

Забытые герои России

«Мы публикуем материалы исторического номера «Эксперта» о конкретных исторических персонажах, которые немало потрудились для нашей страны, да и для всего мира, но сегодня оказались в тени. Незаслуженно забытые, они остаются нашим историческим капиталом. По-хорошему, их должен бы знать каждый школьник, а их в лучшем случае знают по улицам, названным в их честь, правда, уже мало кто помнит, за что именно».

[Александр Механик](#) (01 августа 2011)

Пирамида Семашко

Практически забытый в современной России первый советский нарком здравоохранения Николай Семашко создал образцовую систему, которую заимствовали многие страны мира

Существующие в мире системы здравоохранения можно условно подразделить на четыре типа. Три из них именные, то есть носят имена создателей базовых моделей: немецкого канцлера Отто фон Бисмарка, известного английского экономиста барона Уильяма Бевериджа, советского наркома Николая Семашко. Эти имена вошли во всемирную историю здравоохранения. Четвертая модель — безымянная, американская. Но если имена Бисмарка и Бевериджа не забыты хотя бы в их странах, то в России вряд ли кто-то, кроме очень узкого круга специалистов, сможет сказать, в чем заслуги Семашко — хотя его именем было названо бесчисленное количество больниц, поликлиник и санаториев в бывшем СССР, и многие из них все еще это имя сохраняют.

Обязательное медицинское страхование по системе Бисмарка основано на взносах работников и работодателей, в то время как системы Уильяма Бевериджа и Николая Семашко базируются на бюджетном финансировании здравоохранения, хотя и существенно отличаются своим внутренним строением. При этом Беверидж, который выдвинул свои предложения во время Второй мировой войны, во многом опирался на советский опыт. Наконец, традиционная американская система основывается на добровольном медицинском страховании. (Реформа, проводимая в настоящее время президентом США Бараком Обамой, предусматривает переход на обязательное страхование, и если она будет успешной, то американская система в чем-то окажется близкой к системе Бисмарка.)

В основе как обязательного медицинского страхования, так и бюджетного финансирования медицины лежат два принципа, которые стали основополагающими для современного социального государства: справедливость и солидарность. Справедливость в данном случае означает, что равное право на медицинское обслуживание, гарантируемое государством, имеют все его граждане вне зависимости от их доходов. Солидарность — что более богатые граждане поддерживают более бедных за счет перераспределения части своих доходов через систему прогрессивного налогообложения или страховые взносы. Богатый платит за бедного, здоровый — за больного. Поэтому системы здравоохранения развитых стран, независимо от общественного строя, фактически должны отвечать социалистическому принципу «От каждого по его материальным возможностям, каждому по его медицинским потребностям». Первой этот принцип в полной мере провозгласила и стала реализовывать советская власть, которую в этом вопросе олицетворял Семашко.

Принципы Семашко

Николай Семашко положил в основу предложенной им системы здравоохранения несколько идей: единые принципы организации и централизация системы здравоохранения; равная доступность

здравоохранения для всех граждан; первоочередное внимание детству и материнству; единство профилактики и лечения; ликвидация социальных основ болезней; привлечение общественности к делу здравоохранения. Все эти идеи разрабатывались многими ведущими врачами России и мира с конца XIX века. Однако в основу государственной политики они были впервые положены в Советской России. И, по мнению руководителя Центра экономической теории социального сектора Института экономики РАН Татьяны Чубаровой, это стало достижением цивилизационного масштаба.

В каких-то деталях система, созданная Семашко, сохранилась в России и по сей день, правда, в глазах многих скорее уже как пародия на изначальный замысел. Возможно, поэтому мы не в полной мере осознаем грандиозность этого замысла, который на самом деле не удалось в полной мере реализовать и его автору.

Для централизованного управления здравоохранением в масштабе всей страны впервые в мире была создана специальная организация — Наркомат здравоохранения, в ведение которого перешли все ведомственные, земские и страховые медицинские учреждения. Частная медицина была в конечном счете ликвидирована, хотя сохранялись государственные платные поликлиники. Концентрация ресурсов в руках одного ведомства позволяла даже в условиях ограниченности средств (а эта проблема преследовала советскую медицину все годы ее существования) достичь достаточно серьезных результатов — по крайней мере, в преодолении традиционных инфекционных заболеваний, в серьезном уменьшении материнской и детской смертности, в профилактике социальных болезней и санитарном просвещении населения. Идея комплексного решения социальных и научно-технических задач большого государственного значения за счет концентрации ресурсов и планового ведения хозяйства, как ни банально сейчас это звучит, была удивительной по тем временам социальной инновацией, привлекая к опыту Советского Союза внимание всего мира.

Была выстроена стройная система медицинских учреждений, которая позволила обеспечить единые принципы организации здравоохранения для всего населения, от далеких аулов до столичных городов: фельдшерско-акушерский пункт (ФАП) — участковая поликлиника — районная больница — областная больница — специализированные институты.

Однако, несмотря на все усилия Николая Семашко, включить всю медицину в единую систему не удалось. Свои медицинские учреждения сохранили армия, железнодорожники, шахтеры и многие другие ведомства. И, конечно, номенклатура.

Доступность здравоохранения обеспечивалась тем, что медицинское обслуживание было бесплатным, все граждане прикреплялись к участковым поликлиникам по месту жительства и в зависимости от сложности заболевания могли направляться на лечение все выше и выше по ступеням пирамиды здравоохранения.

Была организована специализированная система медицинских учреждений для детей, повторяющая систему для взрослых, от участковой поликлиники до специализированных научных институтов. Для поддержки материнства и младенчества была организована такая же вертикальная система — от женских консультаций и участковых роддомов опять-таки до специализированных институтов.

Для борьбы с профессиональными заболеваниями на предприятиях с вредными условиями труда создавались медсанчасти, которые должны были контролировать условия труда и здоровье работников. Там же создавались профилактории, своеобразные санатории на рабочем месте. Впоследствии медсанчасти появились практически на всех крупных предприятиях.

Профилактика понималась Семашко и в узком, и в широком смысле. В узком — как санитарные мероприятия, в широком — как оздоровление, предупреждение и профилактика болезней. Задача каждого врача и всей системы медицинских учреждений, как считал Семашко, состояла не только в том, чтобы вылечить, но чтобы предупредить болезнь, которая рассматривалась как следствие неблагоприятных социальных условий и неправильного образа жизни. В связи с этим особое внимание уделялось таким социальным болезням, как венерические, туберкулез и алкоголизм. Для этого была создана система соответствующих диспансеров, которые должны были не только лечить, но и отслеживать условия жизни больных, информируя власти о несоответствии этих условий санитарным нормам и о потенциальной угрозе, которую больные могут представлять для окружающих.

Важной мерой профилактики, по мнению Николая Семашко, были вакцинация, которая впервые приняла общенародный характер и помогла изживанию многих заразных болезней, и санитарно-гигиеническая пропаганда, которой уделялось огромное внимание как одному из средств предупреждения эпидемий и формирования здорового образа жизни. Поначалу к пропаганде привлекались многие выдающиеся поэты и художники, а также широкие слои общественности. Все мы выросли со стихами «Если мальчик любит мыло и зубной порошок...», «Да здравствует мыло душистое и полотенце пушистое...» и многими другими, которые родились не просто от любви авторов к чистоте.



Пример советского санитарного плаката 1932 года. Неизвестный художник

В стройную систему оздоровления, профилактики и здравоохранения естественным образом включались дома отдыха и санатории. Санатории, пребывание в которых входило в лечебный процесс, были подчинены Наркомздраву, а дома отдыха — профсоюзам, то есть общественности, или, говоря современным языком, гражданскому обществу, которое должно было следить за оздоровлением трудящихся. Но Семашко понимал политику оздоровления значительно шире, включая в нее и оздоровление мест проживания, и создание соответствующих жилищно-коммунальных условий, и, в конце концов, решение жилищного вопроса, провозгласив конечной целью санитарной политики государства борьбу с «жилищной нуждой беднейшего населения».

Если сегодня, через двадцать лет после краха Советского Союза, оглянуться назад, то с высоты прожитого за последние годы и с учетом рационально понятого зарубежного опыта можно сказать, что, несмотря на все проблемы, система здравоохранения в Советской России была образцовой и скорее нуждалась в шлифовке, чем в кардинальной реформе.

Проблемы системы. Старые и новые

Тем не менее система, выстроенная Семашко и развитая его последователями, при всей своей стройности, вызвавшей интерес во всем мире и породившей массу последователей, обладала и рядом недостатков, которые наряду с дефицитом качественных услуг в конечном счете превратили ее в предмет острого недовольства.

Представление о социальной обусловленности болезней и борьба с социальными язвами на первом этапе развития советского здравоохранения очень помогли в преодолении инфекционных болезней, но в дальнейшем оказали плохую услугу и здравоохранению, и биологической науке. Верное для таких заболеваний, как туберкулез, распространение которого во многом определялось условиями жизни, оно было перенесено и на другие заболевания — сердечно-сосудистые, онкологические и многие другие, причины которых лишь частично, как теперь ясно, можно объяснить условиями жизни. Отсюда слишком большие надежды на предупреждение этих заболеваний социальными мерами (хотя, надо отдать должное, социальными мерами удалось достичь многого).

Отсюда враждебность к генетике, в которой политическое руководство страны увидело не столько науку, сколько попытку оправдания социальных язв, капиталистического угнетения и расизма. Тем более что именно примитивно понятой генетикой прикрывал свои расистские взгляды и преступления нацизм. А воспользовались невежеством советского руководства проходимцы, которые понимали генетику так же примитивно, как нацисты. И это, в частности, обусловило отставание советской медицины во многих областях, связанных с генетикой.

Стройность системы оборачивалась жесткостью: пациенты были прикреплены к определенному врачу, к определенной больнице. Пациенты не могли выбрать врача и медицинское учреждение, что делало невозможной конкуренцию между ними. Это, в свою очередь, порождало застой и невнимание к нуждам пациентов. Кроме того, заданность вызывала раздражение. Современный человек хотел свободы, в том числе в борьбе за собственное здоровье. Хотя опыт Великобритании, где тоже использовалось бюджетное финансирование здравоохранения, показывал, что системе как таковой подобная жесткость вовсе не присуща.

Но главной проблемой советского здравоохранения, как и современного российского, было его хроническое недофинансирование, которое становилось все более заметным по мере усложнения медицины и ее удорожания. Из-за этого многие современные методы лечения и препараты в Советском Союзе не развивались и были попросту недоступны советским гражданам. В результате страна, вначале догнавшая передовые страны Запада по продолжительности жизни и снижению детской смертности, начиная с 1970-х стала снова и все больше отставать.

Недостатки здравоохранения, вызванные недофинансированием, воспринимались как недостатки самой системы. В начале 1990-х началась череда реформ, фактически разделившая систему здравоохранения. Как заметила Татьяна Чубарова, «сегодня у нас нет единой системы здравоохранения, она распадается по крайней мере на две части. Одна, платная, — для состоятельных граждан, а другая, бесплатная, государственная, — для бедных. Последствия для качества услуг очевидны. Недофинансирование государственной части ведет к раскручиванию

своеобразной спирали дискредитации государственной системы здравоохранения». А следовательно, и государства. Но Николай Семашко здесь ни при чем. Советская система здравоохранения была основана на общественной солидарности. Отказ от этого принципа, как показывает история XX века, чреват не только падением уровня здравоохранения, но и серьезными социальными потрясениями.

Официально одной из причин реформы здравоохранения в России, которая длится уже почти двадцать лет, называется недостаток государственных средств и, соответственно, необходимость мобилизации ресурсов из других источников — добровольного страхования и прямой оплаты медицинских услуг. Этим же, в частности, вызван переход на систему обязательного медицинского страхования. Однако, более низкая стоимость бюджетной системы связана с объединением рисков всего общества, значительно более широким, чем даже при обязательном медицинском страховании, а тем более при добровольном.

И в этом смысле система Семашко оказалась более эффективна, чем все прочие, поскольку ориентировала врача на выполнение врачебного долга, а не на получение прибыли, истоки которой в медицине зачастую могут противоречить общественной морали.

Предыстория

При всем признании заслуг Семашко в разработке принципов системы, которая названа его именем, надо заметить, что она родилась не на пустом месте. Многие из ее идей были сформулированы известными русскими врачами еще до революции.

До 1864 года в России государственные медицинские учреждения — 519 больниц, 33 дома для умалишенных, 107 богаделен, — оказывавшие медицинскую помощь беднейшим слоям населения, действовали только в городах и подчинялись медицинскому департаменту МВД. После проведения земской реформы в обязанность земств было включено «попечение о народном здравии», и в земствах впервые в истории России были созданы медицинские учреждения, обслуживающие крестьян. В основу земской медицины был положен участковый принцип, ставший впоследствии основным принципом организации и советской медицины. К 1910 году в России было 3082 земских врача и около 1700 лечебниц, рассчитанных на 22 тыс. коек.

Система земской медицины, в значительной мере возникшая снизу, благодаря усилиям земской общественности, при всей ограниченности ее размеров, оказалась исключительно удачно приспособленной к нуждам русской деревни и совершенно оригинальной, не имевшей аналогов в Европе, а земский врач наряду с сельским учителем стал символом самоотверженности в служении общественному долгу.

Еще в конце XIX века в недрах МВД была создана комиссия под председательством профессора Сергея Боткина, как было сказано, для «изыскания мер к повсеместному оздоровлению России». Комиссия, меняя своих председателей, продолжала работу практически до самого начала Первой мировой войны. Последним ее председателем был профессор Георгий Рейн, который окончательно сформулировал идею о необходимости централизованной системы управления здравоохранением, разрабатывавшуюся комиссией с самого начала ее деятельности. Для организации такой системы комиссия впервые в мире разработала нормы обеспечения населения медицинской помощью. По современному — стандарты.

Характеризуя подход современного ему здравоохранения к проблемам здоровья нации, Георгий Рейн писал, что до сих пор «медицинское дело сводилось главным образом к обеспечению помощи больным и к прекращению вспыхнувших эпидемий, а задача устранения условий, способствующих возникновению и развитию заболеваний, и целесообразная постановка общественной гигиены и

санитарии отходили, силою вещей, на второй план». Именно общественной гигиеной и санитарией и должно было в первую очередь заняться планируемое министерство.

Однако медицинская общественность эту идею осудила. Против выступило и большинство известных врачей, а также самое авторитетное объединение российских врачей — Пироговское общество. Все они боялись, что министерство станет бюрократической надстройкой, которая будет мешать свободному развитию земской и городской медицины. Не одобрили замысел и представители ведомственной медицины, уже тогда распространенной в России. К слову сказать, левые партии, в том числе большевики, тоже идею не поддержали, выступая за развитие обязательного медицинского страхования по примеру Германии. Тем не менее Николай II учредил Главное управление государственного здравоохранения, которое под давлением Государственной думы, отражавшей в этом вопросе настроения большинства тогдашней общественности, было ликвидировано в 1916 году.

Однако воцарившаяся после революции разруха убедила большинство врачей в том, что в таких условиях необходимы концентрация ресурсов и государственное управление и планирование медицинской отрасли. И в июне 1918 года по предложению Всероссийского съезда медико-санитарных отделов Советов был создан Наркомат здравоохранения. После бурных дебатов это решение в конце концов поддержало и Пироговское общество. А дальше усилиями Николая Семашко и его последователей система уже начала строиться плановым образом.

Другие решения

В течение многих веков, вплоть до конца XIX века, здоровье человека было его частным делом. Если ему нужны были услуги врача или знахаря, он платил ему сам. Объем получаемых услуг зависел от финансовых возможностей пациента. Хотя практически всегда существовали институты поддержки сирых и убогих. Их создавали филантропы, цари, короли, императоры и, конечно, церковные организации.

В конце XIX века, в начале эпохи массовых армий и массового промышленного производства, многие государства стали осознавать, что для успешной конкуренции на мировой арене им нужны здоровые солдаты и здоровые рабочие. Это осознание возникло и под влиянием борьбы, которую вели за интересы рабочих только что возникшие социалистические партии и массовые профсоюзы, начавшие после введения всеобщего избирательного права восхождение к власти. Первым, кто в полной мере понял угрозу для правящих элит, исходящую от социалистических партий, и в то же время осознал, что социальная поддержка беднейших слоев населения нужна не только для защиты от социалистов, но и для соблюдения интересов государства, был Отто фон Бисмарк.

В 1883 году правительство Бисмарка ввело систему обязательного страхования по болезни, в 1884-м — от несчастных случаев на производстве, в 1885-м — по инвалидности и старости. Многие европейские страны последовали этому примеру. В настоящее время в Европейском союзе система обязательного медицинского страхования кроме Германии действует в Австрии, Бельгии, Нидерландах и Франции.

Один из главных недостатков этой системы — она очень диверсифицирована и гетерогенна, как и организация ее финансирования. Она защищает, но не обеспечивает равенства.

Система бюджетного финансирования здравоохранения, впервые созданная в Советском Союзе усилиями Семашко, действует в Великобритании, Швеции, Дании, Ирландии, Италии.

В Великобритании с 1911-го до 1948 года существовала система страхования здоровья рабочих, охватывавшая около трети населения. Эта система была введена премьер-министром Великобритании либералом Дэвидом Ллойд-Джорджем. Основным принципом, который был положен в основу английской страховой системы, предусматривал, что деньги следуют за пациентом. Пациенты в этом случае имеют возможность отчасти регулировать спрос по законам свободного рынка, так как обладают правом свободного выбора врача.

Но страхование не обеспечивало медицинской помощью всех подданных королевства и не гарантировало равенства. И в разных слоях общества возникло стремление преодолеть эту несправедливость. Кроме того, британское общество искало пути предотвращения социальных катастроф, подобных кризису 1930-х годов. В 1942 году известный экономист, кейнсианец, либерал и член умеренно социалистического Фабианского общества Уильям Беверидж представил парламенту доклад, в котором предложил реформу всей социальной сферы, в том числе здравоохранения, которую пришлось осуществлять уже послевоенному лейбористскому правительству. Стали говорить о «модели социальной защиты» Бевериджа. Но, как заметил Александр Линденбратен, Беверидж подготовил свой доклад после того, как внимательно изучил все труды Семашко.

Идея реформы заключалась в том, чтобы солидарность, проявленную гражданами Великобритании во время войны, направить на обеспечение благополучия граждан, положив в основу новой системы здравоохранения более справедливое и дешевое бюджетное финансирование, для управления которым предполагалось создать соответствующее ведомство.

Как и в России, врачи не только не поддержали нововведения, но и оказывали им организованное сопротивление. Говорят, что министр здравоохранения лейбористского правительства Анайрин Беван умудрился расколоть медицинское сообщество и получить поддержку ведущих медицинских светил, пообещав им значительное материальное вознаграждение.

В 1948 году парламент Великобритании принял закон о реформе под девизом «С пеленок до могилы» («From cradle to grave»), который, к слову, фактически лежал и в основе советского здравоохранения. Одним из результатов стало создание общественной системы оказания медицинской помощи, получившей название Национальная служба здравоохранения (National Health Service, NHS). При этом больницы были национализированы, семейные врачи сохранили независимость, а граждане — право выбора врача.

В дальнейшем опыт британской системы здравоохранения подтвердил большую эффективность бюджетной системы по сравнению с другими системами, так как она обеспечила относительно более равные и высокие показатели здоровья населения в целом при относительно более низких расходах. Хотя, добиваясь экономической эффективности в социальных вопросах, надо помнить, что с точки зрения общественного интереса цель экономического развития должна заключаться не в получении прибыли как таковой, а в максимизации социального благосостояния граждан, важнейшей составляющей которого является состояние здоровья человека.