

СОЦИОГНОСТИКА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Зарубина А.В.

Аннотация: Наука и практика организации охраны здоровья социального государства всюду призваны обеспечить ожидаемый результат охраны здоровья – удовлетворённая потребность пациента, конфигурированная по его нуждам. Постсоветское здравоохранение лишилось прежних социалистических ориентиров, в то время как новые путевые знаки таковыми не стали. Нужны жесткие реперные точки, по которым можно было бы вывести здравоохранение из нынешнего состояния. Это позволяет социогностика охраны здоровья – учение о социальных ориентирах организации охраны здоровья, о тех точках жесткости, которые конституируют организационную парадигму.

Brief: The science and practice of the organization of healthcare of the welfare state are everywhere called upon to ensure the expected result – the satisfied personal need of the patient. Post-Soviet healthcare has lost its former socialist guidelines in absence of other landmarks. We need hard reference points by which it would be possible to bring healthcare out of its current state. This allows the Sociognostics of healthcare – as the guideline of the organization of health care demonstrating those fulcrum points that constitute the organizational paradigm.

Ключевые слова: охрана здоровья, организационная парадигма, социогностика

Key words: healthcare, organizational paradigm, sociognostics

Зарубина Анна Витальевна, кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой Социологии и социогностики охраны здоровья Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко

Бесконечный процесс переименования многоликой специальности, научной и образовательной дисциплины, суть которой наиболее емко определена номинациями «социальная медицина (гигиена)» и «организация здравоохранения», демонстрирует столь же бесплодную неэффективность.

Последняя редакция названия (2021) – объединительная: «общественное здоровье и организация здравоохранения, социология и история медицины»¹

¹ Приказ Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 24 февраля 2021 года № 118 «Об утверждении номенклатуры научных специальностей, по которым присуждаются учёные степени, и внесении изменения в Положение о совете по защите диссертаций на соискание учёной степени кандидата наук, на соискание учёной степени доктора наук, утверждённое Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 10 ноября 2017 г. № 1093» Режим доступа: <file:///C:/Users/user/Downloads/0001202104060043.pdf> (дата обращения 16.12.2022).

Но ни актуальное название, ни сложившееся содержание специальности/дисциплины не сказывается на влиянии на продуктивность организационной науки и практики и положении дел в сфере охраны здоровья.

Можно спорить о том, насколько важны для здравоохранения проценты улучшений, демонстрируемые медицинской статистикой, если ей доверять [4].

Но нельзя не видеть реального состояния здравоохранения на примере своем, своих родных, близких, знакомых.

Проблема не в номинациях и даже не в управленческом мастерстве отраслевого чиновничества.

Проблема в состоятельности самой парадигмы охраны здоровья [7].

Можно сколь угодно править то, что есть, но если то, что править, правке подлежит.

Жизнь показывает, что ресурс правок российское здравоохранение исчерпало².

И если это не понятно отраслевому управленческому корпусу (и управленческой науке), то это – не проблема уже не доступного правке здравоохранения.

Важно не то, как называется специальность/дисциплина, а то, что является предметом соответствующей деятельности (изучения, преподавания).

А вот тут начинается расхождение между искусственными условностями, выработанными наукой и практикой советского и российского здравоохранения, и реальным положением дел в сфере охраны здоровья.

Потому что советское здравоохранение в советское время и советское же здравоохранение (пусть и со множеством правок) в новое время – это не одно и то же.

² «Ужасное состояние»: власти признали провал реформы здравоохранения. Режим доступа: <https://www.gazeta.ru/social/2019/11/03/12793676.shtml?ysclid=lbmcr96hw690551124&updated> (дата обращения 16.12.2022).

Отечественное здравоохранение по модели Семашко (с правками и без) – не то же самое, что охрана здоровья за рубежом.

И, будь то отечественное здравоохранение или охрана здоровья в зарубежном видении, всегда обнаружится расхождение с реалиями потребностей личного здоровья в охране в масштабах общества.

Нет идеальных моделей охраны здоровья граждан [1].

Но это не значит, что невозможность соответствия парадигмы охраны здоровья не только нуждам личного здоровья, но и потребностям в его охране в масштабах общества.

Проблема соответствия является главной в науке и практике организации охраны здоровья любого социального государства и обеспечивающих ее институтов.

Вопрос лишь в том, к чему приводит охрану здоровья такое соответствие: к нуждам личного здоровья и/или потребностям в его охране (к возможностям казны государства, к требованиям властной вертикали в здравоохранении, как у нас сейчас и т.д.) либо наоборот, либо в иных взаимных сочетаниях.

Это перестает казаться курьезом из области схоластики, когда касается судьбы общества в целом, хотя бы и лишь в одной сфере деятельности (здравоохранении) – ведь ошибка в выборе подобного соответствия отражается на всех вместе и каждом в отдельности.

И тогда право (на охрану здоровья) низводится до уровня привилегии.

Те, кому на постоянной основе доступна любая бесплатная квалифицированная, специализированная медицинская помощь, относятся исключительно к спецконтингентам (как правило, к нынешним реинкарнациям Третьего и Четвертого управлений, т.е. ФМБА и УДП РФ).

Иными словами, беспрепятственность получения необходимой медицинской помощи спецконтингентами в качестве привилегии происходит при нарушении прав на охрану здоровья всех остальных.

Это не значит, что привилегии спецконтингентов достигаются за счет нарушения прав на охрану здоровья всех остальных, но то, что в рамках действующей парадигмы здравоохранения по модели Семашко одно сопутствует другому (чего лишены прочие модели), свидетельствует о ее внутреннем системном дисбалансе.

И беспроblemное управление в условиях необходимой достаточности обеспечения охраной здоровья спецконтингентов существенно отличается от полного проблем управления охраной здоровья всех остальных.

А организация охраны здоровья привилегированных неприменима к организации охраны здоровья всех остальных.

И служить примером охрана здоровья как привилегия для охраны здоровья как права тоже не может.

Как и представлять в целом модель организации охраны здоровья, действующую в стране, перед зарубежными моделями.

И если зарубежные модели организации здравоохранения различаются приведением к соответствию нуждам личного здоровья и/или потребностям в его охране, то отечественная модель за век своего существования – вне зависимости от смены государственного строя – волнообразно приводится то к возможностям казны государства, то к требованиям властной вертикали в здравоохранении, то к тому и другому сразу в разных соотношениях.

Действительно, бесплатность получения медицинской помощи – это внешняя декорация, за которой находится механизм распределения налогов в бюджетном процессе, фактически подчиненный степени деловой чистоплотности и добросовестности усмотрения чиновников (иначе не был бы возможен известный негатив недавнего прошлого – с закупкой компьютерных томографов и т.д.)³.

Индикатором сомнений в корректности этого механизма служат, например, свидетельства затруднений получения квот⁴ и безудержности благотворительных сборов.

³ Томография с особым цинизмом. Режим доступа: <https://www.interfax-russia.ru/view/tomografiya-s-osobym-cinizmom>; Дела о мошенничестве при закупках томографов возбуждены уже в десяти регионах РФ. Режим доступа: https://medvestnik.ru/content/news/dela_o_moshennichestve_pri_zakupkah_tomografov_vozbuzhdeny_u_zhe_v_desyati_regionah_rf.html; Почти 80 уголовных дел о закупках медоборудования по завышенным ценам расследуется в РФ. Режим доступа: <https://www.audit-it.ru/news/others/343879.html>; и т.д. (дата обращения 16.12.2022).

⁴ Как получить высокотехнологичную медицинскую помощь в Подмоскowie. Режим доступа: <https://mosreg.ru/sobytiya/novosti/news-submoscow/kak-poluchit-vysokotehnologichnuyu-medicinskuyu-pomoshch-v-podmoskove?ysclid=lbmbmg8olw356417013>; Как получить квоту: назначение квоты, порядок действий, документы и сроки рассмотрения. Режим доступа: <https://realconsult.ru/434414a-kak-poluchit-kvotu-naznachenie-kvoty-poryadok-deystviy-dokumentyi-i-sroki-rassmotreniya?ysclid=lbpm6b3j38566517663> (дата обращения 16.12.2022).

Излишне упоминать и «платные» услуги государственных учреждений здравоохранения, которые находятся в очевидном конфликте с ролью государства в обществе.

Еще более странным выглядит посредничество частных коммерческих страховых медицинских организаций в денежном трафике между государством (казначейством) и... государством (учреждениями здравоохранения в собственности государства) с правом первых штрафовать последние в свою пользу⁵.

Да и весь механизм финансирования государственных учреждений здравоохранения из государственной казны подчинен цели не столько финансового обеспечения результата охраны здоровья, сколько «усушке и утруске» денежных средств в процессе на пути к нему.

То есть социальный результат в модели Семашко – это в общем виде нулевой остаток последовательного распределения бюджетных средств по бюджетным и внебюджетным каналам.

И самое главное в модели Семашко – это то, что пациенты никак не причастны к механизму финансирования оказываемой им медицинской помощи за счет средств государственной казны.

Они выступают не более чем статистическими единицами, необходимыми для учета участниками финансовых операций.

Именно это обстоятельство делает возможным в государственных учреждениях здравоохранения обходить медицинскую помощь в отношении с пациентом замалчиванием ее содержания и объема по формуле «бери, что дают».

Плюс ко всему – управление и контроль, поставленные в приоритетах также впереди медицины и пациентов.

⁵ Медорганизациям предъявлен рекордный объем штрафов в системе ОМС. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Medorganizaciyam-predyavlen-rekordnyi-obem-shtrafov-v-sisteme-OMS.html>; Эксперты прогнозируют увеличение числа штрафов для медорганизаций в системе ОМС. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Experty-prognoziruut-uvelichenie-chisla-shtrafov-dlya-medorganizacii-v-sisteme-OMS.html> (дата обращения 16.12.2022).

Это органы управления здравоохранением, органы государственного надзора, фонды ОМС, те же страховые медицинские организации, а также добавленные ФЗ-323 «органы, осуществляющие государственный контроль в сфере охраны здоровья» (ст.86)⁶, включая «контроль качества и безопасности медицинской деятельности» (ст.87)⁷.

Не тот ли случай, когда «у семи нянек дитя без глаза»?

Иное дело – в частной медицине.

Привилегиям в охране здоровья противопоставлено получение нужной медицинской помощи за плату, когда ее носителем является сам получатель такой помощи (или частные плательщики в его пользу).

Пациент сам реализует свое право на охрану здоровья, хотя бы и будучи обязан сам за это заплатить.

Не без множества проявлений «болезней роста» (погоня за «средним чеком» и т.д.), но частная медицина подчиняется только закону и государственному надзору в соответствии с законом.

Ни попытки публичного администрирования, ни вменения с частной медициной не проходят.

Частная медицина преследует исключительно имущественный интерес – прибыль (так или иначе обращаемую на цели воспроизводства).

Однако прибыль частная медицина конвертирует в социальный результат (пользу для здоровья), поскольку полностью зависит от спроса в конкурентной среде.

Рыночный спрос – не администрируемая прикреплением обращаемость.

⁶ Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 11.06.2022, с изм. от 13.07.2022) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2022) Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/6a8c8cc250cea7ce31606bafede918b883c17b2f/ (дата обращения 16.12.2022).

⁷ Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 11.06.2022, с изм. от 13.07.2022) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2022). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/dcbc83417f4d613e354051300aafcc37e90f070d/ (дата обращения 16.12.2022).

И такое противостояние государственного здравоохранения и частной медицины – отнюдь не плюрализм форм оказания медицинской помощи.

Как и благотворительные сборы на медицинскую помощь внутри страны, расцвет частной медицины свидетельствует о бессмысленности существования такого бесплатного здравоохранения, которое не способно обеспечить базовые потребности граждан в охране здоровья.

А благотворительные сборы для медицинской помощи за пределами страны свидетельствуют не о том, что состояние отечественной медицины хуже, а о том, что ей не позволяет развернуться до требуемых масштабов деятельности сложившаяся организация здравоохранения.

То же подтверждает и совсем незначительный трафик въездного медицинского туризма. [3]

Вызывает вопросы и странный акцент на качестве медицинской помощи.

Что ставится во главу угла в отношении здоровья повсеместно, вне зависимости от характера деятельности?

Безопасность, т.е. отсутствие угроз и собственно вреда.

Безопасность – это всюду функция государственного надзора и правосудия.

За качество потребитель везде голосует ногами и денежными знаками, обращаясь или не обращаясь в ту или иную клинику – в этом суть конкуренции за потребителя-пациента.

Нигде вопросы качества товаров (работ, услуг) не являются предметом публичного администрирования – всюду действует хорошо отлаженные механизмы правосудия.

Отнесение фарминдустрии к ведению здравоохранения тоже вызывает вопросы.

Меры по обеспечению требуемого в интересах охраны здоровья ассортимента – это функция здравоохранения, но производство и оборот лекарственных средств совсем не относится к этим функциям.

В связи с изложенным можно ли утверждать, что отечественное здравоохранение ориентировано на благополучие личности, а не на администрируемый бюрократией ход процесса распределения и последовательного «освоения» средств государственной казны в сфере охраны здоровья?

Не надо доказывать очевидное, чтобы убедиться, что общая сеть практического здравоохранения погрязла в формальностях по отчетности перед отраслевой вертикалью власти.

Равным образом, едва ли не каждый сталкивается с необходимостью обращаться за медицинской помощью не по месту прикрепления – это тоже не требует доказательств.

Есть и иные подтверждения очевидной несостоятельности организации здравоохранения.

Социальное государство способно организовать удовлетворение индивидуальных потребностей в охране здоровья граждан в соответствии с нуждами здоровья каждого.

Но нужды личного здоровья у всех разные.

И потребности в охране личного здоровья у всех тоже разные.

Действительно, спортсмен с отменным здоровьем, как правило, нуждается в медицинской помощи реже и меньше, чем пожилой человек с набором хронических заболеваний.

Исключения не часты.

Но если пожилые перестают обращаться за медицинской помощью, причины могут быть далеки от динамики заболеваемости и смертности.

Прежде всего, это – ограничение доступности медицинской помощи вследствие самых разных обстоятельств.

И какими бы эти обстоятельства не были, сам факт их возникновения свидетельствует об организационных проблемах.

Можно объяснять снижение обращаемости пожилых улучшением качества жизни, медицинской помощи, профилактики и т.п. – в отсутствие каких бы то ни было действий и их результатов.

Но объяснения, доводы и аргументы со стороны организации здравоохранения никак не совпадают с реалиями охраны здоровья глазами пациентов, единственное мерило для которых – это решение их проблем со здоровьем.

И речь не о том, что медицина призвана излечивать, избавлять пациентов от любых, в том числе неизлечимых заболеваний.

Речь об ориентирах, на которые единственно могут равняться все – врачи и пациенты, чиновники, экономисты, юристы, преподаватели, психологи, философы и пр.

У человека начинается неполадок со здоровьем и потому появляется нужда его восстановить.

В связи с этим у него возникает потребность обратиться за необходимой медицинской помощью.

В вопросах медицинской помощи он не сведущ.

Ориентироваться он может исключительно на то, как удовлетворена его потребность в обращении за медицинской помощью и насколько она соответствует поводу обращения – его нуждам (неполадку со здоровьем).

Тем самым ожидаемый результат охраны здоровья – удовлетворённая потребность пациента, конфигурированная по его нуждам.

Наука и практика организации охраны здоровья социального государства всюду призваны обеспечить именно такой результат.

Очевидно, этот результат был положен в основу и организации охраны здоровья по модели Семашко.

И славное прошлое подтверждает, что в свое время отечественное здравоохранение с этим справлялось.

Но, похоже, вовне социалистической действительности в сохраняемой социалистической модели здравоохранения произошла потеря ориентиров на подобный результат.

По крайней мере, оказалась возможной подмена цели задачами.

Цель утратила номинированную определенность.

Охрана здоровья в представлениях пациентов стала презентоваться как охрана здоровья в понимании бюрократии, и приоритет такого понимания установил ФЗ-323.

И уже трафик финансов в процессе распределения и последовательного «освоения» средств государственной казны и администрирование медицины

в вертикали власти в отрасли начали признаваться средством достижения цели.

Наука и практика организации постсоветского здравоохранения лишилась прежних социалистических ориентиров, в то время как новые путевые знаки таковыми не стали.

Нужны жесткие реперные точки, по которым можно было бы вывести здравоохранение из нынешнего состояния, но они не востребованы.

Путеводной нити нет.

Между тем миру известны подходы, позволяющие не только выбраться из кризиса, но и выдвинуться на лидирующие позиции.

Это, например, цикл Деминга, автора экономического чуда в послевоенной Японии – PDCA (Plan–Do–Check–Act, т.е. планируй-делай-проверяй-улучшай)⁸.

Это также контроллинг как инструмент ориентации бизнеса, выстраивающий движение бизнеса по выверенным вешкам-показателям на основе соответствующих индикаторов [6].

Бизнес-администрирование также имеет в арсенале немало инструментов оптимизации бизнес-процессов [5].

Аналогов в социальной сфере до настоящего времени не было.

Именно поэтому нами была разработана концепция рационализации, прагматизации организационной науки и практики в отрасли, названная социогностикой охраны здоровья.

Под социогностикой понимается раскрытие логики явлений и отношений между людьми, движимых интересами.

По этой причине социогностикой следует рассматривать как теорию социальной логики (и потому – часть социальной философии).

⁸ Деминг Э. Менеджмент нового времени: Простые механизмы, ведущие к росту, инновациям и доминированию на рынке. - М.: Альпина Паблицер. - 2019. - 192 с. Режим доступа: https://www.rulit.me/data/programs/resources/pdf/Deming_Menedzhment-novogo-vremeni_RuLit_Me_588456.pdf?ysclid=lbp3dace43415092933 (дата обращения 16.12.2022).

При этом социогностика – это то, по чему выравнивается организационная наука, а на основе организационной науки – практика.

Социогностика охраны здоровья – это учение о социальных ориентирах организации охраны здоровья, о тех точках жесткости, которые конституируют организационную парадигму.

В этом смысле социогностика не только не противоречит парадигме организации охраны здоровья, но и дополняет и обогащает ее, будучи ее составной частью.

По существу, социогностика, подобно контроллингу, призвана выверять организационную практику, чтобы приводить ее в соответствие с объективированными ориентирами и тем самым корректировать теорию в соответствии с алгоритмом Деминга.

Социогностика охраны здоровья – это интроскопия устройства механизма управления в отрасли и средство отладки, устранения недопустимых отклонений.

Социогностика объединяет множество инструментов, применимых для целей улучшения и повышения эффективности науки и практики управления в отрасли, помимо социальной логики включая сравнительный анализ, теорию интересов и пр.

Это позволяет найти линию схождения нужд личного здоровья граждан и потребностей в его охране в масштабах общества.

Подводя итоги, социогностику охраны здоровья можно определить как комплексный инструмент сопряжения интересов через соизмерение возможностей социальной логики в помощь организационной теории и практике в отрасли.

Библиография

1. Губина М.А. Современные модели здравоохранения: опыт разных стран // Вестник Санкт-Петербургского университета. Экономика. 2008; 1: 130-134.
2. Карпов О.Э., Махнев Д.А. Модели систем здравоохранения разных государств и общие проблемы сферы охраны здоровья населения // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2017; 12 (3): 92-100.
3. Карпова Г.А., Игнатьева Т.А. Состояние и перспективы развития въездного медицинского туризма в Российской Федерации // Известия

Санкт-Петербургского государственного экономического университета. 2022; 1 (133): 85-89.

4. Крашенинникова Ю.А. Медицинская статистика как способ легитимации распределения ресурсов в Российской системе здравоохранения // Вопросы государственного и муниципального управления. 2011; 4: 28-42.
5. Кунидиус В.А., Журавлев И.Д. Моделирование и оптимизация бизнес-процессов в управлении организацией // Экономика и бизнес: теория и практика. 2020; 11-2 (69): 77-81.
6. Орлов А.И. Многообразие областей и инструментов контроллинга // Научный журнал КубГАУ. 2016; 123: 688-707.
7. Тихомиров А.В. Концепция социально-ориентированной модернизации здравоохранения: Дисс. ... докт. мед. наук. – М.; 2008.

References

1. Gubina M.A. Sovremennye modeli zdavoohranenija: opyt raznyh stran [Organization of public health: experience of developed countries] // *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Jekonomika*. 2008; 1: 130-134.
2. Karpov O.Je., Mahnev D.A. Modeli sistem zdavoohranenija raznyh gosudarstv i obshhie problemy sfery ohrany zdorov'ja naselenija [Co-payments in payment of health care in the system of health of various states] // *Vestnik Nacional'nogo mediko-hirurgicheskogo Centra im. N.I. Pirogova*. 2017; 12 (3): 92-100.
3. Karpova G.A., Ignat'eva T.A. Sostojanie i perspektivy razvitija v#ezdnoho medicinskogo turizma v Rossijskoj Federacii [The state and prospects of development of inbound medical tourism in the Russian Federation] // *Izvestija Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo jekonomicheskogo universiteta*. 2022; 1 (133): 85-89.
4. Krasheninnikova Ju.A. Medicinskaja statistika kak sposob legitimacii raspredelenija resursov v Rossijskoj sisteme zdavoohranenija [Medical statistics as a means to legitimize resources distribution in the system of health service in Russia] // *Voprosy gosudarstvennogo i municipal'nogo upravlenija*. 2011; 4: 28-42.
5. Kunidius V.A., Zhuravlev I.D. Modelirovanie i optimizacija biznes-processov v upravlenii organizaciej [Modeling and optimization of business processes in organization management] // *Jekonomika i biznes: teorija i praktika*. 2020; 11-2 (69): 77-81.
6. Orlov A.I. Mnogoobrazie oblastej i instrumentov kontrollinga [The diversity of controlling domains and instruments] // *Nauchnyj zhurnal KubGAU*. 2016; 123: 688-707.
7. Tihomirov A.V. Konceptija social'no-orientirovannoj modernizacii zdavoohranenija [The concept of socially oriented healthcare system modernization]: Diss. ... dokt. med. nauk. – М.; 2008.