

Статья поступила в редакцию 8.01.2025 г.

DOI: 10.24412/2687-0053-2025-1-73-76 EDN: NMUXYF

Информация для цитирования:

Данцигер Д.Г., Филимонов С.Н., Часовников К.В. ОБ ИТОГАХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ // Медицина в Кузбассе. 2025. №1. С. 73-76.

Данцигер Д.Г., Филимонов С.Н., Часовников К.В.

НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний,
г. Новокузнецк, Россия



ОБ ИТОГАХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В статье дана оценка начавшейся в 2012 году в России программы «оптимизации» здравоохранения. Эта реформа привела к серьезным последствиям: критическое снижение кадрового состава в отрасли, существенное снижение доступности медицинской помощи, увеличение показателей смертности населения, что является серьезным поводом для анализа.

Ключевые слова: общественное здоровье и здравоохранение; охрана здоровья населения; реформирование здравоохранения

Dantsiger D.G., Filimonov S.N., Chasovnikov K.V.

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

ON THE RESULTS OF THE REFORM OF DOMESTIC HEALTHCARE

The article provides an assessment of the healthcare «optimization» program that began in 2012 in Russia. This reform has led to serious consequences: a critical decline in the workforce in the industry, a significant decrease in the availability of medical care, and an increase in mortality rates, which is a serious reason for analysis.

Key words: public health and public health; public health protection; healthcare reform

С 2012 года, ровно в то время, когда медицинскую помощь переименовали в медицинскую услугу, в России была запущена программа так называемой «оптимизации» здравоохранения. Эта реформа привела к катастрофическим последствиям. Ключевые слова нашего Президента, определяющие два самых главных стратегических направления, нашу с Вами безопасность и суверенитет — это обороноспособность и здравоохранение. И если это касается армии, были предприняты беспрецедентные меры модернизации и укрепления, то в здравоохранении, к огромному сожалению, все диаметрально противоположно.

Но если даже в краткосрочной перспективе после начала, так называемых, реформ «оптимизаторов» мы видим критическое снижение кадрового состава в отрасли, существенное снижение доступности медицинской помощи, а во время пандемии полную остановку плановой и профилактической помощи, при этом смертность от Ковид-19 в процентном отношении значительно превысила мировые показатели, значит это серьезный повод для анализа.

В 1978 году ВОЗ официально признала первичную медицинскую помощь в СССР лучшей в мире, но сегодня об этом уже никто не вспоминает. Что же произошло? И, если даже в экономически тяжелые 90-е годы система, хоть и накренившись, вы-

стояла, то в период кошмарной оптимизации отрасль рухнула, и мы обязаны это признать. Для анализа проблем мы должны понять одну ключевую истину: на первом и главном месте нашей отрасли всегда стояла и будет стоять основная задача — это доступность и качество медицинской помощи, причем для всех слоев населения, вне зависимости от материального достатка нашего гражданина. Что же натворили наши реформаторы-оптимизаторы? Все предельно примитивно:

- полная законодательная деформация и монетизация последипломного медицинского образования;
- непродуманная вертикализация (не централизация) системы, с сокращениями кадрового потенциала, коечного фонда и абсолютно бездумного слияния лечебных учреждений;
- ужесточение финансовых штрафов для медицинских организаций и учреждений;
- жесточайший прессинг на имидж и престиж медицинских работников в средствах массовой информации;
- и т.д.

Да, в период пандемии вдруг вынужденно вспомнили о том, что медики все же оказывают помощь, а не выполняют услуги. А ведь под этой, отнюдь не банальной, терминологией лежит не только уважительное отношение к медикам со стороны

общества, а серьезный пласт юридических и правовых норм.

В ноябре 2011 года утверждается закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ». В рамках этого закона ст. 2 «Медицинская помощь» трансформируется в «Медицинскую услугу». Но разве те, кто готовил этот закон, не понимали, какие моральные и юридические последствия это повлечет?

Так вот, контроль и оценка медицинской деятельности автоматически из сферы контроля компетентного экспертного медицинского сообщества перемещается в сферу закона о защите прав потребителей. Медицинские работники, при этом, становятся заложниками недобросовестных юристов и страховых компаний. Вот только у реформаторов-оптимизаторов пока еще не хватило совести переименовать «Скорую медицинскую помощь» в «Скорую медицинскую услугу». Да и понятие медицинской этики и деонтологии при такой трансформации существовать не должно. С трудом себе представляю, чтобы службу офицера Российской Армии, принявшего присягу, назвали услугой.

Новый министр обороны России обозначил величайшую ценность в управлении. «Ошибаться можно, врать нельзя». В полной мере это относится к управлению в системе здравоохранения. Именно поэтому и без иронии актуальность СМО (т.е. специальная медицинская операция) на фоне СВО принимает высочайшую необходимость нашего конституционного статуса социального государства.

Всецело поддерживаю усилия Г.Э. Улумбековой [1] о назревшей необходимости увеличения государственного финансирования системы, которое даже в Европе и США, отнюдь не социальных государствах, составляет существенно больший процент расходов на здравоохранение из бюджетов.

Вместе с тем, даже планируемые средства можно расходовать значительно эффективней. Однако (и видимо причина лоббизм) мы абсолютно не обсуждаем тему ликвидации практики транзита средств ОМС через страховые компании (и это при наличии фондов ОМС). Отнюдь не призываю к ликвидации страховых компаний. Добровольное медицинское страхование, медицинское страхование туристических поездов, автострахование и т.д. — вот место приложения их усилий. Но планировать десятки миллиардов рублей на их содержание при дефиците средств в бюджете — это огромная ошибка, тем более что государственные фонды ОМС полностью дублируют их функции. А если погрузиться глубже и понять, что эти частные страховые компании наделены правом штрафовать государственные медицинские учреждения, имея с этих штрафов собственную финансовую выгоду, то все мы поймем, что эта аффилированная система управления крайне ущербна.

Есть старая русская пословица «Нет худа без добра». И мы с Вами видим, как на фоне СВО меняется законодательство России, и на поверхность

этой «бурной реки» всплывает и уносится все, что противоречит здравому смыслу, интересу россияни и, в том числе, конъюнктурные чиновники, работающие исключительно в своих личных интересах или интересах заказчиков. По своей наивности я надеялся, что это должно было произойти в системе здравоохранения на фоне пандемии, которая вскрыла проблемы, во многом организованные нашими «оптимизаторами», но оказалось, этого было мало.

Итак, опять к фактам и конкретике. Реализация непродуманной вертикализации управления в процессе оптимизации привела к абсолютно бессмысленному объединению больниц в бесформенные и неуправляемые конгломераты, имеющие разную структуру, направленность, специализацию, санитарные нормы и требования. (Ну как, к примеру: к взрослой многопрофильной больнице можно присоединять роддом?). На этом фоне передача и переподчинение больниц с городского на областной уровень, упразднение городских управлений здравоохранения, ликвидация городских статистических центров, сопровождающиеся катастрофическим сокращением коечного фонда, медицинского персонала, экономистов, айти-специалистов и т.д., привело к резкому снижению оперативной управляемости.

Пример: г. Новокузнецк с более чем полумиллионным населением и огромным промышленным потенциалом, Глава города в одночасье лишается одной из основных функций и обязанностей градоначальника, контроля над здравоохранением, ликвидируется управление здравоохранением, а горожане вынуждены с вопросами и предложениями обращаться к прокурорам и журналистам. А как же требование Президента о расширении полномочий муниципалитетов? Но проблема не только в этом, мы ломаем выстроенный и проверенный принцип системы управления Н.А. Семашко, который у нас позимствовали десятилетия назад большое количество западных государств. Что это? Оптимизация или государственное вредительство?

Но и этого мало. На этом фоне, по абсолютно непонятным причинам, мы вдруг проводим полную реконструкцию последипломного врачебного образования. После шестилетнего обучения в медицинском институте, вместо годичной интернатуры, мы вводим двухгодичную ординатуру с обязательной аккредитацией, полностью копирующей ЕГЭ. На этом фоне, как грибы, вырастает огромное количество частных аккредитационных структур, дистанционно, за оплату торгующих документами государственного образца. Результат? — 2-х кратное падение и без того дефицитного кадрового медицинского персонала, а большое количество завершивших обучение в медицинских вузах не идут в профессию. Вне сомнений, этому должна быть дана серьезная оценка и максимально быстрый возврат к старой форме.

А если учесть сокращения медиков в активной фазе пресловутой «оптимизации», то становится понятным катастрофический кадровый провал в системе. Обеспечить доступность медицинской помощи

без признания ошибок практически невозможно. И здесь уместно еще раз вспомнить пророческие слова: «Ошибаться можно, врать нельзя!» Бояться того, что мы должны признать ошибки в наших назревших обстоятельствах просто вредно.

А душеподъемные репортажи по центральным каналам телевидения о том, что в какую-то московскую больницу приобрели «робот Да Винчи», новый КТ или где-то установили новый модульный ФАП, назревшие проблемы не решит. За это можно порадоваться, но к доступности медицинской помощи оно имеет очень опосредованное отношение. К сожалению, в аппарате чиновников (в самом хорошем смысле этого слова), от которых в регионах зависит решение назревших проблем, бытуют установки, что увеличение рождаемости напрямую зависит от количества перинатальных центров, а усидчивость в креслах чиновников от того, какой отчет они представят начальству. Но разве пандемия нас не научила, что зачастую от объективных цифр и достоверной информации зависит оперативное и правильное принятие решений.

Теперь к вопросу о частных медицинских организациях, которые маргинализируются в средствах массовой информации. Не знаю ни одного, даже самого богатого государства в мире, которое могло бы покрыть растущие проблемы в здравоохранении. И если находятся социально ответственные бизнесмены, которые, вопреки всем законам бизнеса, строят больницы, поликлиники, лаборатории, то это должно приветствоваться обществом. Любой экономист Вам подтвердит, что окупаемость таких проектов в 5 раз медленнее любого другого бизнес-проекта, который он мог выбрать.

Условия, оборудование, качество, профессионализм персонала в таких медицинских организациях, как правило, лучше и выше, чем в государственных учреждениях. А это значит, что государство должно максимально интегрировать их в сферу первоочередных государственных задач доступности и качества бесплатной медицинской помощи для населения.

Требования к открытию частного медицинского центра, оснащению, квалификации персонала и руководства, текущий государственный надзор должны быть абсолютно унифицированы. С государственными органами должен заключаться взаимобязывающий договор Государственно-частного партнерства. Распределение государственного квотирования на территории должно производиться с учетом интереса людей, имеющих от государства гарантии на бесплатную медицинскую помощь, а не с позиции конъюнктурных отношений между главным врачом и директором фонда ОМС на конкретной территории. Совершенно очевидно, что только эти меры приведут к существенному снижению платности (со стороны населения) в отрасли, правильной оценке дефицита медицинского персонала (в статистику будут включены кадры частных клиник) и значительно сократится количество теневых финансовых схем.

Однако, это должно быть регламентировано и продекларировано на государственном уровне. Представители Конституционного суда должны объяснить, почему простой шахтер, работающий в частном секторе, имеет право на досрочную пенсию, простой врач-рентгенолог или хирург, работающий в государственных клиниках, также имеет, а вот медики в частной медицинской организации этого права лишены. Для решения этой коллизии необходимо в законе, регламентирующем эти права, после слова медицинские учреждения, добавить лишь одно слово... и организации, что будет абсолютно справедливо.

Какое отношение эта недоработка имеет к конкретному медицинскому специалисту, выполняющему работу, связанную с вредными факторами для его здоровья, и лишенного законных прав? И не нужно в этом упрекать пенсионные фонды, которые строго исполняют инструкции.

В финансовой составляющей должны быть более тонко отрегулированы механизмы государственно-частного партнерства. С полным учетом взаимной справедливости, а объемы государственного заказа должны распределяться между медицинскими структурами с позиции доступности и качества бесплатной медицинской помощи, уровня профессионализма и полной ликвидации каких бы то не было конъюнктурных интересов.

При этом, из данной программы должны быть исключены недобросовестные «медицинские киоски», нарушающие принципы обязательств, стоящих в основе предлагаемой трансформации. И здесь законодатели должны внести свою лепту. Только в этом случае мы получим рост удовлетворенности населения, сокращение числа платных услуг в государственных учреждениях.

На Петербургском экономическом форуме министр здравоохранения с гордостью представил информацию о получении за год более одного миллиарда долларов от медицинского туризма. Т.е., это говорит о том, что, как минимум дополнительно на эту сумму, в России есть ресурс медицинского персонала, компетенции специалистов, необходимое оборудование. Но ведь это говорит о том, что россияне, как минимум на эту сумму, лишены этой возможности и им зачастую годами приходится ждать своей очереди на гарантированную государством помощь. Относительно этого, хочу задать риторический вопрос. Как бы отреагировали люди, если бы мыкратно увеличили поставки нефти за рубеж, при синхронном исчезновении бензина на всех заправках в стране? Так почему же в медицине мы это себе позволяем? Ведь это здоровье, а зачастую и жизнь наших людей.

Существует абсолютно незыблемое правило: если хочешь правильно оценить ситуацию, необходимо подняться над ней, и увидеть ее в целом, до горизонтов. Сейчас же мы переживаем события в отрасли, когда необходимо опуститься на землю. Зайти в поликлинику, не в Москве, а в небольшом городе, поговорить с людьми в длинной очереди к

специалисту, поговорить со специалистом, который на третью ставку за мизерную зарплату принимает пациентов, и сразу придет прозрение.

В мае 2021 года на международной конференции я уже поднимал эти вопросы. Присутствовали также представители Минздрава и ВОЗ. Однако, кроме большого количества звонков коллег с поддержкой, ситуация не только не улучшилась, но по многим позициям усугубилась. Важнейший вопрос, который необходимо реализовать, если мы хотим извлечь уроки из ошибок «оптимизаторов» — это проведение аудита счетной палатой государственных закупок дорогостоящего оборудования за последние пять лет по всем регионам. Уже предвижу напряженные взгляды большого количества чиновников с вопросом: «Зачем, у нас же работает ФЗ-44». Отвечаю: главная задача не наказание, а детальная проработка значительного комплекса ошибок, иницированных реформаторами. Эти действия, конечно, пополняют бюджет здравоохранения, но без поэтапного роста государственного финансирования назревшие проблемы не решаются. И еще раз вынужден напомнить о позитивном примере нашей Армии, где в процессе СВО планомерно наводится порядок, а граждане чувствуют справедливость и защиту. Это не про посадки, это за «реабилитацию» Н.А. Семашко. Невозможно строить здание здравоохранения, разрушая при этом заложенный Н.А. Семашко фундамент.

Есть ли возможность вывести нашу отрасль из этой затягивающейся петли? Уверен, есть! Но для этого мы должны признать совершенные ошибки.

Читая гениальную, на мой взгляд, книгу 2022 г. издания Гузель Эрнстовны Улумбековой, ректора ВШОУЗ, в которой 86 авторов четко выражают позицию по организации здравоохранения, прихожу к уверенности, что в России достаточно здравомыслящих людей для проведения разумного реформирования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Необходимо создать экспертную группу специалистов с обязательным участием организаторов здравоохранения максимального количества регионов нашей страны. Легитимность такой комиссии, в обязательном порядке, должна быть закреплена законодательно. Единый отчет, со всеми ошибками, а главное, с предложениями по их устранению, и перспективный план развития на ближайшие пять лет должны быть представлены на самом высоком уровне. И только такая работа позволит вывести вектор развития нашего отечественного здравоохранения на разумный путь развития. А вот через 7-10 лет, возможно, у нас появится право гордиться заработанными на медицинском туризме деньгами.

И еще раз: «Ошибаться можно, врать нельзя!»

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

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

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Public health and healthcare. National leadership /Ed. by G.E. Ulumbekova, V.A. Medik. M.: GEOTAR-Media, 2022. 1144 p. Russian (Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство/под ред. Г.Э. Улумбековой, В.А. Медик. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 1144 с.)

Сведения об авторе:

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, начальник отдела экологии человека, общественного здоровья и здравоохранения, ФГБНУ НИИ КППЗ, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: fsn42@mail.ru

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 author:

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

FILIMONOV Sergey Nikolayevich, doctor of medical sciences, professor, head of the department of human ecology, public health and healthcare, Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases, Novokuznetsk, Russia. E-mail: fsn42@mail.ru

CHASOVNIKOV Konstantin Viktorovich, candidate of medical sciences, docent of the department of healthcare organization 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 КППЗ. Тел: 8 (3843) 79-65-49 E-mail: fsn42@mail.ru