

Статья поступила в редакцию 27.05.2021 г.

DOI: 10.24411/2687-0053-2021-10023

Информация для цитирования:

Данцигер Д.Г., Филимонов С.Н., Андриевский Б.П., Часовников К.В. ОЦЕНКА РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ // Медицина в Кузбассе. 2021. №2. С. 55-58.

Данцигер Д.Г., Филимонов С.Н., Андриевский Б.П., Часовников К.В.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, ФГБНУ НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний, г. Новокузнецк, Россия

ОЦЕНКА РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ

Сделана попытка оценки реформирования системы охраны здоровья населения России за последние годы. Для устранения имеющихся проблем предлагаются два альтернативных подхода: первый – внедрение частных медицинских услуг, начиная с рождения человека. Однако к такому подходу не готово ни общество, ни государство. Второй подход – необходимо как можно быстрее восстановить опыт советской, в том числе военной, медицины.

Ключевые слова: общественное здоровье и здравоохранение; охрана здоровья населения**Dantsiger D.G., Filimonov S.N., Andrievsky B.P., Chasovnikov K.V.**

Novokuznetsk State Institute for Further Training of Physicians, Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases, Novokuznetsk, Russia

ASSESSMENT OF REFORMING THE HEALTH PROTECTION OF THE POPULATION OF RUSSIA IN RECENT YEARS

An attempt is made to assess the reform of the health care system of the Russian population in recent years. To eliminate the existing problems, two alternative approaches are proposed: the first is the introduction of private medical services, starting from the birth of a person. However, neither society nor the state is ready for such an approach. The second approach is to restore the experience of Soviet, including military, medicine as soon as possible.

Key words: public health and health care; protection of public health

В ходе реформирования сферы здравоохранения, когда устоявшееся понятие «лечебно-профилактическая помощь населению» стало подвергаться сомнению, особенно в связи с широким открытием медицинских организаций с негосударственной формой собственности, занимающихся преимущественно лечебными функциями, заменяя ими профилактические, встает вопрос о целесообразности разделения медицины на профилактическую и нозологическую (лечебную). Также необходимо более четкое обоснование понятия «государственной медицины» и «государственно-частного партнерства» в здравоохранении.

В конце 2019 года на заседании Государственного совета по медицине был подведен итог реформам по оптимизации здравоохранения в перестроечное время: государственная система охраны здоровья населения, так называемая «модель Н.А. Семашко», прекратила свое существование. Такое заключение прозвучало из уст министра здравоохранения России Вероники Игоревны Скворцовой, после чего она покинула свою должность, которую занимала с 2008 года.

Десяти лет хватило, чтобы ликвидировать советскую систему здравоохранения, которая была гордостью государства. Ни одна страна мира не в состоянии была сделать того, что сделал СССР. В 1978 году в Алма-Ате прошла Всесоюзная конференция по первичной медико-санитарной помощи, в

декларации которой было отмечено, что первичное звено здравоохранения в части организации поставлено в Советском Союзе наилучшим образом. Этот пример подтверждает, что была создана лучшая в мире система здравоохранения и достигнуты поразительные результаты в области общественного здоровья.

Система Н.А. Семашко, именно система (организация), а не учреждение, была призвана осуществлять лечебно-профилактическую помощь населению во все возрастные периоды:

1. От рождения (родильные дома), раннего возраста (детские ясли, дома ребенка), дошкольного возраста (детские сады и дачи) и школьного возраста (общеобразовательные школы, интернаты, пионерские лагеря).

2. В подростковом периоде, когда ставился вопрос о выборе профессии (профорientационные комиссии), в учебных заведениях (здравпункты), где осуществлялся контроль труда и быта посредством динамического наблюдения.

3. Взрослым в период работы на предприятии или в сельской местности (поликлиники, медсанчасти, амбулатории, ФАПы, ЦРБ) и во время отдыха (дома отдыха, санатории-профилактории).

4. Во время болезни (больницы, специализированные диспансеры, станции скорой медицинской помощи), в том числе в периоды утраты трудоспособности (комиссии ВКК, ВТЭК).

5. И до пенсионного возраста (пансионаты, дома престарелых и др.).

Подобного подхода к решению важнейшей медико-санитарной задачи не знало ни одно государство мира. Действительно это была система охраны здоровья населения, полностью обеспечиваемая государственным бюджетом. И у организаторов здравоохранения не стоял вопрос, как ее назвать — главное, она была бесплатной для населения. В дальнейшем ассигнования на медицину, особенно с распадом СССР, сильно сократились, и показатели общественного здоровья пошли вниз.

С 90-х годов и до сих пор, вот уже четверть века, идет реформирование всего народно-хозяйственного комплекса и общественных институтов страны. В здравоохранении единая система превратилась в набор элементов хозяйствования с индикативной основой планирования [1]. Сейчас уже даже детские ясли перешли в частные руки. А в ключевом элементе системы — «больница, или лучше сказать стационар» у руководителя — главного врача задачи появляются с того момента, как только больной переступил порог больничного заведения. Все посторонние моменты уходят во «внешнюю среду» этой системы.

Четыре предшествующих болезни акта человеческой жизни — рождение и наследственные болезни; обстановка роста и развития; гигиеническая среда, окружающая человека и его быт; условия, в которых он работает — остались вне сферы непосредственного вмешательства врачей-специалистов в медицинских организациях. Им приходится наблюдать лишь пятый, заключительный акт этой драмы, за которым рано или поздно следует неизбежный эпилог — смерть. Врач-специалист видит в больном лишь отдельную личность, пострадавшую в столкновении с внешней средой.

Сейчас оплата труда врача зависит от числа вылеченных больных. А дальше любой врач легко вычислит: чтобы больше заработать, надо чтобы было больше больных. Чем отличается сегодняшнее положение дел от довольно впечатлительного примера XVIII века? Так, жена английского посланника в Константинополе леди Монтегю начала внедрять метод, ослабляющий течение оспенного процесса, и вызвала недовольство врачей, потому что уменьшение заболеваемости и смертности от оспы приводило к значительному сокращению заработка врачей [2].

Анализируя здравоохранение как систему, и используя для этого методологию системного подхода, мы должны признать, что терапевтическая, акушерско-гинекологическая, педиатрическая и другие службы здравоохранения со всеми их специализированными подразделениями могут оказывать лишь медицинскую помощь той или иной степени полноты и своевременности на различных ее этапах — амбулаторно-поликлиническом, госпитальном и реабилитационно-восстановительном, воздействуя преимущественно на следствие, а не на причину, формирующую состояние здоровья населения.

Это положение подтверждается со всей убедительностью тем фактом, что имеющееся ежегодное вложение материальных, кадровых и финансовых ресурсов в систему здравоохранения не дает адекватных позитивных сдвигов в показателях здоровья: уровень общей заболеваемости заметно не снизился, некоторые нозологические формы ее даже возросли; показатели летальности и смертности не имеют стабильной положительной динамики; физическое и умственное состояние подрастающего поколения находится в несинхронном развитии.

В настоящее время требуется какое-то серьезное организационное воздействие. Но только не такое, когда акцент ставится на стационарный этап, его модернизацию по западному образцу, когда каждая больница должна иметь свою вертолетную площадку, что вряд ли целесообразно в наших условиях дефицита финансирования здравоохранения.

На наш взгляд, здесь требуется разделение структуры медицины на «профилактическую» и «нозологическую». Разница между профилактической и нозологической медициной обусловлена не только отличиями методологий, но, что особенно важно, конечными целями и способами их достижения.

Основной повод для этого состоит в том, что у «профилактики» и «лечения», как неотъемлемых функций медицины, совершенно разные цели. У профилактической медицины цель не допустить здоровых граждан до такой стадии, когда требуется дорогостоящая высокотехнологичная помощь. А у последней, тем более частной медицины, цель иная — пропустить через свою систему как можно больше пациентов и получить прибыль, чтобы компенсировать затраты на ее организацию.

Поэтому мы придерживаемся мнения, высказанного другими авторами [3], что существующее Министерство здравоохранения следует разделить на два ведомства. Наше предложение, в отличие от высказанного ранее мнения, имеет несколько иное содержание.

1. Ведомство для обеспечения медицинской помощью здоровых граждан (профилактическая медицина) полностью находится в ведении государственной медицины.

2. Ведомство для обеспечения лечебно-диагностической и реабилитационной помощью больных пациентов (нозологическая медицина) должно быть передано под крыло государственно-частного партнерства.

Каждое из двух ведомств должно заниматься решением своих, четко определенных задач.

Первое ведомство должно заниматься оценкой, анализом, коррекцией состояния здоровья здоровых граждан, относящихся к различным возрастным, социальным и профессиональным группам населения, а также разработкой и реализацией программ повышения резервных (адаптационных) возможностей организма человека, предупреждения срыва адаптации и развития патологического процесса (профилактическая медицина). Для этого надо восстано-

вить утраченную со временем практику профилактических осмотров как первого этапа всеобщей диспансеризации здоровых лиц и больных, находящихся в стадии стойкой компенсации патологического процесса. Это компетенция государственного бюджетного финансирования.

Второе ведомство должно заниматься организацией и контролем деятельности медицинских организаций, оказывающих населению медицинскую помощь (нозологическая медицина). Здесь должны находиться больные в субкомпенсированном и декомпенсированном состоянии здоровья. На языке «всеобщей диспансеризации» — это больные четвертой и пятой групп здоровья (по пятигрупповой системе диспансеризации). Это компетенция государственно-частного партнерства, поскольку частные клиники значительно лучше обеспечены кадрами и материально-техническими ресурсами.

При этом допускается внедрение оплачиваемых видов медицинских услуг за счет самого пациента или предприятия, где он трудится. Тогда некорректно называть такую форму обслуживания помощью. Пусть это будут услуги.

Необходимо более тщательное продумывание объединяющих контактов в рамках «Национальной медицинской палаты» (некоммерческое партнерство), созданной в 2010 году в России и состоящей из некоммерческих медицинских и иных организаций, работающих в сфере здравоохранения.

Таким образом, целесообразность разделения профилактической и нозологической медицины вполне допустима, и это приведет к более рациональному использованию ресурсов в системе здравоохранения.

Охрана здоровья населения (назовем ее в совокупности условно «профилактическая медицина») рассчитана на здоровые контингенты населения. Система здравоохранения или «нозологическая медицина» ассчитана на больных людей.

Тогда логически можно предположить, что деятельность первого направления осуществляется на государственном уровне, а второго — на уровне предпринимательства, т.е. учреждений с негосударственной формой собственности, когда все медицинские организации будут под контролем различных медицинских ассоциаций. Удачным примером в

этом отношении является действующая классификация перечня медицинских наук: 14.01. — клиническая медицина; 14.02. — профилактическая медицина.

У всех проводимых реформ есть как минимум две общие черты. Во-первых, суть всех реформ сводится к реформе не собственно отрасли (процессу перехода всех стадий развития болезни: профилактики — диагностики — лечения — реабилитации), а, прежде всего, финансирования этой отрасли. Во-вторых, одним из самых «серьезных» аргументов реформаторов является то, что «так заведено на Западе». Это, собственно, не аргумент, а некий «символ веры». Он рассчитан только на слепую веру, так как никакой серьезной критики не выдерживает.

Существует фундаментальное противоречие работы любого врача, которое в разных обществах в разное время решалось по-разному. Например, норвежская система здравоохранения пусть не уничтожила, но резко снизила материальную заинтересованность врача в своем больном пациенте. Однако она не создала материальной заинтересованности врача в здоровом пациенте. Эта заинтересованность была больше опосредованной и моральной, именно через систему профилактической медицины (модель Н.А. Семашко). И когда эта система рухнула, отечественным врачам пришлось выбирать между корпоративной этикой и реальностью «рыночных реформ». Система здравоохранения — это совсем иная система оказания медицинских услуг. Взять хотя бы вопросы эпидемиологии — ни в одну концепцию медицинских услуг они не вписываются. Это наглядно показывает нынешняя пандемия коронавируса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для устранения имеющихся проблем предлагаются два альтернативных подхода: первый — можно сразу внедрять частные медицинские услуги, начиная с рождения и даже ранее — с зачатия и далее по всем этапам развития человека. Но к такому подходу не готово ни общество, ни государство. Второй подход — необходимо как можно быстрее восстановить опыт советской, в том числе военной, медицины.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Morozova NI. Indicative planning: theoretical and practical experience of developed countries. *Management of economic systems: electronic scientific journal*. 2011; 4(28): 222-225. Russian (Морозова Н.И. Индикативное планирование: теоретический и практический опыт развитых стран //Управление экономическими системами: электронный научный журнал. 2011. № 4(28). С. 222-225.)
2. Tomilin SA. Demography and social hygiene. M.: Statistics, 1973. 311 p. Russian (Томилини С.А. Демография и социальная гигиена. М.: Статистика, 1973. 311 с.)
3. Pishchita AN, Goncharov NG. Organization of the state system of health protection of citizens of the Russian Federation in the XXI century. *Health Care Management*. 2012; 2-3(33-34): 33-40. Russian (Пищита А.Н., Гончаров Н.Г. Организация государственной системы охраны здоровья граждан Российской Федерации в XXI веке //Управление здравоохранением. 2012. № 2-3(33-34). С. 33-40.)

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Сведения об авторах:

ДАНЦИГЕР Дмитрий Григорьевич, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья, НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.

ФИЛИМОНОВ Сергей Николаевич, доктор мед. наук, профессор, директор, ФГБНУ НИИ КППГЗ, г. Новокузнецк, Россия.

E-mail: fsn42@mail.ru ORCID: 0000-0001-6816-6064

АНДРИЕВСКИЙ Борис Павлович, канд. мед. наук, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья, НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.

ЧАСОВНИКОВ Константин Викторович, канд. мед. наук, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья, НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

DANTSIGER Dmitry Grigorievich, doctor of medical sciences, professor, head of the department of organization of public health and public health, Novokuznetsk State Institute for Further Training of Physicians, Novokuznetsk, Russia.

FILIMONOV Sergey Nikolaevich, doctor of medical sciences, professor, director, Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases, Novokuznetsk, Russia.

ANDRIEVSKY Boris Pavlovich, candidate of medical sciences, docent of the department of organization of public health and public health, Novokuznetsk State Institute for Further Training of Physicians, Novokuznetsk, Russia.

CHASOVNIKOV Konstantin Viktorovich, candidate of medical sciences, docent of the department of organization of public health and public health, Novokuznetsk State Institute for Further Training of Physicians, Novokuznetsk, Russia.

Корреспонденцию адресовать: ФИЛИМОНОВ Сергей Николаевич, 654041, г. Новокузнецк, ул. Кутузова, д. 23, ФГБНУ НИИ КППГЗ.

E-mail: fsn42@mail.ru