как социальный институт

Во всех культурах высочайшей ценностью наделяется идея служения людям. Особенно ярко она воплощена в медицине, которая исторически сформировалась как социальный институт именно вокруг норм альтруизма и служения обществу. Этот гуманистический императив создает уникальный контекст для профессиональной деятельности, изначально определяя её высокую этическую миссию.

Историческая эволюция медицины демонстрирует значительную инерционность и преемственность. Смена общественно-экономических формаций, как правило, не влекла за собой резкой и синхронной трансформации моделей здравоохранения. В то время как политические и экономические системы могут меняться революционно, система охраны здоровья чаще развивается эволюционно. Эта устойчивость обусловлена несколькими ключевыми факторами: мощными внутренними этическими традициями самой профессии, высокоспециализированным и сложным технологическим укладом, а также прагматическими государственными интересами, признающими, что здоровье населения является фундаментом потенциала нации.

2.1. Фундаментальные особенности медицинской деятельности

Медицинская практика обладает рядом фундаментальных свойств, имеющих трансцендентный характер по отношению к общественному устройству:

- **Гуманитарная направленность** – помощь должна оказываться всем нуждающимся, независимо от их материального статуса
- **Безусловная востребованность** – пациент не может обойтись без медицинской помощи, не может её отложить из-за возможности развития негативных последствий заболевания
- **Медицинская помощь должна быть доступной** для всех слоев общества, ввиду высокой общественной значимости
- **Медицинская деятельность сопровождается высокими рисками** – врачебные ошибки или нежелательные последствия могут привести к непоправимому ущербу здоровью.

Эти свойства существуют независимо от типа социально-политического устройства общества и этапа исторического развития. И оказывают существенное влияние на способы регулирования этой деятельности и на способы финансирования.

2.2 Исторические модели регулирования

Чтобы обеспечивать увеличение доступности медицинской помощи для населения и повышать ответственность врачей перед пациентами – издревле в разных культурах формировались особые правила, например:

- этические кодексы (клятва Гиппократы) — подчеркивали приоритет долга врача перед пациентом над финансовой выгодой;
- льготы для медиков (государственное содержание, освобождение от налогов в Древней Греции, Риме);
- шумерские законы Ур-Намму (XXI в. до н. э.) — определялась материальная ответственность врачей за ошибки;
- свод законов Хаммурапи (XVII в до н.э.) — регламентировалась материальная и даже физическая ответственность врачей перед пациентами.

Примеры древних систем финансирования:

- храмовая медицина Древнего Египта — лечение проводилось за счет храмовых средств, без взимания платы с пациентов;
- китайская система «оплаты за здоровье» — врач получал плату только за здоровых пациентов;
- Античная Греция, Вавилон — лечебницы содержались за счет общин или государства, а размер оплаты пациента зависел от его достатка;
- монастырские и государственные больницы — финансировались за счет казны или благотворительных пожертвований. Помощь оказывалась бесплатно или за символическую плату.

Эти примеры показывают, что даже в древности медицина не функционировала по принципу простой купли-продажи. Ибо фундаментальной целью медицинской деятельности является помощь ближнему, а не продажа услуг. Гуманизм здесь — не единственная, но ключевая нормативная сила, которая, вместе с прагматикой и инерцией, не позволяет системе здравоохранения меняться так же резко, как политический режим. Это, в определенном смысле, стабилизирующий "буфер" для общества в периоды исторических потрясений.

В 1960–1970-х годах с возникновения феномена «рокфеллеровской медицины» произошла резкая коммерциализация здравоохранения. Её суть, как отмечает Корсакова С.В. [26], заключалась в стремлении к концентрации капитала в системах здравоохранения индустриальных стран и построении бизнеса на здоровье людей. Такой бизнес-подход, основанный на постоянном извлечении дохода, в своей логике исключает полное выздоровление пациента, допуская лишь подавление симптомов или перевод заболевания в хроническую форму.

Данная модель породила ряд негативных процессов и, как следствие, комплекс мер по их сдерживанию — от ужесточения этических кодексов до введения систем штрафов и судебного преследования врачей.

2.3. Здравоохранение в России, исторический экскурс

Дореволюционный период. Преобладала модель бесплатной медицины, финансируемой за счет государей, князей, отчислений от доходов, благотворительности. В некоторых случаях оплата осуществлялась за счет средств пациентов с дифференцированной платой в зависимости от достатка больного [27-30].

Во второй половине 19 века стала развиваться земская медицина. Бесплатность медицинской помощи считалась одним из главных условий ее доступности. На съездах земских врачей всегда говорилось о том, что общедоступность медицинской помощи несовместима с оплатой этой помощи. Оплата за лечение считалась как «налог на несчастье», который не может быть оплачен при заболевании крестьянина. [31,32].

Вследствие огромных территорий, низкой плотности населения и недостаточных коммуникативных возможностях, медицина оставалась малодоступной вплоть до 20 века.

Советская система Семашко (с 1918 года). Во времена СССР под руководством Н.А. Семашко радикально улучшилась доступность медицинской помощи: медицинское обслуживание организовывалось на двух основных принципах: участковом и иерархическом (пятиуровневая система государственных учреждений).

Финансирование медицинских организаций строилось на нормативном принципе и осуществлялось исключительно из бюджета.

Медицинские организации получали средства по утверждённым планам исходя из нормативов обеспечения населения медпомощью. Например, были рассчитаны:

- необходимое количество врачей и коек;
- пропускная способность поликлиник;
- охват диспансеризацией;
- объёмы санаторно-курортного лечения;
- объёмы школьно-дошкольного медицинского обслуживания.

Кроме расчётных нормативов учитывалось фактическое выполнение плановых показателей. Учитывались также территориальные особенности (городские/сельские районы). Сметное финансирование позволило в СССР значительно снизить затраты на медицинскую помощь по сравнению со странами со страховой оплатой услуг. Простота

сметного финансирования, его способность максимально точно покрывать и жестко контролировать постоянные затраты — причина его эффективности.

Кадровая политика советского здравоохранения успешно решала задачу подготовки медицинских специалистов. Врачи той эпохи работали с исключительной самоотверженностью, движимые прежде всего профессиональным долгом и желанием спасти жизни. В медицину тогда шли по призванию — этот тезис, при всей его кажущейся пафосности, полностью соответствовал действительности. Была сформирована уникальная социально-экономическая среда, максимально способствующая проявлению альтруистических качеств медицинских работников. Эта система принципиально исключала коммерческие мотивы в профессиональной деятельности, создавая следующие условия:

- отсутствие прямой зависимости между объемом оказанных услуг и материальным вознаграждением;
- социальное признание и отношение к медицинской профессии, как к служению;
- четкая ориентация на профессиональные ценности и врачебный долг;
- государственные механизмы поощрения, основанные на моральных стимулах.

Такая организация медицинской службы позволяла врачам и медперсоналу сосредоточиваться исключительно на профессиональных задачах и нуждах пациентов. Государство целенаправленно культивировало образ врача как бескорыстного служителя здоровья, что находило отклик в профессиональном сообществе.

Но! Самая совершенная система начинает давать сбои при систематическом недофинансировании.

То же произошло и в СССР: недостаток ресурсов, низкая материальная база, низкие зарплаты специалистов — стали ахиллесовой пятой советского здравоохранения. Именно недостаточное финансирование — причина кризиса советского здравоохранения. Ведомственная медицина, построенная по тем же принципам системы Семашко, но имеющая существенно лучшую ресурсную базу, является ярким подтверждением эффективности этой модели.

2.4. Современные системы финансирования зарубежного здравоохранения

В современных системах финансирования здравоохранения в разных странах доминирующей моделью оплаты медицинской помощи является принцип «деньги следуют за объёмом» — финансирование поступает за количество оказанных услуг и пролеченных случаев. Такая система порождает общие для многих стран дисфункции, негативно отражающиеся на всех участниках: пациентах, медицинских работниках и обществе в целом.

Приведем краткий обзор основных способов оплаты медицинской помощи.

Оплата за услугу (Fee-for-Service, FFS)

Принцип работы: каждая медицинская манипуляция, консультация или процедура имеет установленную стоимость и оплачивается медицинской организации отдельно по факту оказания.

Ключевые проблемы и риски:

- **Стимулирование роста объёмов:** система создаёт прямую финансовую заинтересованность в оказании как можно большего количества услуг, что ведёт к их избыточности и «накрутке» объёмов.
- **Конфликт интересов:** врач, выступая в роли «продавца» услуг, получает возможность влиять на спрос, назначая дополнительные, не всегда клинически обоснованные, обследования и вмешательства.
- **Феномен «конвейера»:** пациентов могут записывать на повторные приёмы без явных медицинских показаний, исключительно для генерации дополнительных платежей.
- **Гипердиагностика:** данная модель усугубляет естественную для медицины склонность к перестраховке (биологический фактор) в условиях высокой вероятности судебных исков (социальный фактор), что приводит к избыточному обследованию пациентов.

Сферы применения: модель широко распространена в частном секторе здравоохранения таких стран, как США, Германия, Франция и Япония.

Оплата за случай лечения (Diagnosis-Related Groups, DRG)

Принцип работы: медицинское учреждение получает фиксированную, заранее установленную сумму за полный цикл лечения пациента с конкретным диагнозом, объединенным в группу клинически сходных случаев (DRG).

Ключевые риски:

- **Экономия на качестве:** финансовый стимул завершить лечение в рамках выделенной суммы может провоцировать:
 - Сокращение объема необходимых обследований и процедур («недолечивание»);
 - Преждевременную выписку пациента из стационара.

- **Манипуляции с кодированием:** чтобы получить более высокий тариф, медицинские организации могут искусственно «утяжелять» диагноз, указывая более дорогостоящую группу DRG, «усложнять» кодировки оперативных вмешательств для перевода случая в более дорогую группу.
- **Селекция пациентов:** возникает риск отказа в госпитализации или перевода пациентов с тяжелыми, прогнозируемо дорогостоящими сопутствующими заболеваниями.

Основное преимущество: система создает мощный стимул к повышению внутренней эффективности работы учреждения, так как любая экономия средств внутри зафиксированной суммы остается у медицинской организации.

Сферы применения: модель DRG широко используется для оплаты стационарной помощи в Австралии, Швеции, Германии, Японии, Китае и многих других странах.

Подушевое финансирование (Capitation)

Принцип работы: медицинское учреждение или врач получают фиксированную сумму за каждого пациента, прикрепленного к ним за определённый период (например, в год), вне зависимости от объёма оказанных ему услуг.

Ключевые риски и недостатки:

- **Экономия на качестве помощи:** поскольку финансирование не привязано к объёму услуг, у клиники возникает финансовый стимул к ограничению их предоставления – так называемому «недолечиванию» и «недообследованию» пациентов.
- **Снижение доступности:** эта модель может приводить к искусственному созданию барьеров для записи на приём или к отказу в направлении к дорогостоящим специалистам.

Примеры применения: классическими примерами являются оплата услуг врачей общей практики в британской системе NHS (National Health Service), а также модель управляемой медицины в США (Health Maintenance Organization — HMO).

Оплата за результат / Оплата за эффективность (Value-Based Payment, VBP) / (Pay-for-Performance, P4P)

Ключевая идея: финансирование медицинской организации или врача напрямую увязывается с достижением конкретных, измеримых результатов в здоровье пациентов, а не с объёмом оказанных услуг.

Цель: кардинальное повышение эффективности системы здравоохранения — получение «большого здоровья на каждый вложенный доллар или евро».

Измеряемые показатели (примеры):

- Клинические результаты: снижение частоты повторных госпитализаций, контроль хронических заболеваний, снижение количества врачебных ошибок.
- Параметры здоровья населения: улучшение ключевых показателей общественного здоровья на прикрепленной территории.
- Опыт пациента: уровень удовлетворённости пациентов качеством помощи.

Ключевые проблемы и вызовы внедрения. Несмотря на привлекательность концепции, её практическая реализация сталкивается с фундаментальными сложностями:

- Проблема временного горизонта: многие результаты лечения (особенно при хронических заболеваниях или в профилактике) проявляются спустя годы. Ретроспективная оплата за отдалённые результаты в условиях рыночной экономики непрактична.
- Подмена результата процессом: стремление оценить результат в сжатые сроки закономерно приводит к подмене: анализируется не итоговый исход, а соблюдение медицинского процесса, его соответствие стандартам, критериям качества и клиническим рекомендациям. [33]. Однако, как доказал ещё А. Donabedian, безупречно выполненный процесс не гарантирует хорошего отдалённого исхода для пациента [34].
- Методологическая и административная сложность:
 - Трудности измерения: отсутствуют универсальные и надёжные метрики для оценки отдалённых результатов.
 - Избыточность показателей: как следствие, разрабатываются сотни различных показателей, что свидетельствует о поиске оптимального решения и усложняет систему.
 - Высокие операционные затраты: администрирование такой системы требует значительных ресурсов.

Вывод: таким образом, хотя VBP/P4P представляет собой перспективное направление развития финансирования, отсутствие удовлетворительных методов

оценки отдалённых результатов остаётся главным барьером для его широкого и успешного применения.

Финансирование по нормативам (модель Бевериджа)

Источники и принципы формирования бюджета:

- **Основные источники:** государственный бюджет и/или средства обязательных страховых фондов.
- **Расчет финансирования:** объем средств распределяется между территориями и учреждениями на основе нормативов, учитывающих демографические, медико-социальные, инфраструктурные факторы, такие как:
 - численность и половозрастной состав прикрепленного населения;
 - уровень и структура заболеваемости;
 - территориальная доступность, транспортная логистика;
 - особенности производственной деятельности;
 - климатические условия.

Характерные системные проблемы. Данная модель, несмотря на свою социальную ориентированность, сталкивается с рядом вызовов:

- **Слабые стимулы к эффективности:** гарантированное финансирование по нормативам может порождать практику, при которой главным принципом становится «освоил бюджет — получил такой же в следующем году», что не мотивирует к оптимизации затрат и повышению качества услуг.
- **Дефицит ресурсов:** ограниченный общий бюджет системы часто приводит к формированию длинных очередей на плановую помощь, что ярко проявляется в британской NHS.
- **Нехватка кадров:** финансовые ограничения фонда оплаты труда способствуют «утечке мозгов» в частный сектор и другие страны, что наблюдается, например, в скандинавских странах.

География и современная эволюция: преобладает в Великобритании, Канаде, странах Скандинавии, Испании, Израиле.

Современные модификации. Для борьбы с проблемами системы многие страны активно создают гибридные модели. Они комбинируют базовое нормативное финансирование с элементами рыночных механизмов, такими как:

- **Оплата за объемы** (FFS — оплата за услугу, DRG — оплата за случай лечения, подушевое финансирование — Capitation).
- **Оплата за ценность и результат** (VBP — Value-Based Payment), чтобы стимулировать не количество, а качество и эффективность оказанной помощи.

Строго бюджетное финансирование (без элементов FFS/DRG/VBP)

Сфера применения: данная модель встречается в странах с государственно-административными системами здравоохранения, где медицинские учреждения получают финансирование непосредственно из государственного бюджета. К числу таких стран относятся Куба, Северная Корея и Венесуэла.

Ключевые вызовы и системные проблемы: экономические ограничения, включая международные санкции и изоляцию, формируют жесткие бюджетные рамки для здравоохранения, что приводит к ряду типичных последствий:

- устаревание материально-технической базы и медицинского оборудования;
- низкий уровень заработных плат медицинских работников, провоцирующий «утечку кадров»;
- хронический дефицит лекарственных средств и расходных материалов;
- распространение неформальных платежей за получение медицинской помощи.

Потенциал и преимущества: несмотря на перечисленные проблемы, системы этого типа демонстрируют успехи в реализации ключевых принципов общественного здоровья:

- **Всеобщий охват:** обеспечивается доступность базовых медицинских услуг для всего населения.
- **Простота администрирования и эффективность:** бюджетные модели структурно проще и менее затратны по сравнению со страховыми [35].
- **Эффективная профилактика:** достигаются хорошие популяционные показатели здоровья за счет централизованных программ вакцинации и диспансеризации.

Пример: Куба. Кубинская система здравоохранения является наиболее ярким примером эффективности данной модели в условиях ограниченных ресурсов [36].

Финансирование: при годовом расходе чуть более 1000 долларов США на душу населения система демонстрирует результаты:

- охват населения медицинским обслуживанием — 99%;
- охват прививками — почти 100%;
- ожидаемая продолжительность жизни приближается к 79 годам;
- младенческая смертность — 5 на 1000 новорожденных.

Международное признание: Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признает Кубу «примером для подражания» в связи с ее способностью обеспечивать высокие показатели здоровья населения при скромных экономических возможностях.

2.5. Система финансирования медицинских учреждений в современной России

В конце XX века, в ходе перехода страны к рыночной экономике, система здравоохранения также претерпела значительные изменения. Медицинские организации столкнулись с необходимостью «зарабатывать деньги», а модель финансирования стала строиться по зарубежным образцам с разработкой тарифов для оплаты за услуги (FFS), за случаи лечения (DRG), за прикрепление (Capitation).

Сложившаяся система финансирования представляет собой гибридную модель, в которой государственные медицинские организации в России аккумулируют средства из трёх основных источников [37]:

- Фонды обязательного медицинского страхования (ОМС) — около **40%** общего финансирования
- Частные средства населения (**платные услуги**) — около **35%**.
- Бюджеты разных уровней — около **25%**

Поступления из системы ОМС и частные платежи распределяются по тарифным рыночным механизмам (FFS, DRG, Capitation), в результате чего примерно 75% всех финансовых потоков в отечественном здравоохранении напрямую зависят от объёма оказанных услуг. Данный показатель был бы еще выше, если бы не существование узкопрофильных учреждений (например, центров СПИДа, бюро судмедэкспертизы, противотуберкулезных и психиатрических стационаров), финансируемых исключительно по бюджетному нормативу. Таким образом, для большинства медицинских организаций, работающих в системе ОМС и на рынке платных услуг, доминирующей остается зависимость от объёмов оказания медицинской помощи. В то же время эти отношения не являются полностью

рыночными в классическом понимании, поскольку в системе отсутствуют механизмы реальной конкуренции [38]. Как следствие, не функционируют ключевые рыночные механизмы, которые в обычных условиях сдерживают рост тарифов.

Ключевой проблемой данной квазирыночной модели является также фундаментальная асимметрия информации между поставщиком и потребителем медицинских услуг. Пациент, как потребитель, в силу специфики отрасли, как правило, не обладает достаточными знаниями для самостоятельного определения необходимого объёма и качества медицинской помощи. Врач или медицинская организация, выступающие в роли «продавца», напротив, не только определяют потребность, но и формируют предложение. Это создаёт риски возникновения конфликта интересов, выражающегося в возможности навязывания избыточных услуг под видом необходимых.

Распределение **моделей оплаты** варьируется в зависимости от типа медицинской организации и характера оказываемой помощи:

- **Поликлиники (первичное звено):** комбинация подушевого финансирования (capitation) и оплаты за посещение (FFS).
- **Стационары:** оплата по клинико-статистическим группам (КСГ) — российская адаптация системы DRG.
- **Стоматология и диагностика (МРТ, КТ, УЗИ, лаборатории):** преимущественно оплата за услугу (FFS) в рамках территориальной программы ОМС.
- **Частные клиники и ДМС:** доминирующая модель — Fee-for-Service (FFS).

Реальная система значительно сложнее этого схематичного описания. Её многокомпонентная структура включает: 1) подушевой норматив, дифференцированный с учётом пола, возраста и социальных характеристик прикреплённого населения; 2) оплату отдельных диагностических услуг и посещений по принципу FFS; 3) оплату законченных случаев лечения в дневных стационарах на основе КСГ; 4) систему стимулирующих выплат (KPI), интегрированную в эффективный контракт; 5) разветвлённую архитектуру тарифных соглашений и федеративно-региональных коэффициентов; 6) административную надстройку, включающую страховые медицинские организации и элементы фондодержания.

Эта избыточная сложность и внутренняя противоречивость заложенных стимулов — между экономией, наращиванием объёмов и отчётностью — порождают системные дисфункции и требуют не косметических корректировок, а пересмотра самих оснований финансовой модели.

Что касается внедрения системы **оплаты за результат (VBP / P4P)**: несмотря на логичную привлекательность этой идеи, она до сих пор не принесла прорывных успехов. Основная

причина кроется в методологической сложности: измеримые показатели часто подменяют истинную цель — здоровье пациента.

Рассмотрим в качестве примера проект «Бережливая поликлиника», реализуемый с 2016 года. К «результатам» в нём относят отсутствие очередей, удобство записи, комфортную среду для пациентов и персонала, а также оптимизацию маршрутизации и работы кабинетов. Однако все эти факторы, безусловно важные, не оказывают прямого влияния на здоровье пациентов. Они скорее создают улучшенные условия для оказания медицинской помощи, что может лишь косвенно способствовать достижению значимых для пациента исходов.

Соблюдение протоколов лечения и клинических рекомендаций также нельзя считать результатом в прямом смысле — это, прежде всего, контроль за процессом оказания помощи, а не фиксация клинического исхода. Безусловно, такая практика коррелирует с качеством лечения, но сама по себе не является конечной целью.

Аналогично, показатели по охвату диспансеризацией или вакцинацией отражают выполнение плановых количественных заданий, то есть также относятся к контролю процесса, а не к измерению результата для здоровья.

Даже такие, казалось бы, объективные показатели, как количество осложнений, повторных госпитализаций или уровень контроля хронических заболеваний, нередко подвержены искажениям — в виде приписок, манипуляций со статистикой или сокрытия данных. Поэтому строить систему финансового стимулирования исключительно на их основе представляется нецелесообразным и рискованным.

3. Как оплата за объёмы разрушает медицину

Практически все современные системы здравоохранения (за исключением полностью бюджетных) основаны на оплате «за объёмы» — будь то плата за услугу (FFS), диагностические группы (DRG) или подушевое финансирование (Capitation).

Поскольку доход медицинских организаций напрямую зависит от объёмов оказанной помощи, возникает стимул наращивать эти объёмы любыми способами:

- за счёт увеличения количества реально оказанных услуг;
- за счёт избыточных и ненужных вмешательств;
- за счёт приписок;
- за счёт искажения диагнозов и т. д.

Как отметил директор Института развития общественного здравоохранения Юрий Крестинский: «В системе мотивации врачей, как в развитых экономиках, так и в РФ,

значительное место занимают схемы именно финансовой мотивации при назначении того или иного лечения».¹

3.1. Примеры, иллюстрирующие приписки и фальсификации

Проблема недобросовестных практик и прямых фальсификаций в здравоохранении носит глобальный характер и фиксируется в различных системах здравоохранения.

Нерациональные расходы. Согласно отчету ОЭСР, около 20% всех расходов на здравоохранение в странах с развитой экономикой являются нерациональными. Это связано с нарушениями добросовестности, включая необоснованные медицинские вмешательства, избыточную диагностику, приписки, мошенничество при выставлении счетов и коррупцию при закупках [39].

Манипуляции с диагнозами. В Европе до 15% случаев диагнозов «подгоняются» под более дорогостоящие DRG-группы для увеличения оплаты [40].

Фиктивные вызовы скорой помощи. В службе скорой медицинской помощи зафиксировано до 17% фиктивных вызовов, которые совершаются для выполнения плановых показателей по тарифу за вызов.²

Влияние модели оплаты на статистику. Исследования демонстрируют, что при FFS и DRG-моделях финансирования частота регистрации послеоперационных осложнений варьируется в зависимости от финансовых стимулов, что указывает на манипуляцию данными [41].

Фальсификация отчетности и записей. Широко распространены случаи, когда в отчетности фиксируются медицинские услуги, фактически не оказанные пациенту. Например:

- отметки о пройденной диспансеризации;
- фиктивные посещения поликлиники;
- записи о проведенной вакцинации;
- запись на прием «мертвых душ» с целью выполнения плана по посещаемости.

Подобные действия не только искажают медицинскую статистику, но и создают «искусственные очереди», лишая реальных пациентов своевременного доступа к помощи.³

3.2. Селекция пациентов

¹ <https://ren.tv/news/v-mire/36689-eksperty-rasskazali-zachem-vрачи-staviat-lozhnye-diagnozy?ysclid=mg4xnepz7540695526> (Дата обращения 07.09.2025)

² <https://medrussia.org/30350-skoraya-pomoshh-htobi-vipolnit-plan-z/> (Дата обращения 07.09.2025)

³ <https://iz.ru/1742239/sergei-gurianov/pokazatelnye-funktcii-zachem-vрачи-pripisyvaiut-patciendam-dispanserizaciiu> (Дата обращения 07.09.2025)

Клиники уклоняются от сложных и затратных случаев. Предпочтение отдается "выгодным" пациентам (малозатратным, но с «дорогим» диагнозом) [42].

3.3. Манипуляции с отчетностью

Проблема проявляется в двух основных формах:

- Прямые приписки услуг. Фиксируются массовые случаи внесения неоказанных медицинских услуг в амбулаторные карты для выполнения плановых показателей⁴.
- Системное искажение данных. Под давлением администрации в медицинских организациях формируется «культура обмана», при которой врачи вынуждены «подгонять» статистическую отчетность для демонстрации требуемых результатов⁵.

Общественное мнение также отражает серьезность этой проблемы: по данным соцопроса, сфера здравоохранения воспринимается как одна из самых коррумпированных, что во многом связано с подобными манипуляциями⁶.

3.4. Кейсы причинения вреда пациентам, связанные с экономическими стимулами

Некорректное влияние финансовых механизмов в здравоохранении может приводить к прямым или косвенным негативным последствиям для пациентов. Среди таких кейсов можно выделить:

- **Выбор метода лечения на основе экономической выгоды.** В некоторых случаях способ оперативного вмешательства выбирается исходя из его экономической эффективности для медицинского учреждения, а не из принципа максимальной пользы и безопасности для пациента [43]. Это ставит под угрозу качество лечения и может привести к ухудшению здоровья.
- **Необоснованное назначение лекарств.** В онкологии выбор химиотерапевтических препаратов иногда определяется не медицинской эффективностью, а меркантильными интересами врачей, связанными с выплатами от фармацевтических компаний [44].
- **Избыточные хирургические вмешательства.** Некоторые исследования, разборы случаев и экспертные заключения свидетельствуют о выполнении операций без должных медицинских показаний. [45-47].
- **Установка «коммерческого» диагноза.** Данная практика предполагает умышленную постановку неверного предварительного диагноза с целью

⁴ <https://rg.ru/2020/01/15/reg-cfo/pochemu-polikliniki-pripisyvaiut-lishnie-uslugi-pacientam.html> (Дата обращения 07.09.2025)

⁵ <https://iz.ru/1519059/veronika-kulakova/tochnyi-proschet-meditsinskikh-chinovnikov-nakazhut-zanarisovannuiu-statistiku> (Дата обращения 07.09.2025)

⁶ <https://inkazan.ru/news/2023-11-15/tatarstantsy-schitayut-cto-sfera-zdravoohraneniya-samaya-korrumpirovannaya-3100033> (Дата обращения 07.09.2025)

проведения длительного, необоснованного и дорогостоящего обследования и лечения. Основной ущерб здесь — финансовый (неоправданные расходы пациента), но также сохраняются риски ятрогенных осложнений от ненужных медицинских манипуляций.⁷

3.5. Экономический ущерб

При оплате по модели FFS финансовые потери в результате оказания избыточного объёма или ненужных услуг несёт плательщик. При использовании подушевой оплаты (Capitation) или оплаты по DRG финансовые риски смещаются в сторону медицинской организации. Чтобы избежать убытков, исполнитель может начать необоснованно экономить, сокращая объём необходимых обследований или назначая более дешёвые, но, возможно, менее эффективные лекарства. Таким образом, при любой из этих моделей оплаты в конечном счёте может пострадать пациент (потребитель), либо получая излишнюю, либо недостаточную медицинскую помощь [48].

Рост бюрократической нагрузки: в исследовании Смирновой В.И. указывается, что значительную часть времени врачи тратят на страховую отчетность, до 30% бюджета медучреждений расходуется на документооборот [49].

3.6. Кризис доверия к врачам со стороны пациентов

Подрыв авторитета медицинских работников.

Пациенты сомневаются в объективности медицинских назначений, по данным опроса ВЦИОМ, почти половина россиян считают, что врачи «вытягивают деньги»⁸.

3.7. Кризис доверия к врачам со стороны государства

Система штрафов и судебных преследований врачей, введенные государством, в сочетании с рыночными механизмами FFS (оплата за услугу) и DRG (оплата за случай) усиливают риски и для пациентов, и для медиков. При FFS — избыточные назначения, при DRG — экономия на обследованиях. Попытки контролировать эти риски и управлять лечебно-диагностическим процессом путем внедрения стандартов и клинических рекомендаций оказываются недостаточно эффективными.

Выявление связи между неблагоприятным исходом лечения и избыточными назначениями или недостаточными обследованиями расцениваются или как растрата средств, или как

⁷ <https://dentalmagazine.ru/pravo/ponjatie-o-kommercheskom-diagnoze.html?ysclid=mgb0r03r8a339184504> (Дата обращения 07.09.2025)

⁸ <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/medicina-dlja-vsekh-monitoring?ysclid=mggo15rrk1678563360> (Дата обращения 07.09.2025)

халатность. Врач становится "крайним" в системе, где риски созданы экономическими стимулами.

Пока врач думает о тарифе (FFS) или экономии (DRG), он не думает о пациенте. А когда случается беда — система наказывает его за то, чему сама способствовала. Таким образом, врач постоянно работает в условиях профессионально-этического конфликта: приходится выбирать между «помочь» и «заработать». Конфликт интересов усугубляется давлением администрации [50].

Как с этими вызовами справляются в успешных системах здравоохранения?

4. Пример успешной системы здравоохранения: Сингапур

Система здравоохранения Сингапура признаётся одной из самых эффективных в мире [51]. Пройдя путь от бесплатной медицины по британской модели, она трансформировалась в уникальную гибридную систему.

Ключевые особенности:

- **Отказ от DRG в пользу глобального бюджетирования.** В отличие от распространённой модели диагностически связанных групп (DRG), Сингапур использует глобальное бюджетирование с элементами оплаты по результатам (Value-Based Payment, VBP). Государственные больничные кластеры (например, SingHealth) получают фиксированные бюджеты, что способствует финансовой стабильности и эффективности.
- **Ограниченное применение FFS.** Оплата за услугу (FFS) применяется выборочно — преимущественно в частном секторе и в качестве доплаты (соплатежей) пациентов в государственном секторе. Этот механизм контролируется жёсткими лимитами, например, через личные накопительные счета MediSave (максимум S\$5 000 в год на амбулаторную помощь).

Причины эффективности:

- **Сбалансированная модель финансирования.** Гибридная модель с доминированием нормативного бюджетирования демонстрирует более высокую эффективность по сравнению с чисто рыночными системами, не жертвуя качеством.
- **Сдерживание спроса через соплатежи.** Система соплатежей предотвращает рост необоснованного спроса на медицинские услуги [52].
- **Парадигма «здоровье как результат».** В основе современных преобразований лежит смена парадигмы: от рассмотрения «здоровья как продукта» (что воплощено в модели DRG) к пониманию «здоровья как результата». Это находит практическое

выражение во внедрении VBP — оплаты за ценность, где финансирование привязано к улучшению показателей здоровья пациента (например, по снижению реадмиссий. Данный подход апробируется в пилотных проектах).

- **Контроль над FFS.** Для сдерживания расходов при использовании FFS действуют дополнительные механизмы:
 - Централизованный аудит: использование искусственного интеллекта для анализа закупок и тарифов с целью выявления манипуляций.
 - Этические комитеты: внутренние комитеты в медицинских организациях оценивают целесообразность назначений.

Распространение FFS по секторам:

Сектор	Доля FFS	Примеры применения
Частные клиники	70–80%	Стоматология, МРТ, пластическая хирургия
Государственные больницы	15–30%	Платные палаты классов А/В1, некоторые диагностические процедуры
ДМС	90–95%	Полное покрытие коммерческих услуг

Вывод: таким образом, на примере одной из наиболее эффективных современных систем здравоохранения видно, что в ней преобладает бюджетное нормативное финансирование, а роль рыночных механизмов строго ограничена: модель DRG отсутствует, а FFS жёстко контролируется. Оплата за результат (VBP) внедряется постепенно, в рамках пилотных проектов.

Обсуждение

5. Поиск оптимальной модели

5.1. Потрясения изменяют общество

Потрясения служат катализатором изменений в обществе. Его развитие во многом определяется диалектическим взаимодействием двух эволюционно сформированных факторов: биологического, выражающегося в стремлении к выживанию, репродукции и доминированию, и социального, основанного на альтруизме, кооперации и справедливости. Эти силы находятся в постоянном противоречии: биологическое начало

обостряет конкуренцию и неравенство, тогда как социальное — смягчает противоречия и обеспечивает прогресс.

Исторический путь общества — это не линейное восхождение к идеалу, а волнообразное или, если угодно, спиралевидное движение, сочетающее прогресс и регресс. В его рамках человечество постепенно эволюционирует от биологических импульсов к гуманитарным ценностям, от стремления к доминированию — к нормам справедливости. При этом сфера помощи ближнему, в частности медицина, изначально была основана на гуманитарных принципах, поскольку сострадание и альтруизм лежат в самой её природе. В разных общественных формациях медицине удавалось сохранять эту направленность, что особенно ярко проявилось в эпоху СССР, достижения которой в этой области были впечатляющими.

Распад Советского Союза и переход к рыночной экономике ознаменовали собой поворот в сторону доминирования биологического фактора, что привело к эрозии общечеловеческих ценностей, росту социальной напряжённости и межгосударственным конфликтам.

Этот сдвиг затронул и медицину, как никогда ранее. Под давлением новых экономических тенденций, когда общая идеология, а также прямое принуждение медиков к постоянному учёту прибылей и убытков в рамках моделей FFS/DRG, привели к фундаментальной перестройке профессионального сознания. В среде медицинских работников стали доминировать биологические импульсы к личной выгоде и обогащению. В результате стремление к извлечению прибыли превратилось в мощную движущую силу, подменяющую собой профессиональную мотивацию, подрывая тем самым гуманитарные идеалы, лежавшие в основе медицинской деятельности.

Это породило тревожные тенденции: рост количества избыточных услуг, ненужных исследований и даже операций, распространение приписок и селекцию «выгодных» пациентов.

Оплата за объёмы приводит к фрагментации лечебного процесса на отдельные услуги. В этих условиях интегрированный подход, нацеленный на лечение пациента как целостной личности, а не просто на борьбу с болезнями, утрачивает своё значение. Это системная проблема, ведь именно пациенто-ориентированность лежит в основе достижения наилучших результатов.

Следствия этой болезни здравоохранения — приписки, искажения, вред пациентам, судебные тяжбы и колоссальные экономические издержки — широко освещаются в общественных СМИ.

При этом академическая наука зачастую сосредоточена на изучении источников финансирования, способов сбора и аккумулирования финансовых средств, на изучении

финансовых потоков и порядка их администрирования, на расчетах объемов гарантированной помощи населению...

Однако критически важному вопросу — почему врачи вынуждены заниматься подсчётом прибылей и убытков и как это разрушает гуманитарную сущность медицины — в научной литературе уделяется незаслуженно мало внимания.

Противоречие между логикой FFS/DRG и гуманистической миссией медицины остаётся нераспознанным, хотя именно оно является коренной причиной многих системных проблем.

Спустя три десятилетия, перед лицом внешних угроз — таких как расцветающая русофобия и неонацизм, на которые ответом стала специальная военная операция, — российское общество начало консолидироваться. Началось возрождение коллективных ценностей и идеологии человеколюбия, что знаменует собой новый этап усиления социального, альтруистического начала в противовес эгоистическому.

Ощущается необходимость смены господствующей социальной парадигмы. Генетика накопительства и рыночная логика не могут оставаться доминирующими принципами в обновляющемся обществе. Приоритет должны получать социально ориентированные и альтруистические модели поведения - те самые, что характеризуют зрелую человеческую цивилизацию. Чувство человеческой общности не должно замыкаться в узком кругу родственных связей. Оно естественным образом должно распространяться на все общество.

Однако построение альтруистической модели общества представляет собой исключительно сложную и долгосрочную задачу. Подобная трансформация требует:

- коренного изменения социальных институтов;
- перестройки глубинных поведенческих паттернов;
- преодоления методологической проблемы управления столь масштабными процессами.

На сегодняшний день ставить такую задачу нереалистично. Другое дело медицина.

5.2. Медицина как модель для гуманизации общества

В России в профессию врача традиционно шли люди особого склада, с врождённой склонностью к альтруизму и способностью к самоотверженному труду. Ими двигала не меркантильность, а внутренняя мотивация. По меткому замечанию А.П. Чехова «профессия врача — это подвиг, она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов». Рыночные подходы к финансированию вынуждают современных медиков думать о «хлебе насущном», зачастую ставя материальные факторы выше нравственных императивов.

Медицина по своей сути не может и не должна измеряться исключительно рыночными категориями. Врачевание — это прежде всего служение, а не услуга. И потому наша общая задача — вернуть этой благородной профессии её изначальный, гуманистический смысл. Сфера медицинской помощи, обладающая альтруистической природой, способна стать моделью и отправной точкой для преобразования общества. Именно в ней можно отработать принципы социального взаимодействия, которые в перспективе могут быть масштабированы и на другие сферы жизни.

Перед нами выбор:

Сделать основой медицины альтруизм и гуманизм, ведь её изначальная цель — помощь людям. Этот путь укрепляет морально-этические основы профессии, повышает добросовестность врачей и противопоставляет человеческие ценности сугубо рыночным подходам, ведущим к коммерциализации лечения и конфликту интересов

или

Остаться в рамках рыночных гибридных моделей финансирования, пытаюсь обуздать нами же разожжённые инстинкты накопительства — и бесконечно бороться с приписками, искажениями и обманом.

Для России, с её традиционным приоритетом духовного над материальным и особым морально-этическим укладом, **очевиден выбор в пользу гуманизации медицины.**

Что для этого нужно?

Бюджетные модели (СССР, Куба, NHS) и гибридные модели со значительными ограничениями оплаты за объёмы (Сингапур) доказали: при адекватном финансировании они свободны от пороков биологизации поведения и фрагментации медицинской практики.

5.3. Ключевые шаги по преобразованию системы

5.3.1. Отказ от оплаты за объёмы (FFS, DRG), искажающие мотивацию медиков. (Вызывают дисфункции, приписки, селекцию, вред пациентам).

5.3.2. Ликвидация страховых посредников, деятельность которых приводит к увеличению бюрократической нагрузки и неоправданному расходованию средств бюджета здравоохранения. (Рост бюрократической нагрузки, материальными затратами)

5.3.3. Переход к глобальному бюджетному финансированию как базовой модели финансирования регионов и кластеров с жёстким контролем и привязкой к реальным

потребностям (централизованное планирование). Объем средств распределяется между территориями и учреждениями на основе нормативов, учитывающих комплекс демографических, медико-социальных, экономических и инфраструктурных факторов. (Обосновывается успехом системой Семашко в ведомственных учреждениях СССР, системами Сингапура, Кубы).

5.3.4. Введение системы небольших платежей за посещение в качестве меры по сдерживанию необоснованного спроса на медицинскую помощь (аналог практики соплатежей, применяемой в ряде стран, например, Сингапура).

5.3.5. Переориентация методологии VBR с контроля процессов оказания помощи на оценку результатов. основополагающим принципом должен стать переход от финансирования медицинских процессов к оплате результатов на двух основных уровнях – индивидуальном (пациентском) и популяционном:

- Оценка результата на индивидуальном уровне. Ключевым критерием здесь должны стать субъективные, но стандартизированные показатели, оцениваемые самим пациентом: **а)** удовлетворенность качеством полученной медицинской помощи, взаимодействием с персоналом (врачами, медсёстрами) и условиями в медицинской организации; **б)** удовлетворенность качеством жизни, связанным со здоровьем – оценкой влияния лечения и состояния здоровья на повседневное функционирование и благополучие пациента.

Для обеспечения объективности сбор этих данных должен быть вынесен за пределы медицинских организаций. Эту функцию целесообразно поручить независимым структурам (например, специальным подразделениям социальных служб или специализированным агентствам), что позволит минимизировать влияние «исполнителя» на оценку.

Оценка результата на индивидуальном уровне должна является ключевым индикатором и проводиться в обязательном порядке в соответствии с установленными регламентами по срокам и количественным параметрам.

- Оценка результата на популяционном уровне. На этом уровне результат измеряется агрегированными показателями общественного здоровья, такими как:
 - медико-демографические показатели (смертность, в том числе предотвратимая; ожидаемая продолжительность здоровой жизни; рождаемость);
 - заболеваемость (общая и по основным классам болезней);
 - показатели инвалидности;
 - данные о физическом развитии населения.

Важно понимать, что эти индикаторы инерционны и находятся под влиянием широкого спектра социально-экономических, а не только медицинских факторов. Их прямая привязка к операционному финансированию организаций здравоохранения затруднительна.

Возможный механизм влияния: данные показатели могут служить основой для системы рейтингования медицинских организаций или территориальных систем здравоохранения, что, в свою очередь, может косвенно влиять на бюджетное планирование и распределение ресурсов (например, через повышающие коэффициенты). Ключевой принцип: такие финансовые корректировки не должны приобретать характер продолжительных, регулярных и гарантированных доплат, иначе их стимулирующий эффект нивелируется.

Учёт косвенных индикаторов: в качестве дополнительных маркеров результативности системы можно рассматривать косвенные индикаторы, отражающие успешность профилактической работы:

- приверженность населения программам диспансеризации и вакцинопрофилактики;
- распространённость практик здорового образа жизни.

Эти данные помогают оценить, насколько эффективно система формирует ответственность за здоровье и предотвращает заболевания.

Для наглядности приведем сравнительную характеристику существующей системы финансирования здравоохранения РФ и предлагаемой модели.

В существующей системе: FFS и DRG — основа финансирования, а бюджет выступает в роли «довеска».

В предлагаемой модели создается не «гибрид», а принципиально иная архитектура:

- Бюджет — основа финансирования, а не один из второстепенных источников.
- FFS и DRG — исключены из государственного сектора.
- VBP — не элемент тарифа, а надстройка над стабильным бюджетом. В виде системы бюджетных надбавок.
- Символические платежи за посещение — инструмент регуляции поведения пациентов, а не способ дополнительного заработка.

Это не эволюционное усовершенствование, а смена парадигмы.

Таблица 1. Сравнение существующей в РФ модели и предлагаемой модели.

Критерий	Существующая модель (РФ)	Предлагаемая модель
База финансирования	Гибрид: ОМС (FFS/DRG/Capitation) + платные услуги + бюджет	Глобальный бюджет (нормативное финансирование) как единственная базовая статья дохода
Роль FFS/DRG	Доминирующая (≈75% доходов)	Полный отказ от FFS и DRG в государственном секторе
Роль VBP	Пилотные проекты, подмена результата процессом	Система бюджетных надбавок за реальные, отсроченные исходы, измеряемые независимо
Стимулы	Наращивание объёмов / экономия на качестве	Качество жизни, удовлетворённость, популяционное здоровье
Сдерживание спроса	Формально — отсутствует	Символические платежи за посещение (аналог Сингапура)
Страховые посредники	Присутствуют (СМО)	Ликвидация

5.3.6. Повышение престижа и статуса медицинских работников.

Материальная и социальная поддержка:

- достойное денежное вознаграждение: неукоснительное выполнение майских указов (зарплата на уровне 200% от средней по региону);
- прозрачная система надбавок за результаты труда;
- поддержка в обеспечении жильем: развитие программ льготной ипотеки и субсидий для медицинских работников, особенно в сельской местности и моногородах.

Улучшение условий труда:

- оснащение рабочих мест современным оборудованием и цифровыми системами;
- оптимизация режима труда и отдыха для предотвращения профессионального выгорания.

5.3.7. Формирование новой профессиональной культуры.

Государственное и публичное признание:

- учреждение престижных государственных и региональных наград, званий и ежегодных премий (по аналогии с японской системой, где врач — уважаемый член общества);
- продвижение в СМИ позитивных образов и реальных историй врачей (возрождение культа врача-героя, как в СССР).

Нематериальные стимулы и развитие:

- карьерный рост через систему наставничества (mentorship), где опытные специалисты курируют молодых (модель британской NHS);
- предоставление льготных путевок, доступа к научным стажировкам и конференциям.

Развитие этических принципов и мягких навыков (soft skills):

- обновление «Клятвы врача» — превращение ее из формальности в ежегодное публичное обязательство перед коллегами и пациентами (опыт Канады);
- внедрение в систему непрерывного медицинского образования (НМО) обязательных тренингов по коммуникации и эмпатии (как в Швеции, где на soft skills отводится до 20% обучения);
- создание этических комитетов в медучреждениях для консультативной помощи в сложных случаях, а не для карательных функций (модель Германии);
- внедрение платформы с кейс-стади для отработки этических дилемм.

5.3.8. Поддержка профессиональных сообществ и забота о здоровье медиков.

Усиление роли профессиональных ассоциаций: наделение врачебных ассоциаций реальными полномочиями в вопросах разработки стандартов, сертификации и этики (модель Швейцарии).

Развитие корпоративной культуры: формирование традиций, укрепляющих профессиональный дух: дни памяти врачей-новаторов, корпоративные церемонии (как в японских клиниках).

Система психологической помощи: внедрение обязательных супервизий и программ профилактики эмоционального выгорания (опыт Израиля). Это ключевой ресурс для сохранения мотивированного и способного к сопереживанию специалиста.

5.3.9. Прозрачность и репутация.

Внедрение системы цифровой репутации: создание платформы с открытыми отзывами пациентов и экспертной оценкой коллег (по типу IWantGreatCare), но без создания «рейтинговой гонки», что позволит сформировать объективный и многогранный образ специалиста.

Предложенный комплекс мер по реформированию здравоохранения направлен на глубокую трансформацию трудовой мотивации. Эта трансформация основана на переходе от рыночной модели к модели служения и на целенаправленном формировании новой социально-культурной и альтруистической профессиональной среды.

5.4. Дополнительные меры

Параллельно с этими фундаментальными изменениями реформа должна решать ряд критически важных организационных и технологических задач, таких как:

- цифровизация и внедрение ИИ: автоматизация рутинного контроля, внедрение консультативных диагностических систем, создание прозрачных механизмов оценки новых технологий;
- рациональное планирование ресурсов: размещение оборудования и кадров исходя из потребностей пациентов;
- развитие мобильных выездных бригад и телемедицины для повышения доступности помощи;
- поддержка медицины в сельских и отдалённых районах через налоговые льготы, компенсации затрат и другие стимулы;
- смещение акцента на профилактику: реализация эффективных программ вакцинации и диспансеризации, нацеленных на формирование ответственности, а не на формальное выполнение планов.

Детальное рассмотрение этих практических вопросов выходит за рамки данной статьи, фокусирующейся на ценностных и мотивационных основах реформы.

Заключение

Ключевая проблема заключается в том, что существующие в медицине доминирующие финансовые модели (FFS, DRG) не поддерживают гуманистическую миссию, но активируют и поощряют противоположные, индивидуалистические и меркантильные мотивы, вступая в антагонизм с природой врачевания.

В противоположность этому при бюджетной модели обеспечивается стабильность и снимается стимул к накрутке объемов. Внутри этой модели необходимо внедрять дополнительные бюджетные надбавки за результаты, измеряемые на индивидуальном (пациентском) уровне, на популяционном уровне и за дополнительные косвенные индикаторы здоровья.

Сдерживание необоснованного спроса можно обеспечить системой небольших платежей за посещения.

В соответствии с тезисом К. Маркса о том, что «бытие определяет сознание», построение системы, поощряющей служение, а не извлечение прибыли, способно вернуть медицине её высший смысл и изменить общественное восприятие профессии врача.

Здоровье является не товаром, а фундаментальным правом человека. Реализация этого права требует отказа от рыночных догм в пользу общественного договора, в рамках которого медицина становится инструментом гуманизации, а не обогащения.

Инвестируя в повышение статуса врача, общество инвестирует в собственное здоровье и благополучие. Данная трансформация представляет собой не просто отраслевую реформу, но прагматичный выбор в пользу финансовой модели, которая институционально поддерживает гуманистическую миссию медицины через стабильное бюджетирование и целевые стимулы за результат.

Медицина — это зеркало социума. Если в ней доминирует «биология наживы», общество можно считать больным. Если же в её основе лежит альтруизм — такое общество жизнеспособно и имеет здоровое будущее.

Список литературы

1. Райт Р. Моральное животное. Москва: АСТ, Neoclassic; 2020. 510 с.
2. Trivers RL. The evolution of reciprocal altruism. *Q Rev Biol.* 1971;46(1):35-57. doi: 10.1086/406755.
3. Hamilton WD. The genetical evolution of social behaviour. *J Theor Biol.* 1964;7(1):1-52. doi: 10.1016/0022-5193(64)90038-4.
4. Эфроимсон ВП. Педагогическая генетика. Родословная альтруизма. Москва: Экология и жизнь; 2011. 400 с.
5. Walum H, Westberg L, Henningsson S, et al. Genetic variation in the vasopressin receptor 1a gene (AVPR1A) associates with pair-bonding behavior in humans. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2008;105(37):14153-14156. doi: 10.1073/pnas.0803081105.
6. Кропоткин ПА. Взаимопомощь как фактор эволюции. Москва: Ред. журн. «Самообразование»; 2011. 251 с.
7. Кропоткин ПА. Этика: Происхождение и развитие нравственности. Т. 1. Петроград; Москва: Голос труда; 1922. 342 с.
8. Wilson DS, Sober E. Reintroducing group selection to the human behavioral sciences. *Behav Brain Sci.* 1994;17(4):585-608. doi: 10.1017/S0140525X00036104.
9. Putnam RD. The prosperous community: Social capital and public life. *Am Prospect.* 1993;4(13):35-42.
10. Fukuyama F. Trust: the social virtues and the creation of prosperity. New York: Free Press; 1995. 457 p.
11. Ostrom E. Governing the commons: the evolution of institutions for collective action. Cambridge: Cambridge University Press; 1990. 280 p.
12. Golding W. Lord of the Flies. London: Faber and Faber; 1954. 248 p.
13. Dunbar RIM. The anatomy of friendship. *Trends Cogn Sci.* 2018;22(1):32-51.
14. Dunbar RIM. Coevolution of neocortical size, group size and language in humans. *Behav Brain Sci.* 1993;16(4):681-735. doi: 10.1017/S0140525X00032325.
15. Dunbar RIM. Grooming, Gossip and the Evolution of Language. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1998. 230 p.

16. Маркс К. Капитал. Критика политической экономии. Т. 1. Москва: Эксмо; 2021. 1200 с.
17. Маркс К. Критика Готской программы. В кн.: Маркс К., Энгельс Ф. Соч.: в 50 т. Т. 19. 2-е изд. Москва: Госполитиздат; 1952. С. 9-32.
18. Ленин В.И. Империализм как высшая стадия капитализма. В кн.: Полн. собр. соч.: в 55 т. Т. 27. 5-е изд. Москва: Политиздат; 1969. С. 299-426.
19. Маркс К, Энгельс Ф. Манифест Коммунистической партии. В кн.: Соч.: в 50 т. Т. 4. 2-е изд. Москва: Госполитиздат; 1955. С. 419-459.
20. Ханин Г.И. Динамика экономического развития СССР. Новосибирск: Наука; 1991. 180 с.
21. Левада Ю.А. Человек приспособленный. *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены*. 1999;5:7-17.
22. Гудков Л.Д. Негативная идентичность: Статьи 1997-2002 годов. Москва: Новое литературное обозрение; 2004. 816 с.
23. Kahneman D, Tversky A. Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*. 1979;47(2):263-291. doi: 10.2307/1914185.
24. Сакс Д. Цена цивилизации. Пер. с англ. Москва: Издательство Института Гайдара; 2012. 349 с.
25. Лобазова О.Ф. Актуализация православного аскетизма в условиях кризиса экологии и морали. *Международный научно-исследовательский журнал*. 2021;1(103):141-144.
26. Корсакова СВ, Корсакова ВЕ. Коммерциализация медицины и её влияние на этику врача. *Научное обозрение. Медицинские науки*. 2022;6:18-22. doi: 10.17513/srms.1296.
27. Веселовский Б.Б. История земства за сорок лет: в 4 т. Т. 3. Санкт-Петербург: Изд-во О. Н. Поповой; 1911. 800 с.
28. Кузьмин В.Ю. Власть, общество и земская медицина (1864-1917 гг.). Самара: Самар. ун-т; 2003. 391 с.
29. Мирский М.Б. Медицина России XVI-XIX веков. Москва: Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН); 1996. 400 с.
30. Мирский М.Б. Медицина Древней Руси. Москва: Родина; 2018. 414 с.
31. Егорышева И.В. Проблема доступной медицинской помощи в дореволюционной России. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2013;4:52-56.
32. Сухарева И.А., Певзнер Д.А. Платные и бесплатные медицинские услуги: исторические параллели развития. *История медицины*. 2020;23(4):65-71.
33. Омеляновский В.В., Федяева В.К. Оценка долгосрочных изменений (сценариев) в системе здравоохранения в условиях современного технологического развития и ценностно-ориентированных подходов. Москва: РАНХиГС; 2020. 52 с.
34. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-1748. doi: 10.1001/jama.1988.03410120089033.
35. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Состояние и предложения. 2019-2024 гг. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2019. 416 с. doi: 10.33029/9704-5417-6-3-HR-2019-1-416.
36. Pupo Ochoa Y. Analysis of the national health system of Cuba. *RUDN J Econ*. 2020;28(4):737-750. doi: 10.22363/2313-2329-2020-28-4-737-750.
37. Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Калашникова А.В., Альвианская Н.В. Финансирование здравоохранения в России (2021-2024 гг.). Факты и предложения. *ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ*. 2019;5(4):4-19. doi: 10.24411/2411-8621-2019-14001.
38. Шишкин С.В. Эволюция и перспективы системы обязательного медицинского страхования в России. *Экономическая политика*. 2023;18(1):8-33. doi: 10.18288/1994-5124-2023-1-8-33.
39. OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. Paris: OECD Publishing; 2017. doi: 10.1787/9789264266414-en.
40. Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, eds. Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals. Berkshire (UK): Open University Press, McGraw-Hill Education; 2011. 458 p.

41. Eappen S, Lane BH, Rosenberg B, et al. Relationship between occurrence of surgical complications and hospital finances. *JAMA*. 2013;309(15):1599-1606. doi: 10.1001/jama.2013.2773.
42. Горина АП, Иншакова НН. Сильные и слабые стороны платной медицины. *Научный результат. Социальные и гуманитарные исследования*. 2020;6(2):105-117.
43. Мартыанов ИН. Экономические аспекты работы стационара или экономическая эффективность неэффективных методов лечения. *Менеджер здравоохранения*. 2005;1:29-32.
44. Mitchell AP, Dusetzina SB, Mishra Meza A, Bach PB. Pharmaceutical industry payments and delivery of non-recommended and low value cancer drugs: population based cohort study. *BMJ*. 2023;383:e075512. doi: 10.1136/bmj-2023-075512.
45. Jain R. «Unnecessary hysterectomies»: are India's clinics exploiting an insurance loophole for profit? *BMJ*. 2024;387:q2470. doi: 10.1136/bmj.q2470.
46. Tanne JH. Covid-19: US hospitals continued to perform unnecessary surgeries during pandemic. *BMJ*. 2022;377:o1254. doi: 10.1136/bmj.o1254.
47. Dyer O. US obstetrician who performed unnecessary surgery is sentenced to 59 years. *BMJ*. 2021;373:n1317. doi: 10.1136/bmj.n1317.
48. Emrani Z, Amiresmaili M, Daroudi R, et al. Payment systems for dialysis and their effects: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:45. doi: 10.1186/s12913-022-08974-4.
49. Смирнова ВИ. Бюрократическая нагрузка на врачей первичного звена. *Здравоохранение*. 2023;2:56-61.
50. Родин АС, Лоскутова ОЮ, Сарбашева ПА, Гришин НС. Исследование конфликта интересов в медицине по результатам опроса врачей. *ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ*. 2023;3:28-35.
51. Аксенова ЕИ, Бессчетнова ОВ. Показатели доступности и качества медицинской помощи, обеспечивающие удовлетворенность населения медицинской помощью в различных странах мира. Экспертный обзор. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»; 2021. 40 с.
52. Rosenwasser TA. Un-constitutional medicare: Poisonous fruit of the poison tree. *J Am Physicians Surg*. 2020;25(3):73-78.

Society and Medicine: Evolutionary Dynamics, Financing, and Work Motivation

Martyanov I. N.¹

PhD (Medicine), Physician;

ORCID: 0000-0002-6318-0470

¹ LLC "Center for Allergology and Immunology", 17 Pushkin St., Anapa, Krasnodar Region, 353440, Russia

Corresponding author: Igor N. Martyanov, e-mail: minizubr@yandex.ru

Funding. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The author declares no explicit or potential conflicts of interest in relation to the publication of this article.

Received: 03.06. 2026

Accepted: 31.07.2026

Abstract

Significance. Globally, there is a steady increase in healthcare expenditures accompanied by a simultaneous decline in the accessibility of medical care. A crisis of trust is escalating among patients, healthcare professionals, and administrative bodies. Insurance-based principles of healthcare organization and financing remain dominant in modern medicine. Efforts to identify strategies for reducing risks, lowering costs, improving accessibility, and restoring trust have proven ineffective. **Research Objective.** To analyze the conflict between the humanitarian mission of medicine and the economic incentives embedded in dominant "fee-for-volume" models (fee-for-service, case-based payment), and, based on this analysis, to formulate conceptual proposals for the discussion on reforming healthcare financing in Russia. **Materials and Methods.** Evolutionary-biological analysis, economic-behavioral

analysis, sociological and historical-cultural modeling, systems analysis, comparative method. **Results.** The dialectical interaction of biological instincts (competition, accumulation drive) and social norms (altruism, cooperation, justice) is one of the significant factors in the development of society and models of healthcare organization. Dominant fee-for-service payment systems enter into an antagonistic contradiction with the specific humanistic nature of medicine. The fundamental conflict between market economic mechanisms and the humanistic nature of medicine distorts the professional values of physicians and undermines trust-based relationships with patients. Budgetary models, through a system of public regulation and estimated financing, create an environment conducive to the manifestation of humanism and, given adequate resource provision, demonstrate high efficiency. **Conclusions.** A civilizational choice in favor of abandoning market dogmas in healthcare is necessary. A roadmap for key reform directions for Russia is proposed.

Keywords: evolutionary biology, biosocial determinants, healthcare financing, fee-for-volume, value-based payment, Semashko system, budget financing, Singapore, medical ethics, physician motivation, healthcare reform

References

1. Rayt R. *Moral'noe zhivotnoe* [The Moral Animal]. Moscow: AST, Neoclassic; 2020. 510 p. (In Russ.).
2. Trivers RL. The evolution of reciprocal altruism. *Q Rev Biol.* 1971;46(1):35-57. doi: 10.1086/406755.
3. Hamilton WD. The genetical evolution of social behaviour. *J Theor Biol.* 1964;7(1):1-52. doi: 10.1016/0022-5193(64)90038-4.
4. Efroimson VP. *Pedagogicheskaya genetika. Rodoslovnaya al'truizma* [Pedagogical Genetics. The Genealogy of Altruism]. Moscow: Ekologiya i zhizn'; 2011. 400 p. (In Russ.).
5. Walum H, Westberg L, Henningsson S, et al. Genetic variation in the vasopressin receptor 1a gene (AVPR1A) associates with pair-bonding behavior in humans. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2008;105(37):14153-14156. doi: 10.1073/pnas.0803081105.
6. Kropotkin PA. *Vzaimopomoshch' kak faktor evolyutsii* [Mutual Aid: A Factor of Evolution]. Moscow: Red. zhurn. «Samobrazovanie»; 2011. 251 p. (In Russ.).
7. Kropotkin PA. *Etika: Proiskhozhdenie i razvitie нравственности*. T. 1 [Ethics: Origin and Development of Morality. Vol. 1]. Petrograd; Moscow: Golos truda; 1922. 342 p. (In Russ.).
8. Wilson DS, Sober E. Reintroducing group selection to the human behavioral sciences. *Behav Brain Sci.* 1994;17(4):585-608. doi: 10.1017/S0140525X00036104.
9. Putnam RD. The prosperous community: Social capital and public life. *Am Prospect.* 1993;4(13):35-42.
10. Fukuyama F. *Trust: the social virtues and the creation of prosperity*. New York: Free Press; 1995. 457 p.
11. Ostrom E. *Governing the commons: the evolution of institutions for collective action*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990. 280 p.
12. Golding W. *Lord of the Flies*. London: Faber and Faber; 1954. 248 p.
13. Dunbar RIM. The anatomy of friendship. *Trends Cogn Sci.* 2018;22(1):32-51.
14. Dunbar RIM. Coevolution of neocortical size, group size and language in humans. *Behav Brain Sci.* 1993;16(4):681-735. doi: 10.1017/S0140525X00032325.
15. Dunbar RIM. *Grooming, Gossip and the Evolution of Language*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1998. 230 p.
16. Marks K. *Kapital. Kritika politicheskoy ekonomii*. T. 1 [Capital. Critique of Political Economy. Vol. 1]. Moscow: Eksmo; 2021. 1200 p. (In Russ.).
17. Marks K. Kritika Gotskoy programmy [Critique of the Gotha Programme]. In: Marks K, Engel's F. *Soch.: v 50 t.* T. 19. 2-e izd. Moscow: Gospolitizdat; 1952. p. 9-32. (In Russ.).

18. Lenin VI. Imperializm kak vysshaya stadiya kapitalizma [Imperialism as the Highest Stage of Capitalism]. In: *Poln. sobr. soch.*: v 55 t. T. 27. 5-e izd. Moscow: Politizdat; 1969. p. 299-426. (In Russ.).
19. Marks K, Engel's F. Manifest Kommunisticheskoy partii [Manifesto of the Communist Party]. In: *Soch.*: v 50 t. T. 4. 2-e izd. Moscow: Gospolitizdat; 1955. p. 419-459. (In Russ.).
20. Khanin GI. *Dinamika ekonomicheskogo razvitiya SSSR* [Dynamics of the Economic Development of the USSR]. Novosibirsk: Nauka; 1991. 180 p. (In Russ.).
21. Levada YuA. Chelovek prisposoblennyy [The Adapted Man]. *Monitoring obshchestvennogo mneniya: ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny*. 1999;5:7-17. (In Russ.).
22. Gudkov LD. *Negativnaya identichnost': Stat'i 1997-2002 godov* [Negative Identity: Articles 1997-2002]. Moscow: Novoe literaturnoe obozrenie; 2004. 816 p. (In Russ.).
23. Kahneman D, Tversky A. Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*. 1979;47(2):263-291. doi: 10.2307/1914185.
24. Saks D. *Tsena tsivilizatsii* [The Price of Civilization]. Transl. from Eng. Moscow: Izdatel'stvo Instituta Gaydara; 2012. 349 p. (In Russ.).
25. Lobazova OF. Aktualizatsiya pravoslavnogo asketizma v usloviyakh krizisa ekologii i morali [Actualization of Orthodox Asceticism in the Context of the Crisis of Ecology and Morality]. *Mezhdunarodnyy nauchno-issledovatel'skiy zhurnal*. 2021;1(103):141-144. (In Russ.).
26. Korsakova SV, Korsakova VE. Kommerzializatsiya meditsiny i ee vliyanie na etiku vracha [Commercialization of medicine and its impact on medical ethics]. *Nauchnoe obozrenie. Meditsinskie nauki*. 2022;6:18-22. doi: 10.17513/srms.1296. (In Russ.).
27. Veselovskiy BB. *Istoriya zemstva za sorok let: v 4 t. T. 3* [History of the Zemstvo for Forty Years: in 4 vol. Vol. 3]. St. Petersburg: Izd-vo O. N. Popovoy; 1911. 800 p. (In Russ.).
28. Kuz'min VYu. *Vlast', obshchestvo i zemskaya meditsina (1864-1917 gg.)* [Power, Society and Zemstvo Medicine (1864-1917)]. Samara: Samar. un-t; 2003. 391 p. (In Russ.).
29. Mirskiy MB. *Meditsina Rossii XVI-XIX vekov* [Medicine of Russia in the 16th-19th Centuries]. Moscow: Rossiyskaya politicheskaya entsiklopediya (ROSSPEN); 1996. 400 p. (In Russ.).
30. Mirskiy MB. *Meditsina Drevney Rusi* [Medicine of Ancient Rus]. Moscow: Rodina; 2018. 414 p. (In Russ.).
31. Egorysheva IV. Problema dostupnoy meditsinskoj pomoshchi v dorevolyutsionnoy Rossii [The problem of affordable medical care in pre-revolutionary Russia]. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2013;4:52-56. (In Russ.).
32. Sukhareva IA, Pevzner DA. Platnye i besplatnye meditsinskie uslugi: istoricheskie paralleli razvitiya [Paid and free medical services: historical parallels of development]. *Istoriya meditsiny*. 2020;23(4):65-71. (In Russ.).
33. Omel'yanovskiy VV, Fedyaeva VK. *Otsenka dolgosrochnykh izmeneniy (stsenariyev) v sisteme zdravookhraneniya v usloviyakh sovremennogo tekhnologicheskogo razvitiya i tsennostno-orientirovannykh podkhodov* [Assessment of long-term changes (scenarios) in the health care system in the context of modern technological development and value-based approaches]. Moscow: RANKhiGS; 2020. 52 p. (In Russ.).
34. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-1748. doi: 10.1001/jama.1988.03410120089033.
35. Ulumbekova GE. *Zdravookhranenie Rossii. Chto nado delat'. Sostoyanie i predlozheniya. 2019-2024 gg.* [Healthcare in Russia. What needs to be done. The situation and proposals. 2019-2024]. Moscow: GEOTAR-Media; 2019. 416 p. doi: 10.33029/9704-5417-6-3-HR-2019-1-416. (In Russ.).
36. Pupo Ochoa Y. Analysis of the national health system of Cuba. *RUDN J Econ*. 2020;28(4):737-750. doi: 10.22363/2313-2329-2020-28-4-737-750.
37. Ulumbekova GE, Ginoyan AB, Kalashnikova AV, Al'vianskaya NV. Finansirovanie zdravookhraneniya v Rossii (2021-2024 gg.). Fakty i predlozheniya [Financing of healthcare in Russia (2021-2024). Facts and proposals]. *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VShOUZ*. 2019;5(4):4-19. doi: 10.24411/2411-8621-2019-14001. (In Russ.).

38. Shishkin SV. Evolyutsiya i perspektivy sistemy obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya v Rossii [Evolution and prospects of the compulsory health insurance system in Russia]. *Ekonomicheskaya politika*. 2023;18(1):8-33. doi: 10.18288/1994-5124-2023-1-8-33. (In Russ.).
39. OECD. *Tackling Wasteful Spending on Health*. Paris: OECD Publishing; 2017. doi: 10.1787/9789264266414-en.
40. Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, eds. *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*. Berkshire (UK): Open University Press, McGraw-Hill Education; 2011. 458 p.
41. Eappen S, Lane BH, Rosenberg B, et al. Relationship between occurrence of surgical complications and hospital finances. *JAMA*. 2013;309(15):1599-1606. doi: 10.1001/jama.2013.2773.
42. Gorina AP, Inshakova NN. Sil'nye i slabye storony platnoy meditsiny [Strengths and weaknesses of paid medicine]. *Nauchnyy rezul'tat. Sotsial'nye i gumanitarnye issledovaniya*. 2020;6(2):105-117. (In Russ.).
43. Martyanov IN. Ekonomicheskie aspekty raboty statsionara ili ekonomicheskaya effektivnost' neeffektivnykh metodov lecheniya [Economic aspects of hospital work or the economic efficiency of inefficient treatments]. *Menedzher zdravookhraneniya*. 2005;1:29-32. (In Russ.).
44. Mitchell AP, Dusetzina SB, Mishra Meza A, Bach PB. Pharmaceutical industry payments and delivery of non-recommended and low value cancer drugs: population based cohort study. *BMJ*. 2023;383:e075512. doi: 10.1136/bmj-2023-075512.
45. Jain R. «Unnecessary hysterectomies»: are India's clinics exploiting an insurance loophole for profit? *BMJ*. 2024;387:q2470. doi: 10.1136/bmj.q2470.
46. Tanne JH. Covid-19: US hospitals continued to perform unnecessary surgeries during pandemic. *BMJ*. 2022;377:o1254. doi: 10.1136/bmj.o1254.
47. Dyer O. US obstetrician who performed unnecessary surgery is sentenced to 59 years. *BMJ*. 2021;373:n1317. doi: 10.1136/bmj.n1317.
48. Emrani Z, Amiresmaili M, Daroudi R, et al. Payment systems for dialysis and their effects: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:45. doi: 10.1186/s12913-022-08974-4.
49. Smirnova VI. Byurokraticheskaya nagruzka na vrachey pervichnogo zvena [Bureaucratic burden on primary care physicians]. *Zdravookhranenie*. 2023;2:56-61. (In Russ.).
50. Rodin AS, Loskutova OYu, Sarbasheva PA, Grishin NS. Issledovanie konflikta interesov v meditsine po rezul'tatam oprosa vrachey [Conflict of interest in medical practice: survey of the doctors]. *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VShOUZ*. 2023;3:28-35. (In Russ.).
51. Aksenova EI, Besschetnova OV. *Pokazateli dostupnosti i kachestva meditsinskoy pomoshchi, obespechivayushchie udovletvorennost' naseleniya meditsinskoy pomoshch'yu v razlichnykh stranakh mira. Ekspertnyy obzor* [Indicators of accessibility and quality of medical care that ensure population satisfaction with medical care in different countries of the world. Expert review]. Moscow: GBU «NII OZMM DZM»; 2021. 40 p. (In Russ.).
52. Rosenwasser TA. Un-constitutional medicare: Poisonous fruit of the poison tree. *J Am Physicians Surg*. 2020;25(3):73-78.