



КОМИТЕТ ЗА ГРАЖДАНСКИЕ ПРАВА

Межрегиональная общественная правозащитная благотворительная организация. День создания – 19 сентября 1996 года. Зарегистрирована как региональная организация Управлением Юстиции города Москвы 19 марта 1997 года (свидетельство о регистрации №7362). Паспорт благотворительной организации № 234 выдан Благотворительным Советом города Москвы 27 апреля 2000 года. Награждена Почетным знаком Уполномоченного по правам человека в РФ "За права человека", Лауреат премии Московской Хельсинской группы в декабре 2009 года. 07.12.2001 10.12.2013 вручена медаль УПЧ «Спешите делать добро». Межрегиональная общественная правозащитная благотворительная организация Комитет за гражданские права зарегистрирована Управлением Министерства юстиции 1 октября 2002 года. Номер ведомственного реестра 4032. Номер в государственном реестре юридических лиц 1025200001012. Организация финансируется за счет грантов, полученных на основании указа Президента России и иных источников.

Адрес для писем: 127562, г. Москва, ул. Санникова, 7–21. Адрес приемной и юридический адрес: 127224, г. Москва, пр-д Школьного, д.61 корп. 1. Тел./факс 8-(499)-478-95-15, 8-(499)-478-08-47. Электронный адрес: stenlimited@bk.ru. Телефон горячей линии содействия общественному контролю и экстренному реагированию на нарушения прав человека 8-(499)-940-26-76

Председатель Комитета – **А.В. Бабушкин**. Директор Комитета – **А.В. Долгов**. Президент Ассоциации гуманизации правоприменительных органов им. В.Г. Габисова – **Р.Л. Кашубина**. Руководитель Общественной приемной – **М.Ю. Невелев**. Директор Службы заочной правовой консультации – **Д.В. Федосеев**. Руководитель Службы посещения тюрем – **Т.А. Флерова**. Руководитель службы "ЭККОС" – **К.А. Давыдов**. Руководитель Службы содействия доступности правосудия – **А.Ф. Махмутова**.

Блог Бабушкина А.В. в живом журнале: an-babushkin.livejournal.com (поиск в сети Интернет «блог Андрея Бабушкина»).

Адрес официального сайта Комитета в Интернете: www.zagr.org_centrsud.com

Официальный медиалоготип: WHITENEWS.pressWHITEMEDIAGROUP

Расчетный счет - 407038106380500001168, кор. счет 30101810400000000225, Сбербанк, Московский банк, ВСП № 01835

КПП 771501001. ИНН 5216004744. ОГРН 1025200001012. ОКПО 59628359. ОКАТО 22232816001. ОКВЭД 91.33. ОКФС 50. ОКПОФ 83. ОКОГУ 61300. ОКОНХ 96190, 98600, 98400.

С 2009 года организацией издаётся «Российский тюремный журнал». С 2012 года организацией издаётся журнал «Вестник общественного контроля»

При ответе обязательно ссылаться на исходный номер.

Переписка с частными лицами ведется только по собственной инициативе организации. Полученные материалы не рецензируются и не возвращаются. Никаких обязательств по этим материалам организация не несет. Вся помощь оказывается бесплатно. Внесение пожертвований приветствуется, но не является обязательным.

**ПРЕЗИДЕНТУ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПУТИНУ ВЛАДИМИРУ ВЛАДИМИРОВИЧУ**
103132, Россия, г. Москва, ул. Ильинка д. 23

**Секретарю Совета Безопасности России
Патрушеву Николаю Платоновичу**
103132, Россия г. Москва, Ипатьевский переулок 4/10

Аналитический доклад о проблемах оптимизации здравоохранения, медицинского образования и медицинской науки

– Раздел 1 подготовлен на основе наших собственных источников, путём опроса крупных специалистов из сферы здравоохранения – и обобщения их ответов.

– Раздел 2 подготовлен на основе материалов открытых источников.

– Раздел 3 подготовлен как наше системное обобщение, на основе современных научно-прикладных концепций организационных войн.

Раздел 1. Оценка текущего кризиса российского здравоохранения, медицинского образования и медицинской науки

Оценивая текущую ситуацию, опрошенные нами специалисты выделили следующие критические, системные проблемы.

Проблемы здравоохранения и профессии врача в целом:

- Морально-этический, смысловой кризис, обесценивание профессии и миссии врача в России.
- Деграция основной деятельности врачей под давлением формального менеджмента.
- Смена клинической парадигмы с подхода «Лечи не болезнь, а больного» на «Лечить диагноз» – под давлением формальной стандартизации.
- Бюрократические сложности с назначением психотропных и наркотических препаратов.
- Бюрократическое насилие над кадрами, ненормальные требования к повышению квалификации врачей.
- Коммерциализация закупки лекарств, лоббирование и коррупция.
- Высокая коррупциогенность закупок в сфере здравоохранения.

Проблемы в сфере медицинского образования:

- Деграция программ дополнительного образования и повышения квалификации, под давлением формальных процедур и «ухода в онлайн».
- Падение престижа преподавателей-медиков.
- Проекция общих проблем российского образования (бюрократизация и формализация, чехарда учебных программ и т. д., и т.п.).

Проблемы в сфере медицинской науки:

- Проблемы в сфере менеджмента и обеспечения научно-медицинских учреждений.
- Проблемы в области фундаментальных научных исследований.

1.1. Морально-этический, смысловой кризис, обесценивание профессии и миссии врача в России

В здравоохранении, медицинском образовании и науке уже несколько лет идет кризисный процесс и если его срочно не осознать и не остановить – приведет к полному разрушению и потере всего капитала стоического и патриотического труда и развития, достижений Российской медицинской науки и практики.

В практической медицине в этот сложный кризисный период происходит тектоническое смещение и разрушение базовых моральных принципов:

гуманизма, милосердия, бескорыстия, ответственности, которые закреплены в названиях специальностей и должностей – *медсестра, медбрат, нянечка*, а соответственно, и *врач* – как родной отец (или мать) – заботливый, добрый, отзывчивый, ответственный... и которые отражают запросы больных. Пациенты психологически – дети. Во время болезни они становятся слабыми и беспомощными, зависимыми от медиков. Стационар, поликлиника – для них больше чем родной дом, с надеждой на большую защищенность, доброту, заботу, с бескорыстием и вне сферы бизнес-проектов.

Реформа и оптимизация государственного здравоохранения, рыночный менеджмент перевели сегодня милосердное, бескорыстное профессиональное служение медиков в категорию медицинских услуг, которые все чаще становятся платными.

Для медиков, пришедших в профессию по призванию, априори приоритетными ценностями являются полезность людям, альтруизм, отзывчивость, бескорыстие, профессионализм, коллективизм, развитие и совершенствование, передача опыта молодым коллегам, самоутверждение высокими результатами собственного труда. Но все это перекалифицировали в оказание услуг, оцениваемых по динамичным рыночным курсам, при этом устраняется базовая платформа, включающая такие понятия и деяния как сочувствие и помощь, идет намеренное перевоспитание общения в социуме на язык экономических и бизнес-отношений.

Для современных менеджеров медицинских услуг приоритетными ценностями являются личное обогащение, комфортность условий работы и жизни, «крутой» имидж, умение беречь себя и ограждать от рисков и потерь, перекладывая свои обязанности на других, уплотнение площади, приносящей доход от работы, прицел на закрепление во власти, в администрации. Для них приемлема поверхностная профессиональная наслышанность, осведомленность, но не компетентность, не самоутверждение, а самолюбование администрированием, контролем и спросом с других, эксплуатацией специалистов. Назначения на руководящие должности осуществляются ими не по профессиональным достоинствам, опыту и заслуженным званиям, а по принципу «ты мне – я тебе»...

1.2. Деграция основной деятельности врачей под давлением формального менеджмента

Административный, формальный контроль за прибытием и присутствием на рабочем месте, введение системы наказаний врачей за невыполнение

утвержденных Минздравом рекомендаций. Даже поступая в интересах жизни больного, врачи рискуют стать виноватыми и наказуемыми за назначение дешевых лекарств, а это дезорганизует работу, снижает ее качество и желание работать из-под формализованной палки.

Формальный менеджмент в здравоохранении направлен против целевого и смыслового содержания здравоохранения, ведет к его административному разрушению, к разобщению и отчуждению, несоблюдению принципов корпоративной этики, коллективизма, потере чувства личного достоинства и вклада в общий успех. Приоритет жесткого формализма обеспечивает деградацию содержания слаженной коллективной работы медиков.

1.3. Смена клинической парадигмы с подхода «Лечи не болезнь, а больного» на «Лечить диагноз» – под давлением формальной стандартизации

Базовым принципом в образовании и воспитании врача в России и СССР был принцип «Лечи не болезнь, а больного», то есть индивидуальный подход к человеку. Сейчас введены клинические рекомендации и стандарты диагностики и лечения, требующие лечить «диагноз» (в соответствии со строгим перечнем набора симптомов), с применением стандартизованных наборов лекарств, процедур, соблюдением периодов длительности лечения (койко-дней) для достижения часто необоснованно прогнозированных результатов. Стандартизация в лечении больных, различающихся по множеству признаков (особенно при заявляемом улучшении персонализированной диагностики), не может быть жесткой, что очевидно из всей практики и примеров классической медицины. Персонализация и стандартизация – на практике часто проявляются как взаимоисключающие принципы

1.4. Бюрократические сложности с назначением психотропных и наркотических препаратов

В настоящее время по причине бюрократических сложностей и косности законодательства стало очень трудно получить некоторые иногда жизненно необходимые пациенту лекарства, которые признаны наркотическими.

Так, например, в современной социальной, экономической и политической ситуации, вызывающей у населения тревогу, напряженность, бессонницу, раздражительность, существенно и ожидаемо возрос спрос на транквилизаторы – феназепам, седуксен (реланиум, сибазон), грандаксин, мебикар и др. Эти препараты десятки лет были распространенными, эффективными и доступным по стоимости средствами. Рецепты на них по праву могли выписывать врачи всех специальностей. В настоящее время феназепам стал строго учетным, как наркотик. Выписать этот препарат могут только врачи психиатры, работающие в поликлиниках, имеющие возможность фиксировать такие назначения и в амбулаторных картах для удобства предметно-количественного учета препаратов. В то же время выглядит нелепо и неоправданно, что врачи, работающие в стационарах, и преподаватели вузов, даже доценты и профессора, консультирующие нередко трудных пациентов в стационарах и поликлиниках, не имеют права выписывать феназепам: рецептурные бланки им не выдаются.

В таких условиях, для того, чтобы взрослому пациенту, способному продолжать трудовую деятельность, выписать транквилизатор, ему необходимо обратиться к участковому врачу-психиатру, чтобы завести карту амбулаторного больного, описать в ней психические расстройства, как основание для назначения транквилизатора. Это создает для многих нуждающихся препятствия для обращения за медицинской помощью. Кроме того, вследствие высокой стигматизации психических расстройств, в населении распространено мнение, что заведение «карточки» автоматически обеспечивает внесение фамилии пациента в «базу данных» психиатрической службы, после чего обратившийся лишится прав на вождение автомобиля, владение оружием, сделки с имуществом, выезда за границу, определенного трудоустройства и т.д. **В результате люди, нуждающиеся в оказании консультативной помощи и, возможно, медикаментозной терапии, отказываются от обращения в государственные психиатрические учреждения. В подобных ситуациях, требующих межведомственного взаимодействия Минздрава, МВД и ГИБДД и других ведомств, оказалось легче всего принять абсурдное решение – ограничить права больных и врачей, что в корне не правильно.**

1.5. Бюрократическое насилие над кадрами, ненормальные требования к повышению квалификации врачей

Требование непрерывно повышать профессиональную квалификацию врачей выполняется с приоритетом интересов и прав контролирующих.

Врачи заняты лечебной работой, которую за них никто не делает. В каждом лечебном учреждении имеются отделы кадров, которые ранее всегда следили за календарными сроками очередной, плановой учебы сотрудников. В настоящее время ответственность за своевременную учебу, повышение квалификации переложили на самих врачей, не все из которых владеют цифровыми технологиями, навыками сложного поиска в интернете нужных циклов и сложной процедуры заблаговременного оформления на циклы обучения. Часто программы дают сбои по техническим причинам. На оформление уходит много часов и дней стрессующей головомошной работы. Многим не удается заблаговременно оформиться. **Количество заявок на учебу из-за бюрократических и технических сложностей снизилось.** Администрация Минздрава озвучила свое заключение о том, что врачи не хотят учиться в имеющихся Вузах у работающих в них преподавателей и предупредила, что количество ставок преподавателей будет сокращаться пропорционально количеству поступающих заявок. Преподаватели предупреждены о вероятности перевода на 0,5, 0,25 и даже на 0,1 ставки. Причем ставка доцента составляет около 20 тысяч рублей – ниже зарплаты санитарки. Ставка профессора сравнима с зарплатой медсестры и ниже зарплаты врача. В советское время зарплаты ассистентов, доцентов и профессоров были существенно выше. Такая финансовая политика снижает престиж и авторитет преподавателей, вынуждает их работать по совместительству, в ущерб времени на полноценный отдых и оздоровление.

Преподаватели – главное звено в коллективах вузов, на них держатся учебная, научная, консультативная, общественная работа, которую за них никто не делает. В настоящее время в вузах очень большой штат административного персонала с современным техническим оснащением. Однако всю первичную работу – начиная с набора учащихся, составления и сбора множества документов, программ, расписаний, отчетов должны выполнять преподаватели. Они всем должны, во всем виноваты, никак не защищены.

В настоящее время квалификация и профпригодность врачей оценивается исключительно по формально-бюрократическим признакам. Имеются факты о том, что даже в ситуации дефицита врачей в диспансере, опытных, квалифицированных опытных врачей администрация отстраняет от работы только потому, что у них закончилось действие сертификата. Врач от этого не поглупел, свою специальность не забыл, но работать ему запрещают до получения нового документа о прохождении учебы и подтверждения своей квалификации и профпригодности. Врачу это ставят в вину, стыдят, наказывают рублем. Разрешают учиться только без отрыва от работы. Но реально учиться

врачи, при всем желании, не могут, так как работать с больными некому. А рабочее время в учебных и медицинских учреждениях совпадает. Таких примеров нарушений логики в административных технологиях с нарушением прав врачей и больных довольно много.

1.6. Коммерциализация закупки лекарств, лоббирование и коррупция

Много вопросов вызывает и проблема закупки лекарств для больниц. Мнение врачей и потребности пациентов не учитываются. Как правило, отечественные и недорогие препараты не закупаются. Даже если их нет в стационаре, но они показаны больному и больной согласен приобрести их самостоятельно, врачи не имеют права выписывать эти лекарства: лечить обязаны только теми средствами, что имеются в аптеке больницы. Лечение в стационаре должно быть бесплатным. **Охотнее всего администрацией больниц закупаются импортные, дорогостоящие препараты**, даже, если они малоэффективны, или очень дорого стоят и после выписки из стационара пациенты не смогут продолжить лечение ими.

Учитывая практику того, что научные конференции и мероприятия обычно спонсируются фармацевтическими фирмами, рекламирующими препараты, спонсоры включают свои расходы в цену рекламируемых препаратов. В итоге за все расплачиваются больные.

1.7. Высокая коррупциогенность всех закупок в сфере здравоохранения

Общее бедствие коррупции в России особенно болезненно бьёт по жизни и здоровью людей в сфере здравоохранения. При общей зарегулированности этой сферы, по действительно критическим вопросам региональные департаменты здравоохранения совершенно неподконтрольны федеральному центру. В ряде неблагополучных регионов (таких, как Орловская область) сфера здравоохранения становится одной из самых доходных «кормовых полей» для региональных чиновников:

- строительные подряды и сдача негодных объектов (корпуса-недострои и долгострои, как орловский «Титаник», негодные ФАПы и др.);
- закупка высокотехнологичного оборудования;
- закупка лекарственного обеспечения – для больниц и для льготных категорий граждан,

– медицинская информатизация (например, внедрение медицинской информационной системы в Орловской области и последующие платежи за обслуживание на фантастические суммы, уже превысившие 1 млрд. рублей, при частично работающей системе),

– **всё это стало привычным источником личного обогащения для региональных чиновников.**

В Орловской области для получения полагающихся лекарств, в том числе детям, льготникам приходится прибегать к содействию прокуратуры. Прокуратура более 2 тыс. раз в год обращается в суд, чтобы принудить региональных чиновников закупить лекарства. Есть обоснованные подозрения, что на основании решения суда оказывается возможной более «удобная» и быстрая закупка лекарств у нужных поставщиков.

И это – только небольшая часть примеров запредельной и циничной коррумпированности чиновников в сфере здравоохранения.

1.8. Деграция программ дополнительного образования и повышения квалификации, под давлением формальных процедур и «ухода в онлайн»

В отношении образования врачей также отмечаются болезненные проблемы, касающиеся введения новых образовательных и организационных информационных технологий, которые проводятся в потусторонних условиях, вне клиники, отдаляют обучающихся не только от профессионального общения с преподавателем, но и от больного, подменяют возможность получения наглядных системных знаний фрагментарными наборами профессиональных компетенций. Такие занятия необходимо проводить со строгим отбором тем и дозировано. Иначе это сравнимо с обучением летчика по книгам и лекциям *online* вне полигона и летательного аппарата. Недопустимо, что такие образовательные программы предлагаются целыми циклами как обязательные, они направлены на формализацию приемов, наборов средств, укладку их в кластеры признаков и пакеты данных (без детализации всех возможных индивидуальных особенностей, встречающихся в реальности у больных), удобно переставляемых из одной сферы медуслуг в другую в расчете на то, что врач самостоятельно постигнет это в ходе собственной практики.

Кроме вышеперечисленного введения жесткого, громоздкого, не всегда понятного, логичного и своевременного формального администрирования системы дополнительного профессионального образования (ДПО), которая включает

необходимость сбора и представления десятка документов, проводимые сокращение доли бюджетных циклов и ориентация на расширение в целом внебюджетного, платного, образования в бюджетных по названию образовательных учреждениях, вызывают когнитивный диссонанс, недоумение, моральную и психическую травматизацию и обучающихся, и обучающихся.

В то же время в системе профессионального образования созданы правовые условия для возможности купить сертификаты и дипломы частных образовательных учреждений за меньшие деньги, без лишних хлопот и без реального обучения. Этот эскорт-вариант «образования без образования» становится все более привлекательным и востребованным, тем более что документы об образовании в государственных и коммерческих организациях имеют одинаковую легитимность.

Современные управленческие и административные технологии стали значительно более формальными, жесткими, не помогающими врачам реализовать свои потребности и возможности приносить пользу пациентам и обществу, а наоборот – создающими препятствия для системной, конструктивной и продуктивной работы.

Профессиональные интересы врачей и научных сотрудников все чаще приносятся в жертву интересам и заданиям административной элиты любого ведомства, для которого приоритетны не научные изыскательские (часто оправданно затратные и престижные), а выгодные финансовые, правовые и конъюнктурные интересы.

1.9. Падение престижа преподавателей-медиков

Престиж профессии преподавателя медицинских вузов целенаправленно снижается, судя по количественным показателям финансовой оценки трудозатрат: зарплата доцентов ниже зарплаты медсестер и санитарок, а зарплата профессоров – ниже зарплат врачей. Это не может быть не связано со стабильным снижением мотивации молодых врачей обучаться в аспирантуре, что очевидно в последнее десятилетие, и со снижением целеустремленного желания молодых врачей продолжать обучение в аспирантуре и выполнять диссертационные исследования, включаться в развитие медицинской науки. Их отталкивают большие трудовые, временные и финансовые затраты на подготовку и защиту диссертаций, отсутствие перспективы привлекательного трудоустройства, имея перед глазами пример неудовлетворенности работой и вознаграждением за труд у большинства врачей и преподавателей.

Большинство врачей, а также научных и педагогических сотрудников, преподавателей медицинских вузов, имеющих опыт работы в СССР и после его разрушения, в РФ, отмечают снижение социального, экономического и морального положения врача. Сегодня зачастую специалисты с большим и ценным опытом работы, обладающие базой фундаментальных знаний, не находят места для достойного вложения этого капитала, становятся не востребованными в школах, институтах и академиях, нацеленных на ускоренную стандартизацию и упаковку знаний в продаваемые пакеты и базы готовых данных для программируемого управления, а не для принятия самостоятельных решений, творческого осмысления и дальнейшего перспективного развития отраслевых наук.

1.10. Проекция общих проблем российского образования (бюрократизация и формализация, чехарда учебных программ и т. д., и т.п.)

Базовые принципы образования и национальные традиции ломаются и в школьном образовании. Образность, голографичность, гуманитарность образования, неразрывно соединенные с воспитанием высоких духовных качеств людей, стали подменяться цифровизацией со сменой приоритетов и ценностей от творчества и гармоничного развития на квалифицированное потребительство, упрощение представлений о мире и Человеке, на эгоизм и разобщение людей, сталкивание их в конкуренции за «бабки», проценты, кэшбэк и иные завлекательные потребительские ресурсы. Из-за этого в современном мире, по утверждению Генсека ООН, стали преобладать хаос и разобщенность.

Одновременное введение множества программ и форм обучения и принципа свободного выбора врачом интересного для него цикла вызывал одобрение, но административная реализация такого подхода в 2022-23гг. проведена таким образом, что большинство преподавателей и врачей об этом не знали. Сбор заявок через портал Минздрава проводился в период летних отпусков. Подача заявок в это время для большинства была не актуальна. В результате врачами было подано заявок в разы меньше, чем это реально необходимо. Этот промах в работе администрации был использован как основание для парадоксального, по сути, вывода о том, что циклы большинства кафедр не востребованы и поэтому реально не нужны, а объем финансирования образования будет соответствовать количеству поданных заявок, то есть минимизирован. В результате и преподавательский состав большинства кафедр будет сокращаться в соответствии с количеством поданных

заявок на обучение, или же преподаватели будут обоснованно переводиться на 0,1-0,2 ставки, соответственно планируемой загруженности работой с курсантами. В этих сугубо организационных просчетах, допущенных администрацией по оптимизации образования, очевидна сухая финансовая заинтересованность, что подлежит ответственному анализу и разрешению. **Большинство преподавателей понимают эти действия администрации как административную технологию разрушения дополнительного, последипломного профессионального образования врачей.**

1.11. Проблемы в сфере менеджмента и обеспечения научно-медицинских учреждений

В научных институтах Минздрава России менеджмент ориентирован на извлечение из ученых интеллектуальной продукции, которой можно отчитаться пред вышестоящими структурами, получив за это моральное и материальное вознаграждение.

К сожалению, в настоящее время менеджмент современной науки в ряде государственных научно-медицинских учреждений очень низкого качества, так как осуществляется людьми, слабо знающими организационные особенности научной работы в лечебном учреждении, не учитывающими многих потребностей для работы творческих кадров. В результате научные работники недостаточно и с перебоями обеспечиваются приборами и реактивами, необходимыми для проведения исследований, *в расчете на самообеспечение*, и без кадровых помощников вынуждены работать кустарями-одиночками. Творческий труд отличается от механического и по условиям, и по производительности, и врачам это понятно без объяснений. Количество произведенной публикационной и другой интеллектуальной продукции не всегда может строго соответствовать количеству затраченных часов и дней рабочего времени, при этом большое значение имеет организация рабочего места. Идеи и образы не могут созреть в помещении, подобном офисному, где разговоры и передвижения других сотрудников могут отвлекать, вызывать протестные негативные эмоции, блокирующие творческую деятельность.

Принудительное пребывание на таком рабочем месте, условная (в баллах) оценка эффективности ежемесячной работы, с привязанностью размера зарплаты к этой оценке, бдительный надзор за присутствием на рабочем месте с предупреждением о материальном наказании за нарушение режима или отсутствие без разрешения по приказу директора, отсутствие библиотечных дней и отсутствие

понимания, в целом, – все это вызывает протестные негативные эмоции, блокирующие не только творческую деятельность, но и провоцирующие разрушение душевного и соматического здоровья научных работников.

При всех перечисленных негативных сторонах вызывает недоумение нерациональное распределение расходов госсредств, так как известно о зачислении на ставки научных сотрудников лиц, не имеющих на это основания (соответствующего специалитета и сертификата), то есть привлеченных к работе случайным образом или по корыстным, личным соображениям. Научная продуктивность таких сотрудников оценивается как удовлетворительная благодаря практикуемой системе коллективного соавторства (то есть благодаря приписыванию роли соучастника исследования) практически во всех публикуемых материалах. Сложившаяся ситуация – не частный единичный случай и поэтому не может оставаться незамеченной и безнаказанной.

Для создания интеллектуального продукта нужны образованные, профессионально подготовленные, творческие люди. Творческая деятельность имеет ряд особенностей, которые необходимо знать и учитывать, способствуя выполнению госзаданий созданием условий для работы ученых. Необходима и мотивация духовная – целевая, смысловая, эмоциональная, позволяющая выразить любовь к своей работе, желание помочь пациентам стать более защищенными, здоровыми, продуктивными и счастливыми.

Поэтому для творческой работы нужны материальные и организационные условия – рабочие кабинеты, которые позволяют без помех сосредоточиться, сконцентрировать внимание и мышление, чтобы трудиться продуктивно, глубоко погружившись в осмысление проблемы.

Для осуществления клинико-лабораторных и экспериментальных исследований в научно-исследовательских центрах с собственной клинической базой нужны не только подбор кадрового состава лабораторий, но и адекватное для выполнения госзаданий оснащение: техническое оборудование, реактивы для проведения экспериментов, анализов, определения различных количественных и качественных характеристик изучаемых процессов. Все оснащение и расходные материалы приобретаются учреждением по обоснованно представленным заявкам руководителями лабораторий или научно-исследовательских проектов, утвержденных в перспективных программах на заседаниях Ученых советов.

Необходима укомплектация не только специалистами с высшим образованием, но и средним и младшим вспомогательным персоналом, нужны помощники – лаборанты, младшие научные сотрудники для выполнения технических, подготовительных, вспомогательных видов работ, оформления документации и др.

Для эффективного выполнения не только текущей клинико-лабораторной диагностической, но и научно-исследовательской работы на клинической базе необходимо привлекать аспирантов и создавать условия для успешной работы, обеспечив защиту от опасностей и всестороннюю поддержку – организационную, моральную, финансовую, эмоциональную для продуктивного взаимодействия науки и практики на междисциплинарном уровне.

1.12. Проблемы в области фундаментальных научных исследований

Необходимо особенно подчеркнуть пагубное для практической медицины недопустимое отношение, сложившееся к фундаментальным научным исследованиям. Не секрет, что с принятием в июне 2013 г. Федерального закона «О РАН и реорганизации государственных академий наук» для управляющих лиц во многих, если не всех сферах Российской науки, включая медицинские, область фундаментальных исследований стала трудной, недостижимой, «токсичной» и невостребованной. Фундаментальные изыскательские программы стали отклоняться в угоду принятия заказных госзаданий от Ведомств разного ранга. К сожалению, кроме того, что эти госзадания не нацелены на перспективу и глубокое изучение предмета и поэтому зачастую повторяются из года в год с небольшой перефразировкой, их формулируют, и контролируют, и обеспечивают люди, далекие от науки – деловые менеджеры, заточенные на максимально экономически выгодное, ускоренное решение всех задач. А поскольку обеспечение касается не только чисто финансовой стороны, но и технологий, реактивов, кадров для фундаментальных поисков и находок – в этом весь постреформенный период испытывается дефицит.

Настрой руководства на скорость и малозатратность выполнения госзаданий формирует примитивизм планирования и отсутствие понимания взаимообусловленности методов и достижений, формирует неуважительное и потребительское отношение к исполнителям госзаданий, пренебрежение к обоснованным запросам ученых, а у ученых рождает недоверие к руководству и нездоровые, созависимые и/или конкурентные отношения в коллективах.

Доходит до того, что без решения Ученого Совета отклоняются и изымаются из общих Программ Учреждений важнейшие темы неугодных сотрудников (и, соответственно, исключается финансирование этих тем), в том числе – темы, посвященные исследованию здоровья детей и подростков из групп риска, досрочно закрываются важные научно-практические междисциплинарные

договорные темы, сокращаются научные ставки, занятые функционально активными сотрудниками.

Вышесказанное особенно актуально в связи с подчеркнутым в подписанном Президентом России В.В. Путиным Проекте развития Российской науки до 2030 года особым отношением к фундаментальным наукам – необходимостью создания максимальных условий для их развития, не притесняя интересов и нужд, свободы мышления ученых.

Очевидно, что складывающаяся современная информационно-конкурентная среда в науке требует серьезного анализа и **инновационного, многостороннего и наукометрического** подхода в оценке научно-исследовательской деятельности не только отдельных ученых, но и коллективов в целом.

Лучшие результаты в науке, управлении знаниями и научными коллективами достигаются в том случае, когда сотрудники доверяют **корпоративной этике и культуре**, а не тогда, когда используется система строгих правил, диктата и иерархии управления.

Раздел 2. Система Семашко как лучший мировой опыт – и нелучшие альтернативы

Раздел подготовлен на основе материалов из открытых источников.

2.1. Общие принципы системы Семашко, мировое признание

Система Семашко — модель национальной системы здравоохранения, в рамках которой медицинская помощь обеспечивается иерархической системой государственных учреждений, объединённых в министерство здравоохранения и финансирующихся из национального бюджета. Обеспечение медицинскими услугами граждан страны предполагается всеобщим, равным и бесплатным, особое место уделяется работе по социальной гигиене и профилактике заболеваний.

Система впервые была разработана и внедрена в Советском Союзе под руководством Н. А. Семашко и носит его имя, различные версии системы использовались во всём мире, в основном в странах социалистического блока. Опыт построения системы Семашко тщательно изучался и использовался при проектировании аналогичной системы Бевериджа, принятой в Великобритании и некоторых других странах. Многие развитые страны мира — Швеция, Ирландия, Великобритания, Дания, Италия и другие — создали свои бюджетные системы здравоохранения, опираясь на опыт созданной в СССР системы Семашко и появившейся после окончания Второй мировой войны системы Бевериджа. Система Семашко стала первым опытом создания единой общенациональной системы медицинского обеспечения и в рамках её построения было создано первое в мире министерство здравоохранения.

Советская система здравоохранения по праву считалась лучшей не только в нашей стране, но и во всем мире. 23 января 1970 года американский журнал LIFE под заголовком «Советская медицина 1970 года» («Soviet medicine of 1970») опубликовал серию статей с фотографиями о медицине в СССР. LIFE, не без восхищения, тогда отметил: «...каждый может получить бесплатную медицинскую помощь. От рождения до смерти вслед за советским гражданином следует досье о его здоровье. Он может получить медицинскую профилактическую помощь, не оставляя своего поста или места в школе, на фабрике, ферме или офисе. Если он болен, но может ходить, он идет в поликлинику — один из тысячи бесплатных лазаретов».

2.2. Мифы, дискредитирующие советскую модель здравоохранения и их опровержение

После распада СССР началась планомерная кампания по разрушению устоявшейся и реально работающей советской системой здравоохранения. В СМИ постепенно появлялась информация, разгоняемая заинтересованными кругами, очерняющая пользу и производительность отечественной медицины.

В частности, расходились такие мифы, как:

Миф №1. «Медицина была подвержена политическому влиянию официальной идеологии, из-за этого советские врачи не знали не только о современных подходах к лечению, но и о новых формах лекарств, современном оборудовании, а также о т.н. «доказательной медицине».

Опровержение: на самом деле советская медицина тесно сотрудничала с мировой в области фундаментальных клинических исследований. Советский Союз был одним из учредителей Всемирной организации здравоохранения. Советские врачи участвовали в семинарах, симпозиумах и исследованиях. Только за 1966–73 гг. состоялось более 70 семинаров, симпозиумов и курсов по линии ВОЗ, а также международные конгрессы хирургов, геронтологов, фтизиатров и др. Кроме того, СССР оказывал помощь развивающимся странам в строительстве больниц, проведении мероприятий по борьбе с инфекционными заболеваниями, подготовке врачей-специалистов и т. д.

Миф №2. «Большинство лекарств приходилось заказывать из-за рубежа, ведь наша фармацевтичность не развивалась».

Опровержение: СССР постоянно развивал свое фармакологическое производство, особенно для простых граждан. Например, по производству антибиотиков наша страна была на втором месте в мире, а в целом обеспечивала собственные потребности в лекарственных средствах более чем на 70 % (остальное получая по кооперации со странами СЭВ и из Индии).

Миф №3. В СССР было огромное число больниц и постоянно строились новые, что вело к нерациональному растрачиванию бюджета и плохому медобслуживанию.

Опровержение: Дело в том, что в 60–70-е годы задача состояла в обеспечении квалифицированной медицинской помощью населения не только крупных городов, но и самых дальних окраин страны. Поэтому строительство новых медпунктов являлось важной задачей. После постройки шла специализация. Причем постепенно узкоспециализированные пункты заменялись многопрофильными поликлиниками.

Все эти мифы создавались вовсе не для того, чтобы качественно реформировать медицинскую систему РФ. Вся ложь была направлена на разрушение старой советской системы, очернение ее, внедрение в массовое сознание людей идеи о том, что медицина в большинстве своем должна быть платной.

2.3. Нелучшие альтернативы, возникшие на обломках советской системы

В качестве альтернативы Системе Семашко была предложена так называемая модель «бюджетно-страховой медицины».

Эта парадигма заключалась в обширном применении обязательного и дополнительного медицинского страхования. Создавались фонды, в которые делались отчисления из зарплаты граждан (3,6 % от дохода). Фонды оплачивали лечение пациентов и зарплату врачей. Закупка медикаментов и оборудования формально ложилась на бюджет. Но в жизни было все иначе: часто бюрократические схемы выкачивали день на оборудование из фондов. Постепенно система ОМС обросла серыми схемами и откатами.

Так, еще 28 июня 1991 года Верховный Совет РФ принял Закон «О медицинском страховании граждан РСФСР». Уже в этом варианте система медицинского страхования мыслилась при минимальном участии государства. Однако в апреле 1993 года Верховный Совет РФ внес поправки, создавшие фонды ОМС.

Параллельно с обязательным страхованием вводилось и дополнительное. Простыми словами – чисто коммерческое. Естественно с самыми лучшими и широкими условиями. Но и по стоимости дорогое. С самого начала своего существования ДМС предполагалось, как добровольное. Но, в реальности у людей стоял совсем не легкий выбор: либо лечиться кое как в бесплатных клиниках, либо ходить к хорошим узким специалистам за немалые деньги, либо не лечиться вообще.

Вся эта «бюджетно–страховая» медицина предполагала своей целью сделать «отсталую» советскую медицину «не хуже, чем на Западе». Однако очень наивно было бы буквально воспринимать данное выражение, ведь на Западе не существует одной единой системы здравоохранения. В каждой стране она различается. Это либо государственный бюджет (как, например, в Великобритании и Канаде). Либо принудительные взносы в фонды обязательного медицинского страхования (как в Германии, Франции, Бельгии, Голландии). Либо, наконец, американская система

«страховой» медицины, предполагающая добровольные взносы частным страховым компаниям.

Английскую модель наши «прозападные» реформаторы отвергли по причине ее сильной огосударственности, ведь нужно было построить что-то кардинально отличающееся от системы Семашко. Притом, что многие западные эксперты приводят эту модель в качестве примера «высочайшего качества организации и общедоступности медицинской помощи для населения страны». А ведь именно советская система Семашко стала прообразом английской модели медицинского обслуживания.

Немецкая система ОМС вводилась у нас в стране еще начиная с 1889 года. Тогда в Государственный совет (высший законосовещательный орган Российской Империи) был представлен проект закона об ответственности владельцев промышленных предприятий за увечье и смерть рабочих.

Также уже советская власть дважды пыталась ввести данную германскую систему: в 1917–1918 гг. была введена так называемая рабочая страховая программа. Второй раз к страховой медицине Советское государство возвращалось в период НЭПа (1921–1931 гг.). Но, как мы видим из практики, именно советская система здравоохранения возвела отечественную медицину на пьедестал мирового признания.

В 1990-х годах в России ввели смешанную систему: она как поддерживалась бюджетом, так и черпала ресурсы из страховых фондов. На такой шаг власть пошла, так как понимала, что полностью страховая медицина будет недоступна людям в то глубокое кризисное время. **Поэтому внедрение «системы ОМС» не сопровождалось глубоким разрушением самой структуры советского здравоохранения. Однако запустило процесс постепенной, неуклонной его деградации, к предельной черте которой страна подошла в настоящее время.**

2.4. Разрушение иммунобиологической безопасности страны, дискредитация иммунопрофилактики

В СССР иммунопрофилактике уделялось огромное значение. Инфекционная защита граждан постулировалась, как один из важных элементов национальной безопасности страны. Именно в Советской стране в 1951 году была введена карточная система учета прививок, что позволило государству следить за инфекционной защитой людей. Благодаря этому нововведению в стране в несколько раз была снижена заболеваемость такими инфекционными заболеваниями, как дифтерия, корь, паротит, врожденная краснуха и т. д. Особую

заслугу мирового значения Советский Союз получил с изобретением сотрудниками АМН СССР оральной полиомиелитной вакцины, которая используется и по сей день. Данная вакцина стала первой в мире технологией вакцинного производства, сертифицированной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

К 1980–1990-м годам СССР оказался среди мировых лидеров по борьбе с инфекционными заболеваниями. **При этом иммунобиологическую безопасность внутри страны обеспечивала мощная инфраструктура, объединившая десятки иммунобиологических и фармацевтических предприятий на всей территории Советского Союза.** Эти предприятия покрывали потребности страны в вакцинах и сыворотках почти на сто процентов.

Но в 1990–е годы ситуация резко изменилась. С разрушением «системы Семашко» начался развал и единой системы иммунопрофилактики. **После сокращения выпуска отечественных вакцин на внутренний медицинский рынок пробился поток иностранных препаратов, качество и безопасность многих из которых не были правильно доказаны. Разрушалась единая цепочка научно–производственных иммунобиологических комплексов, происходила «утечка мозгов» и закрытие крупных фармпредприятий.** Все это привело к тому, что российская фармпромышленность была вытеснена из лидеров мирового рынка. Хуже того, даже в нашей стране отечественные препараты утрачивали конкурентоспособность и замещались дорогостоящими импортными препаратами.

А еще в начале 2000 года в России была зарегистрирована инактивированная полиомиелитная вакцина (ИПВ) французской фармкомпании Sanofi Pasteur. Уже в 1990-х годах эта компания перехватила инициативу у России и в производстве вышеупомянутой оральной вакцины (ОПВ), благодаря которой в 1960-е гг. СССР «провел молниеносную войну против полиомиелита».

Были попытки отечественных специалистов Института им. М. П. Чумакова начать разработку собственной ИПВ, но они не были услышаны высокими чиновниками. В 2006 году французская антиполиомиелитная вакцина была внесена в Национальный календарь прививок.

Летом 2006 года в Санкт-Петербурге Россия впервые председательствовала на саммите «Большой восьмерки». Тогда наша страна выбрала основной темой борьбы с инфекционными заболеваниями. Данное обсуждение поддержали все участники саммита. Принятое тогда главами «восьмерки» заявление «Борьба с инфекционными болезнями» определило «долгосрочную глобальную стратегию противодействия угрозам здоровью, связанным с распространением эпидемий, которые препятствуют развитию человечества, как в области здравоохранения, так

в социальном и экономическом аспекте». Многие СМИ расценивали вышеупомянутое заявление, как возврат Россией достойного места на мировом рынке вакцин. Другие не слишком радужно смотрели в будущее, говоря, что распространение программ вакцинации уже само собой стало в современном мире высокорентабельным бизнесом. И очевидно, что впустив Россию на мировой рынок вакцин, Запад, во-первых, не собирается отдавать ей первые позиции, во-вторых, стремится получить что-то более значимое взамен. **Выяснилось, что участие России в международных программах вакцинации, в первую очередь, сводится к роли финансового донора по закупке вакцин и оборудования для развивающихся стран, поставщика «мозгов» и т. д.**

Также следует сказать, что Россию не пускают к участию в донорских программах в странах–сферах российских геополитических интересов. Например, в Таджикистане в 2010 году была крупная вспышка полиомиелита. Наши азиатские коллеги отказались принять бесплатную вакцину, сославшись на прямое указание небезызвестной в России международной организации ЮНИСЕФ.

Участие в донорских программах достаточно сложное: вакцины для бедных стран покупаются на деньги, полученные либо от ООН, либо от ВОЗ. Нуждающаяся страна получает лекарства бесплатно. А производитель получает деньги, а также гарантию на спрос своего продукта. Что это значит? То, что западным компаниям выгодно строить бизнес в России при определенном лоббировании своих интересов. Причем данное лоббирование существует как на внешнем рынке, так и на внутреннем рынке России.

Специалисты за период 10-х гг. фиксировали все большее присутствие на российской рынке вакцин зарубежных компаний. При этом, их продукция продается по гораздо более высоким ценам, чем эквивалентная в Европе.

«Рост закупок зарубежных вакцин, а также вакцин, произведенных на российских предприятиях из зарубежных субстанций, — предупреждал ещё в начале 10-х гг. член президиума Российской академии медико-технических наук В. Мельников, — может привести к перепрофилированию или банкротству предприятий, выпускающих отечественные вакцины, и, как следствие, к незащищенности населения России». А фактически — к потере лекарственного и иммунобиологического суверенитета страны.

2.5. Модные подходы: на примере доказательной медицины

Как уже говорилось, повсеместно, с разрушением советского медицинского наследия в России идет постепенное внедрение различных западных технологий.

Они якобы способны качественно поднять уровень российского здравоохранения. Например, рассмотрим т.н. «доказательную медицину»

Данная теория предполагает сбор информации из врачебной практики и исследований, которые позволят создать некий общий «стандарт» лечения заболеваний.

Доказательная медицина приобрела особенно большой вес в странах Западной Европы, США и Канаде в связи с информационным и коммуникационным бумом в 90-х годах XX века.

Теория «доказательной медицины» предполагает, что каждое нововведение в практику здравоохранения и лечения должно соответствовать заранее выведенному общему «стандарту». То есть каждый проект должен быть безопасным, эффективным и экономически оправданным.

На деле концепция «доказательной медицины» появилась на Западе в 70–х годах в ответ на распространение неинфекционных заболеваний. В связи с успехами советской медицины заболеваемость от инфекционных заболеваний в разы снизилась. Но на первый план вышли неинфекционные хронические заболевания. А попытки найти для этих заболеваний лекарства и методы лечения, соизмеримые по эффективности с антибиотиками и вакцинами, не давали ощутимых результатов. Плюс: повысилась смертность от неэффективного, а порой и опасного лечения якобы безобидными препаратами. Наиболее известный пример — рождение детей с уродствами у тысяч матерей, которые во время беременности принимали немецкое успокаивающее средство «талидамид».

В ответ в США и Европе появилась новая наука – клиническая эпидемиология. Ее задачей было проведение исследований на поиск «золотого стандарта» клинических препаратов.

Так как клинические испытания – дорогое удовольствие для бюджета стран, то вскоре ими стали заниматься сами производители лекарств. То есть, как мы видим, снова превратили науку в бизнес.

Так, еще в 2008 году на форуме в Монако международные фармконцерны заявили о намерении перейти от традиционного принципа разделения направлений деятельности на аптечный и госпитальный бизнес к формированию бизнес-структур по типам заболеваний, например отделов кардиологии, онкологии и т. д.

Какой вывод напрашивается по поводу вышесказанного? Внедрение в России «доказательной медицины» позволит западным фирмам лоббировать свои интересы в производстве лекарственных средств и приведении их к «золотому стандарту». При этом данные «стандарты» уже на уровне министерств и ведомств возводятся в статус закона, практически исключая

творческое участие врача, роль которого, по сути, сводится к выписыванию разрекламированных препаратов. Более того, отклонение от «стандарта» влечет к разбирательству специальной комиссии. То есть творческая инициатива многих врачей была и будет загублена в угоду транснациональным бизнес—интересам.

Раздел 3. Организационная война против российского здравоохранения

3.1. Инструменты организационных войн и управляемого хаоса

Понятия организационных войн и управляемого хаоса, будучи «заезженными» в публицистике, имеют конкретное содержание и выработаны в сфере прикладной науки как в СССР и России, так и в США. Заметим, что приём «заезживания» и сведения к банальностям какого-либо понятия или идеи сам по себе является частью организационных и информационных войн. В современной России проблематикой организационных войн в академической науке занимается круг идейных последователей В. А. Лефевра, в частности, в Институте философии РАН (В. Е. Лепский и его коллеги). Сам же В. А. Лефевр после эмиграции, как известно, стал в США одним из зачинателей прикладных междисциплинарных исследований, ориентированных на практическое применение в гибридных войнах нового типа.

В настоящее время проблематика организационных войн достаточно проработана российскими исследователями^{1, 2, 3, 4}.

Выделим основные моменты теории и практики организационных войн, приведя ключевые выдержки из перечисленных источников:

«Применение организационного оружия отражает историческую тенденцию перехода от войн с истреблением противника к войнам, ориентированным на его «самодезорганизацию» и «самодезориентацию»

- 1 Лепский В.Е. Технологии управления в информационных войнах (от классики к постнеклассике) – М.: «Когито-Центр», 2016. – 160 с
- 2 Лепский В. Е. Методологический и философский анализ развития проблематики управления. – М.: Когито-Центр, 2019. – 340 с
- 3 Лепский В.Е. Технологии управляемого хаоса – оружие разрушения субъектности развития // Информационные войны, 2010, №4(16). - С.69-78.
- 4 Владимир Овчинский, Игорь Сундиев: Организационное оружие: Функциональный генезис и система технологий XXI века [Электронный ресурс] // Доклад для Изборского клуба. URL: <https://svop.ru/news/5424/?ysclid=lhkvdnvq2h194382315>

для сохранения имеющейся ресурсной базы в интересах инициатора применения оружия. На практике это осуществляется применением системы организационных (согласованных по целям, месту и времени разведывательных, пропагандистских, психологических, информационных и др.) воздействий на противника, заставляющих его двигаться в необходимом для противной стороны русле. С его помощью можно направить политику противника в стратегический тупик, измотать его экономику неэффективными (непосильными) программами, затормозить развитие вооружений, исказить основы национальной культуры, создать среди части населения «пятую колонну». В итоге в государстве возникает обстановка внутривнутриполитического, экономического, психологического хаоса.

... Основу «организационного оружия» составляют специальные рефлексивные технологии организационного управления. **Они представляют собой упорядоченные совокупности постоянно совершенствующихся методов (программ, стратегий, процедур, форм) реализации управленческих решений, внедрения инноваций, поддержания информационных, идеологических и других необходимых структурных связей, подбора и подготовки персонала, планирования, отчётности и контроля и др.**

Фактически – организационное оружие есть способ активации патологической системы внутри функциональной системы государства-мишени, **при котором патологическая система для своего развития поглощает ресурсы носителя.** Характерной особенностью патологической системы (применения организационного оружия) является то, что она воздействует на функциональную систему общества, в первую очередь, «извне», **с иерархически «вышележащего» (властного) уровня системной организации.** Кроме того, применение организационного оружия «не всегда заметно» для традиционных форм научного наблюдения и «непонятно» в рамках традиционной логики обыденного познания. Деструкция, как действие организационного оружия, направлена на достижение результатов, находящихся в «системе ценностей» инициатора применения данного оружия» [В. Овчинский, И. Сундиев – см. сноску 1 ранее].

«Основная причина низких темпов перехода страны на инновационный путь развития связана, на наш взгляд, с недооценкой проблемы субъектности российского развития, в силу чего в ряде случаев проекты носят ярко выраженный характер неконтролируемых бизнес-проектов в интересах узкой группы лиц. В них слабо представлена социальная ориентация в интересах граждан России, кому по закону принадлежат основные ресурсы, используемые в проектах инновационного развития.

... В 70-е годы прошлого столетия стали вырисовываться очертания процессов, ориентированных на формирование Нового мирового порядка.

Основными идеологами и участниками этих процессов выступили Римский клуб, а в дальнейшем Трехсторонняя комиссия, Бильдербергский клуб, фабрики мысли типа «Рэнд корпорейшн», Институт Санта Фе и др. Разработанные ими общие принципы были конкретизированы в работе МВФ, Всемирного банка, ВТО и др.

Фактически без объявления и широкой огласки была организована нового типа мировая война, в кото-рой применялись средства создания в национальных экономиках и социальной сфере управляемого хаоса. Это парадоксальное понятие предполагает, что в хаос превращалась экономическая и социальная жизнь стран, которые становились жертвой этой войны. А сами агрессоры, которые сидели у пульта управления этим оружием, держали хаос в стане противника под контролем, для них он был целенаправленно созданным особым порядком. Этот новый вид боевых действий подробно описал один из его разработчиков и экспертов Стивен Манн, который лично участвовал в создании многих очагов управляемого хаоса в разных точках мира (в том числе и в СССР). Он прямо говорит о необходимости «усиления эксплуатации критичности» и «создании хаоса» как инструментах обеспечения национальных интересов США.

В качестве механизмов «создания хаоса» у противника он называет «содействие демократии и рыночным реформам» и «повышение экономических стандартов и ресурсных потребностей, вытесняющих идеологию».

Технологии управляемого хаоса в разрушении субъектности развития России

Сегодня в России исследованы и обозначены механизмы появления болезни «бессубъектности» и разрушения государственности. Это – внешний перехват инициатив в реформировании отечественной экономики путем некритического использования западных моделей (неадекватных российским условиям); доминирование сырьевой ориентации; создание режима благоприятствования для бурного роста коррупции в системе государственного управления, проникновения в него финансово-промышленных группировок и криминальных структур; ангажирование отдельных лидеров российской системы управления и их использование для управления страной «извне»; навязывание либерального императива «невмешательства» государства в социальное строительство в качестве гаранта неотвратимости подлинно демократических преобразований, и другие.

Все рассмотренные признаки вписываются в механизмы «концепции управляемого хаоса» [В. Е. Лепский – см. сноску 3 ранее].

3.2. Признаки целенаправленной организационной войны, повлёкшей деструкцию российского здравоохранения

Разбирая ход преобразований, производившихся со здравоохранением России в постсоветский период и в последние, можно допустить различные гипотезы:

– о «добросовестном заблуждении» тех или иных действующих сил, искренне желающих «изменений к лучшему», но слепо подверженных вере в неуспешные подходы. Таковыми маскировались и продолжают маскироваться акторы периода разрушительных 90-х.

– о недостаточно удачных или ещё незавершённых преобразованиях, по принципу «хотели, как лучше, получилось как всегда». Под это предположение легко спрятаться администраторам более позднего периода, когда официально декларировалась «умеренная социальность» государственного курса во всех сферах, преодоление деструкции 90-х – но на практике население столкнулось с дальнейшей деградацией ключевых институтов страны.

Наконец, третья гипотеза, которую мы выдвигаем и обосновываем:

– определяющим содержанием преобразований и процессов в российском здравоохранении с 90-х гг. по настоящий момент является ведущаяся организационная война, координируемая иностранными государствами и их прямыми и косвенными сторонниками в российском правящем классе и номенклатуре. Данная организационная война включает в себя и кратно усиливается самоподдерживающимися процессами коррупции и обеспечением интересов крупного бизнеса, превратившими систему здравоохранения в источник своего обогащения. Процессы устроены так, что коррумпированный чиновник и лоббист фармбизнеса даже без явной цели работает на цели и задачи данной организационной войны.

Сверяя выявленные ранее в настоящем докладе проблемы здравоохранения с составляющими организационных войн, видим достаточно полную корреляцию:

– *«самодезорганизация» и «самодезориентация»* – управленцы сферы здравоохранения каждым реализованным мероприятием и преобразованием влекли очередной виток дезорганизации и дезориентации во вверенной им системе;

– *«сохранение имеющейся ресурсной базы в интересах инициатора применения оружия»* – рынок фармпрепаратов, вакцин, медицинского оборудования оказался захвачен транснациональными корпорациями;

– «с его помощью можно направить политику противника в стратегический тупик, измотать его экономику неэффективными (непосильными) программами, затормозить развитие...» – управленческая политика России в сфере здравоохранения оказалась в стратегическом тупике, система измотана неэффективными бюрократическими процедурами и реформами, растратившими все виды ресурсов (финансовые, кадровые, интеллектуальные и др.) под бесполезную формальную активность, демотивирующими и дезориентирующими людей;

– «...упорядоченные совокупности постоянно совершенствующихся методов (программ, стратегий, процедур, форм) реализации управленческих решений, внедрения инноваций, поддержания информационных, идеологических и других необходимых структурных связей, подбора и подготовки персонала, планирования, отчётности и контроля и др.» – при внешнем показном «совершенствовании управленческих решений», лоске «инновационности» результат является разрушительным для системы, то есть «совершенствование» проводится не в интересах системы, а против её интересов («чем хуже – тем лучше»), отбор управленческого персонала происходит по принципу готовности к деструктивной активности, с идеологической заряженностью на неё, одним из инструментов деструкции является неадекватная, разрушающая систему форма планирования, отчётности и контроля;

– «патологическая система для своего развития поглощает ресурсы носителя. ... она воздействует на функциональную систему общества, в первую очередь, «извне», с иерархически «вышележащего» (властного) уровня системной организации. ... Деструкция, как действие организационного оружия, направлена на достижение результатов, находящихся находящихся в «системе ценностей» инициатора применения данного оружия» – система управления российским здравоохранением полностью соответствует признакам такой патологической системы, созданной инициатором применения организационного оружия.

Также невозможно не заметить следующие аномалии, которые демонстрирует система управления российским здравоохранением:

– движение в каждом аспекте, в управлении каждой подсистемой и подпроцессом по наихудшему сценарию, пренебрежение всеми разумными управленческими принципами в угоду произвольно порождённому формальным процедурам и критериям;

– деятельность управленцев непрерывно порождает уменьшение организованности системы и её целевых качеств, дезорганизацию и деструкцию;

– когда вместо улучшений происходит ухудшение, то управленческая система, конкретные лица, принимавшие решения, не производят критический анализ, разбор, коррекцию ошибок, **а воспроизводят те же ошибки в новых формах, повторяя их, так, как будто полученный результат полностью соответствует их ожиданиям.**

Если поставить своей задачей «думать, как враг» и спроектировать план поэтапного уничтожения системы здравоохранения, то он будет в подавляющей части пунктов коррелировать с теми реформами здравоохранения, которые проводились в России последние 30 лет.

В работе В. Е. Лепского [см. сноску 3 ранее] также приводятся «примеры конкретных воздействий, направленных на разрушение в России отдельных базовых качеств субъектности развития (целеустремленность, рефлексия, коммуникативность, свобода влияния на события в стране, способность к развитию)». Приведём часть из них, очевидным образом наблюдаемых в деструктивных процессах в российском здравоохранении.

«Нейтрализация целеустремленности развития:

– разрушение сложившейся и как-то работающей системы управления страной, прежде всего за счет внедрения кадрового резерва «чикагских мальчиков» и их лоббирования;

– инфекция коррупцией, формирование культа денег;

– бюрократизация государственной системы;

– отстранение научного сообщества от управления страной и ее развития;

– актуализация системы мифов: «рынок сам все отрегулирует», «административно-командная система – это зло», «все западные товары лучше отечественных».

Разрушение коммуникативных связей:

– индивидуализация через неолиберализм, атомизация общества;

– разрушение связей ближайшего социального окружения (через культовые организации, снижение качества жизни у большей части населения и др.) ;

– разрушение транспортных магистралей внутри страны;

– разжигание межэтнических и межконфессиональных противоречий;

– чрезмерное расслоение общества на богатых и бедных (создание коммуникативных барьеров);

– насаждение неолиберальной идеологии, а как следствие индивидуализма и «атомизации» общества;

– насаждение культа денег и системы примитивных ценностей (предложенная З.Бжезинским технология разрушения концепции бытия);

– стимулирование сверхвысокой коррупции и криминализации общества и др.

Ограничение возможностей развития:

- разрушение отечественной науки и образования;
- ...
- блокировка противодействию импортной зависимости в жизненно важных сферах;
- призывы руководства страны к модернизации и переводу страны на инновационный путь развития, без разработки адекватных стратегий развития и формирования субъектов их реализации;
- блокировка активного участия общества в развитии страны и др.

Приведем примеры технологий работы с властной элитой: активное использование и лоббирование заранее сформированных и ангажированных представителей властной элиты:

- монополизация власти коррумпированными чиновниками;
- установление контроля над властной элитой (мониторинг зарубежных счетов и финансовоэкономических нарушений представителей властной элиты и др.);
- активное массовое включение представителей властной элиты в международные общественные структуры (Ротари Клуб, People to People International, фонд Маршалла и др.)»

Мы оставили в вышеприведённой выдержке пункт «разжигание межэтнических и межконфессиональных противоречий», потому что даже в этом аспекте наблюдаются деструктивные процессы: во многих регионах во врачебном сообществе имеется напряжение из-за отдаваемого приоритета в трудоустройстве врачей-мигрантов из среднеазиатских республик, вытесняющими более требовательных к зарплате местных врачей. Далее это ведёт к низкому качеству кадров и ухудшению качества медицинской помощи.

3.3. Активность Всемирного банка и российских чиновников по реформированию здравоохранения России как организационная война

Раздел 3.3 переработан по материалам открытых источников.

Как отмечалось выше, реформы здравоохранения в России в 90-е годы проводились по достаточно умеренной, смешанной схеме. Но в тот же период обсуждались другие, гораздо более разрушительные, проекты, нацеленные на «структурные реформы здравоохранения». При правительстве РФ разработкой таких проектов занималась группа во главе со специалистом по реформам в области здравоохранения Игорем Шейманом. Работа велась на гранты Всемирного банка. Так, в 1995 году к правительству России обратились представители МВФ и Всемирного банка с предложением запустить в России проект «реформирования российского здравоохранения». Предлагаемый проект предполагал:

- полную децентрализацию управления здравоохранением и финансирования;
- введение медицинских ваучеров, что неминуемо привело бы к банкротству государственных лечебных учреждений общедоступной бесплатной медицины;
- коммерциализацию и приватизацию учреждений здравоохранения;
- устранение производственного и ценового контроля за производителями лекарств и медицинского оборудования.

Фактически, речь шла о целенаправленном развале отрасли и лишении населения страны бесплатной медицинской помощи как таковой.

Данный проект вызвал огромный негативный резонанс в российском медицинском сообществе, которое сказало резкое «нет». «Известны результаты реформы здравоохранения, — рассказывает Эдуард Нечаев, который в то время был министром здравоохранения РФ, — проводимой на заем Всемирного банка в Латинской Америке: это инфляция и огромные долги, из которых не могут выбраться эти страны. В общем, мы наотрез отказались от предложений Всемирного банка». Многие эксперты не исключают, что этот отказ стоил Нечаеву его министерского кресла.

Тем не менее, в 1997–1998 гг. представителям Всемирного банка удалось запустить «пилотные реформы здравоохранения» в ряде регионов России. Министром здравоохранения РФ на тот момент была ныне покойная Т. Дмитриева. В 1997 году были заключены договора с администрациями Тверской и Калужской областей на 35,2 и 42 млн долларов соответственно. Как отмечают эксперты, все делалось «втайне и без обсуждения проектов с общественностью». «Договор еще не вступил в силу, — удивлялась депутат Госдумы РФ I–III созывов Т. Астраханкина, — но под него уже переключен бюджет здравоохранения (Тверской) области на 1998 год. В частности, увеличены расходы на амбулаторную помощь в ущерб специализированной, созданы подконтрольные Всемирному банку структуры управления проектом».

К счастью, тогда этот проект «закрыли». Однако последствия его внедрения оказались катастрофическими и для Калужской, и для Тверской областей. Как писала в 2005 году «Независимая газета» (№23), «ежегодно из областных бюджетов миллионы долларов идут в счет погашения кредита Всемирного банка. Люди платят за сокращение числа врачей, повсеместное закрытие роддомов и больниц, недоступность медицинской помощи, всевозрастающую смертность детского и взрослого населения».

Однако уже в конце 2003 года Минздрав РФ — в рамках кредита Всемирного банка — вынес на рассмотрение Государственной Думы

отраслевую программу «Повышение структурной эффективности системы здравоохранения РФ на 2004–2010 годы». Эта программа, содержание которой было закрыто для обсуждения медицинской общественностью, стала стержнем тех «реформ» здравоохранения, которые набрали обороты в России в 2010-е годы.

Тогда, в 2000-х, для «оптимизации» процесса и во исполнение рекомендаций международных финансовых структур по переводу российского здравоохранения на «платную основу», впервые в истории российской и советской медицины власть страны пошла на беспрецедентные шаги — назначая на пост министра здравоохранения РФ чиновников, не имевших к медицине никакого отношения. В 2004 году кресло министра занял ярый «рыночник» с техническим образованием М. Зурабов. А в 2007 году Минздравсоцразвития возглавила экономист Т. Голикова. В ноябре 2004 года М. Зурабов объявил о «системной модернизации», которая предполагала окончательный отказ от советской (государственной) системы здравоохранения и внедрение в России модели страховой медицины, как в США.

При этом целенаправленно игнорировались предостережения тех, в том числе, западных экспертов, которые заявляли, что «частная, ориентированная на прибыль медицина дороже, менее эффективна и нередко более плохого качества, чем общественная». Игнорировалось и то, что в США на частную страховую систему здравоохранения уходит более 16 % ВВП. Для сравнения, в Западной Европе с государственными клиниками на медицину выделяется до 7 % ВВП. Игнорировалось также очевидное — что введение страховой схемы в России при бюджете здравоохранения в 3,8 % ВВП больше напоминает даже не самоубийство, а, скорее... убийство. Тем не менее, в 2005 году «модернизация» началась. В оборот была пущена схема «врач — страховщик — пациент». Точнее, это стало называться «поставщик медицинских услуг — посредник — клиент». То есть был сделан особый акцент на жестких товарно-денежных отношениях между данными субъектами. Одновременно бюджетным (государственным) лечебным учреждениям предоставили возможность стать некоммерческими организациями, а впоследствии — приватизироваться. То есть превратиться в коммерческие.

Уже 1 июля 2012 года вступил в силу Закон №83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные положения государственных «муниципальных учреждений» (этот закон затронул не только учреждения здравоохранения, но и образования). Согласно закону, под предлогом «реорганизации» в селах и деревнях развернулась масштабная ликвидация фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП). Начали закрываться детские и взрослые больницы и поликлиники, многие из которых уникальны. Во многих учреждениях под угрозой сокращения штатов

оказались десятки врачей и медсестер. При этом расчищается дорога коммерческим медицинским организациям и зарубежным медицинским концернам.

Ещё с 2005 года в стране был запущен процесс по сокращению количества коек в больницах и клиниках. К 2010 году такое сокращение составило 30 %. Кроме того, больницам было настоятельно рекомендовано сократить «сроки бесплатного пребывания пациентов в больницах до пяти дней». Содержание пациентов сверх этого срока грозит больнице урезанием бюджета. Выбор прост: либо выписывать пациента недолеченным, либо брать с него деньги.

Далее, несмотря на протесты медицинской общественности, началось репрофилирование на местном и районных уровнях врачей-специалистов на врачей общей практики или так называемых семейных врачей. Наиболее болезненно этот процесс коснулся некогда сильнейшей в мире педиатрической помощи. Против ликвидации специальности врача-педиатра выступили не только известные врачи, но и эксперты, экономисты, общественные деятели.

Заключение

Изложенное выше позволяет говорить о глубоком, системном, усугубляющемся кризисе в сфере здравоохранения, медицинских кадров, медицинского образования и науки в России.

Есть все основания считать, что данные разрушительные процессы являются частью организационной войны, ведущейся против России внешними противниками и проводниками их интересов среди российского чиновничества и бизнеса.

Противодействие и преодоление этих процессов возможно только при системном подходе и разворачиванию большинства проводившихся и планируемых действующими управленцами преобразований, с выявлением и пресечением всей активности и всех акторов, имеющих отношение к организационной войне.

Считаем необходимым провести заседания Совета безопасности и расширенного Госсовета, посвящённые проблемам, представленным в настоящем документе.

Руководитель Комитета за гражданские права

В. М. Паскару