

Информация для цитирования:

Данцигер Д.Г., Филимонов С.Н., Андриевский Б.П., Часовников К.В. РАЗВИТИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ИНСТИТУТОВ НА МЕСТАХ И ИХ РОЛЬ В ДЕЛЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ // Медицина в Кузбассе. 2021. №4. С. 52-55.

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

РАЗВИТИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ИНСТИТУТОВ НА МЕСТАХ И ИХ РОЛЬ В ДЕЛЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

В статье показан ход реализации реформирования сферы здравоохранения последних лет, названной как оптимизация. Однако, на примере Кузбасса дается фактическое состояние дел, которое приходится признать, как неудачную попытку «оптимизации здравоохранения 2010-х годов».

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

DEVELOPMENT OF SOCIAL INSTITUTIONS IN LOCATIONS AND THEIR ROLE IN PROTECTION OF POPULATION HEALTH

The article shows the progress in the implementation of the reform of the health care sector in recent years, called optimization. However, on the example of Kuzbass, the actual state of affairs is given, which has to be recognized as an unsuccessful attempt to "optimize healthcare in the 2010s".

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

Кафедра организации здравоохранения и общественного здоровья Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России на протяжении длительного времени пытается разобраться в текущем состоянии дел в сфере здравоохранения Новокузнецка и России [1]. В последние годы мы отошли от государственной модели организации медицинского обслуживания населения, и перешли к его смешанным формам. Главный идеологический постулат реформы – все социальные институты должны работать на сохранение и укрепление здоровья конкретного человека.

В СССР, в силу объективных причин и слабой экономики, невозможно было реализовать данную концепцию. Ключевой задачей в сфере охраны здоровья является обеспечение нормативно-правовых условий реализации права каждого человека на здоровую жизнь. Это выражается в производстве законодательных норм, регулирующих различные аспекты общественной жизнедеятельности, имеющей отношение к здоровью человека, – организацию медицинской помощи, осуществление санитарно-гигиенического контроля, защиту окружающей среды от вредных воздействий, а также продвижение в масштабах всего общества идей и паттернов здорового поведения и т.д.

В Федеральном Законе № 323 «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙ-

СКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» в правовом отношении мы столкнулись с интересными коллизиями [2]:

Статья 2. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе

Для целей настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

1) здоровье – состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма;

2) охрана здоровья граждан (далее – охрана здоровья) – система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи;

3) медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и(или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

4) медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств,

направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

5) медицинское вмешательство — выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и(или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

А какое же место отводится системе здравоохранения? Вопрос о разграничении полномочий между системой здравоохранения и охраной здоровья населения выходит на первое место [3]. Система здравоохранения может лишь на 10 % отвечать за ЗДОРОВЬЕ населения. Остальные 90 % — это приоритет СОЦИАЛЬНЫХ ИНСТИТУТОВ.

Отметим также, что фокус внимания со стороны законотворческих органов приходится в основном на систему здравоохранения, деятельность медицинских и санитарно-гигиенических учреждений. Речь идет, в частности, о законах, регулирующих финансирование здравоохранения, деятельность поликлинических и амбулаторных, а также частных медицинских учреждений, организацию мер по профилактике здоровья различных групп населения, кадровую политику и пр. Однако, учитывая широкое содержание понятия здоровья, а также многообразие влияющих на него факторов, этого явно недостаточно.

Необходимо более четкое определение правовых принципов, регулирующих выполнение сохраняющих здоровье функций всеми социальными институтами, организациями и отдельными субъектами, включая образование, СМИ, торговлю и т.п. Необходимо принятие правовых норм, касающихся обеспечения безопасности среды жизнедеятельности человека (места проживания, питьевой воды, питания и пр.) и контроля за их реализацией, а также организации образовательных, просветительских, пропагандистских мер, способствующих формированию здорового образа жизни и культуры здоровья.

Роль государства в сфере здоровья проявляется тройко: а) подготовкой и изданием различных правовых документов — законов, постановлений, и пр.; б) финансированием той или иной отрасли, программы, проекта; в) осуществлением (или неосуществлением) практических мероприятий. Одним из основных направлений деятельности государства по охране здоровья является нормотворчество, предполагающее разработку и принятие законодательных и нормативных актов, так или иначе касающихся этого вопроса. В нашей стране в последние годы активно формируется правовая база охраны здоровья. Однако программные задачи, заявленные в принятых документах, и фактическая ситуация пока далеки друг от друга. Важным критерием отношения

государства к здоровью населения является финансовая обеспеченность сферы здоровья.

Расходы на здравоохранение не дотягивают до 5 % от ВВП РФ. При этом развитые страны получают до 12 % от ВВП. Сама система финансирования здравоохранения и, в частности, медицинских организаций, довольно многосложна и запутанна. Здесь и бюджетное финансирование, и система ОМС, к которой очень много вопросов.

Подушевой норматив по программе государственных гарантий в рамках ОМС в 2021 году увеличен на 7,4 %, сообщил министр здравоохранения России Михаил Мурашко [4].

В денежном выражении на одно застрахованное лицо сумма составляет 17490 рублей в год, или 1457 рублей в месяц. По словам Мурашко, выступавшего на расширенном заседании комитета Госдумы по охране здоровья, общее финансовое обеспечение территориальных программ ОМС в этом году выросло почти на 7 %. В абсолютных цифрах рост составил 190 млрд. рублей, а общие ассигнования достигли 2,9 триллиона рублей, подчеркнув, что высокотехнологичная медицинская помощь профинансирована в полном объеме. Мурашко также добавил, что программой на 2021 год предусмотрено увеличение определенных объемов оказания медицинской помощи, в частности, паллиативной помощи по онкологии и по пульмонологии.

По итогам января-февраля федеральный бюджет сократил расходы по статье «здравоохранение» почти вдвое. За два месяца на эти цели было выделено 183 млрд. рублей против 343 млрд. годом ранее. Согласно закону о бюджете, в целом за год расходы на здравоохранение должны сократиться на 135 млрд. рублей, или 11 %.

В бюджете-2022 г. медицинские расходы символически увеличиваются (на 5 млрд. рублей, или 0,4 %), а затем снова сокращаются в 2023-м — на 34 млрд. рублей.

Следовательно, тенденцией последних лет является перенос расходов по данной статье бюджета на плечи граждан; соответственно, расходы населения на услуги в сфере здравоохранения, лечение возрастают несоразмерно его доходам. Процесс финансирования здравоохранения в целом и отдельных программ в частности нестабильный.

Таким образом, плохое состояние здоровья нации, неэффективное функционирование структур, призванных обеспечить сохранение и укрепление здоровья граждан, нездоровый образ жизни большинства из них — все это результат отсутствия комплексной государственной политики в сфере здоровья, релевантной его современному пониманию.

Коммерциализация медицины на фоне падения уровня жизни способствовала изменению ситуации: заботиться о здоровье населения страны стало некому, кроме самого человека. Частная медицина уже оказывает 10 % медицинской помощи от всего объема. Однако формирование в средствах массовой информации негативного отношения к платной медицине в настоящее время только усиливается.

Во всем мире существуют три модели организации медицинской помощи населению: государственная, страховая и платная медицина. Мы же и по сей день пользуемся в основном советской моделью — государственной системой. В соответствии со статьями 7 Конституции РФ (пункт 2), **охрана здоровья** отделена от традиционного понимания **здравоохранения**, оказывающего медицинскую помощь. Но в реальной жизни именно эти не тождественные понятия, ввиду недопонимания, приводят к серьезным ошибкам в планировании, контроле и реализации. Из двух сформированных систем **одна** ограничена только ресурсами **здравоохранения** под руководством Минздрава. **Другая** — выходит за пределы ведомственного подчинения и охватывает все производственные и инфраструктурные образования, на языке «системы» — это внешняя среда, где, собственно, находится большая часть населения, которая относится к компетенции **системы охраны здоровья населения**.

В связи с этим приходится, к сожалению, констатировать, что случается путаница с терминами, относящимися к разным обеспечивающим здоровье системам. Так, составляющие понятия медицинской помощи зачастую приравнивают к причинам, вызывающим заболевания. Хотя медицинская помощь — есть только часть системы охраны здоровья населения. А вся система охраны здоровья выходит далеко за пределы рамок собственно здравоохранения.

По нашему мнению, низкая эффективность от проводимых реформ в сфере здравоохранения в значительной мере является результатом неверного формулирования целей между различными системами «охраны здоровья населения» и «здравоохранения».

Сегодня попытка копировать опыт просвещенного Запада зачастую приводит к серьезным коллизиям. При этом мы забываем о масштабах нашего государства, природных особенностях, плотности проживания, экологической составляющей, и огромному количеству других факторов. Однако, когда в рамках «оптимизации» происходят необоснованные объединения лечебных учреждений, передача полномочий из сельского поселения в город, а из города в областной центр, ликвидация городских управлений здравоохранения, городских больниц и статистических центров — это приводит к потере оперативности и гибкости в управлении системой. Никакой экономией это объяснить невозможно.

Пример Кемеровская область — Кузбасс. Около трех млн. населения. Все больницы, включая взрослую сеть, детские больницы, роддомы, скорую помощь слили в несколько конгломератов и переподчинили областному центру с передачей имущества и специалистов. На выходе получили неповоротливого, плохо управляемого монстра. Но полагаем, отчеты на уровень министерства здравоохранения России улучшились. Ведь контролировать их стало намного проще.

Хотелось бы понять, а какие средства мы оптимизировали, выбросив из системы управления и

контроля глав крупнейших городов и районов? Доступность медицинской помощи существенно улучшилась? Нет! Стало больше недовольства граждан на снижение доступности медицинской помощи. Далее — вместо существенного расширения бюджетных мест в вузах и возврата к распределительной системе, мы ликвидируем одногодичную интернатуру и заменяем ее на двухгодичную ординатуру. На наш взгляд, это не совсем своевременное решение. А ведь по некоторым специальностям предполагается ввести **пятигодичную** ординатуру. Для нашего государства увеличение доклинической подготовки специалистов даже на один год является очень болезненной мерой.

Почти 30 лет мы находимся в дискуссии, какая модель здравоохранения (государственная, страховая и платная) более приемлема для России. На наш взгляд, необходимо подвести черту под этим спором и интеграционно использовать весь мировой опыт. Незаслуженное, зачастую, пренебрежение к частной медицине, приводит не только к искажению столь важной для нас статистики, но и к серьезному нарушению гражданских прав большого количества врачей, работающих в частных медицинских центрах и, в первую очередь, это их пенсионные права.

Приведем устоявшееся выражение: медицинский бизнес заточен только на **извлечение прибыли**, а не на **конечный результат**. Большое количество телевизионных репортажей о том, как частные медицинские центры обманывают людей, что на самом деле скорее коллизия, чем правило. А многие ли знают о том, что возврат частных инвестиций, к примеру, в многопрофильный медицинский центр социально-ответственным инвестором происходит только через 20-25 лет, в отличие от любого другого инвестиционного проекта, где окупаемость от 3 до 7 лет? Высококласных специалистов, которыми зачастую комплектуют эти центры, интересует не только более высокий уровень зарплаты, но также современное оборудование, возможность реализации профессиональных амбиций, корпоративный климат, сервис. На наш взгляд, необходимо отбросить фантомную психологию. Необходимо максимально интегрировать в систему частный медицинский сектор для выполнения главной государственной задачи доступности и качества медицинской помощи для населения.

Для этого необходимо психологически и законодательно выровнять возможности. А распределение государственного заказа должно проходить не келейно, а исключительно с учетом компетенций и качества. Только такой подход может привести к существенной экономии бюджетных средств, которые можно реинвестировать из закупки части дорогостоящего оборудования и строительства в подготовку кадров и расширение квотирования для населения.

Таким образом, участие государства в охране здоровья граждан в основном ограничено созданием законодательной базы и финансовым участием (впрочем, недостаточным) в организации работы системы здравоохранения, а также физкультуры и

спорта, отдыха и досуга. Для радикального решения проблемы охраны здоровья этих мер явно недостаточно. Необходима разработка государственной идеологии здоровья, которая будет учитывать

разнообразные факторы, воздействующие на здоровье населения, и возможности управления ими, и — на ее основе — политики в области охраны здоровья.

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. Danziger DG, Andrievsky BP, Chasovnikov KV. Fifty years of experience (1970-2020) in the work of the department of healthcare organization and public health of the Novokuznetsk Institute for Advanced Training of Physicians. *In the book: Theory and practice of modern science: Collection of articles of the International scientific and practical conference*. Penza, 2020. P. 124-140. Russian (Данцигер Д.Г., Андриевский Б.П., Часовников К.В. Пятидесятилетний опыт (1970-2020 гг.) работы кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья Новокузнецкого института усовершенствования врачей. В кн.: Теория и практика современной науки: сб статей Междунар. науч.-практ. конф. Пенза, 2020. С. 124-140.)
2. Federal Law of November 21.11.2011 No. 323-FZ (as amended on December 22.12.2020) «On the basics of protecting the health of citizens in the Russian Federation». Russian (Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 22.12.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».) Режим доступа: <https://fzakon.ru/laws/federalnyy-zakon-ot-21.11.2011-n-323-fz>
3. Danziger DG, Andrievsky BP, Chasovnikov KV. Public health and public health protection – similar names with different functions. *World science: problems and innovations: collection of articles of the XXXI International Scientific and Practical Conference*. Part 1. Penza: ICNS «Science and Education». 2018. P. 191-194. Russian (Данцигер Д.Г., Андриевский Б.П., Часовников К.В. Здравоохранение и охрана здоровья населения – похожие названия с разными функциями //World science: problems and innovations: сб. статей XXXI Междунар. науч.-практ. конф. Ч. 1. Пенза: МЦНС «Наука и Просвещение». 2018. С. 191-194.)
4. The standard for one person within the framework of compulsory medical insurance in the Russian Federation has grown by more than 7% in 2021. Murashko [Electronic resource]. Russian (Норматив на одного человека в рамках ОМС в РФ вырос более чем на 7 % в 2021 г. Мурашко [Электронный ресурс]) Режим доступа: <https://www.finanz.ru/novosti/aktsii/gosudarstvo-budet-lechit-rossiyan-na-1-5-tysyachi-rublej-v-mesyac-1030213926>

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 КППЗ, г. Новокузнецк, Россия.

E-mail: fsn42@mail.ru

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

ЧАСОВНИКОВ Константин Викторович, канд. мед. наук, доцент, кафедра 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 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 of the Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases, Novokuznetsk, Russia. E-mail: fsn42@mail.ru

ANDRIEVSKY Boris Pavlovich, candidate of medical sciences, docent, 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, 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 КППЗ.

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