

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

На правах рукописи

АРСЕНТЬЕВ ЕВГЕНИЙ ВАДИМОВИЧ

**Развитие методологических основ организации здравоохранения,
заложенных Н.А. Семашко: реализация принципа бесплатного оказания
медицинской помощи населению**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

07.00.10 – История науки и техники

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор
Решетников Владимир Анатольевич

Научный консультант:

доктор медицинских наук, доктор исторических наук,
Ph.D. по философии, профессор
Балалыкин Дмитрий Алексеевич

Москва - 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЗА РУБЕЖОМ....	12
1.1. Общая характеристика литературных источников о жизни и деятельности Н.А. Семашко	13
1.2. Наследие Н.А. Семашко и основные теоретико-методологические подходы к организации медицинской помощи населению в советский период	18
1.3. Этапы и механизмы трансформации системы здравоохранения Российской Федерации в период: 1991-2018 гг.....	30
1.4 Анализ особенностей предоставления бесплатной медицинской помощи за рубежом.....	43
ГЛАВА 2. ИСТОЧНИКИ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	51
2.1. Общая характеристика материала.....	51
2.2. Объем, программа, методика и основные этапы работы.....	53
ГЛАВА 3. ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ОСНОВ СОВЕТСКОЙ МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (МОДЕЛИ СЕМАШКО)	63
3.1. Состояние здравоохранения в России к началу 1918 г. Основные причины, обусловившие необходимость его реформирования	63
3.2. Формирование личности Н.А. Семашко в юности и на начальном этапе профессиональной деятельности.....	67
3.3 Деятельность Н.А. Семашко по организации медицинской помощи населению в должности Народного комиссара здравоохранения в 1918–1929 гг.....	75
3.4. Вклад Н.А. Семашко в организацию курортного дела в Крыму	82
3.5. Вклад Н.А. Семашко в международное сотрудничество в области здравоохранения. Участие наркома в привлечении помощи зарубежных общественных организаций	87

3.6. Роль Н.А. Семашко в формировании высшей медицинской школы.....	91
ГЛАВА 4. КОМПЛЕКСНЫЙ СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА НЕГО, РЕСУРСОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВЕТСКИЙ ПЕРИОД И НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	96
4.1. Динамика состояния здоровья населения	97
4.2. Образ жизни и благосостояние населения	132
4.2.1. Злоупотребление алкоголем	133
4.2.2. Табакокурение.....	135
4.2.3. Наркомания.....	138
4.2.4.Благосостояние населения	140
4.3. Ресурсы системы здравоохранения.....	144
ГЛАВА 5. АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ СОВРЕМЕННОЙ СМЕШАННОЙ МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЧАСТНОСТИ.....	150
5.1. Анализ методом экспертных оценок преимуществ и недостатков современной смешанной модели здравоохранения в части, касающейся государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.....	150
5.2. Проблемы и возможные направления совершенствования современной смешанной модели здравоохранения.....	167
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	170
ВЫВОДЫ.....	180
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	184
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	186
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	188
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	215

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Развитие методологических основ организации отечественного здравоохранения происходило на протяжении длительного периода. Однако активное внедрение в практическую деятельность органов здравоохранения, в масштабах всей страны, основополагающих принципов организации здравоохранения началось после утверждения в 1918 г. Народного комиссариата здравоохранения. Под непосредственным руководством первого наркома здравоохранения – Николая Александровича Семашко, были реализованы, такие принципы как: государственный характер организации, централизация, плановое начало, бесплатность и доступность квалифицированной медицинской помощи, профилактическое направление, территориально-участковый принцип организации медицинской помощи, классовый принцип, система медицинского образования (синтез науки и практики), приоритет охраны материнства и младенчества, привлечение населения к организации здравоохранения [Семашко Н.А., 1954].

Советская модель здравоохранения (модель Семашко) впервые в истории человеческой цивилизации позволила реализовать принцип бесплатного оказания медицинской помощи населению в масштабах всей страны [Петровский Б.В., 1989].

Однако у модели были и недостатки (излишняя централизация, недостаточный уровень современного материально-технического оснащения медицинских организаций, низкий уровень доступности и качества специализированной помощи для населения в регионах и т.д.), требующие ее дальнейшего совершенствования и развития.

К концу XX века подходы к организации советской модели здравоохранения (модель Семашко) существенно устарели. Продолжавшаяся консервативная политика государства, направленная на экстенсивное развитие отрасли, наряду с отсутствием экономических механизмов управления

отраслью, привели к необходимости реформирования системы здравоохранения [Стародубов В.И., 2013].

Распад СССР в 1991 г. и последующий социально-экономический кризис в стране стали ключевыми стимулами для реализации структурно-организационных преобразований в отрасли здравоохранения. Реализация подобных преобразований предполагала разработку концептуальных подходов, а также принятие мер по совершенствованию системы организации медицинской помощи населению [Вялков А.И., Щепин В.О., 2001].

Важнейшим событием в истории отечественного здравоохранения стало внедрение системы медицинского страхования. Принятие Закона РФ № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28 июня 1991 г. стало первым этапом трансформации советской модели здравоохранения (модели Семашко). Переход на систему медицинского страхования привел не только к системным изменениям в механизме функционирования системы здравоохранения, но и к трансформации основных теоретико-методологических подходов организации здравоохранения [Решетников В.А., 2018].

Методологические основы организации здравоохранения, заложенные Н.А. Семашко, сегодня успешно реализуются в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Российской Федерации, а также во многих странах, использующих модель здравоохранения Бевериджа (Великобритания, Финляндия, Португалия, Австралия, Испания, Сингапур, Италия, Швеция, Канада и др.). Однако, несмотря на наличие множества, идеологически окрашенных, советских исследований о деятельности Н.А. Семашко и его вклада в отечественное здравоохранение, в настоящий момент остается насущной проблемой объективная оценка развития взглядов Н.А. Семашко и их значение для формирования современной смешанной модели здравоохранения. В современных условиях социально-экономического развития страны актуальной

является проблема трансформации советской модели здравоохранения (модели Семашко) в современную смешанную модель здравоохранения [Шишкин С.В., 2017].

Степень разработанности темы. Вопросы развития методологии организации здравоохранения, заложенной Н.А. Семашко, в последние годы исследуются многими учеными. В своих работах Филиппов А.Н. (2011), Беляев Е.Н., Подунова Л.Г. (2012), Дмитриев М.Л. (2014), Микиртичан Г.Л. (2014), Трефилова О.А. (2014), Черниченко М.Ю. (2014), Горелова Л.Е., Касимовская Н.А. (2014), Тищенко Е.М. (2014), Руденков И.В. (2015), Морозов А.В. (2016), Баянова Н.А. и др. (2016), Сопова К.А. (2017), Чичерин Л.П. и др. (2017), Николаев В.Р. (2017), Ершов А.Е. (2018) рассматривают Н.А. Семашко как основоположника и главного методолога советского здравоохранения, отмечая вклад его научного населения в организацию современного российского здравоохранения.

Анализ развития взглядов Н.А. Семашко на методологию советского здравоохранения, исследование процесса трансформации советской модели здравоохранения в современную смешанную модель, а также оценка состояния современной российской системы здравоохранения позволит рассмотреть пути совершенствования современной системы здравоохранения.

Цель исследования: провести анализ трансформации советской модели здравоохранения (модели Семашко) в современную смешанную модель здравоохранения с целью разработки научно обоснованных рекомендаций по совершенствованию системы здравоохранения Российской Федерации.

Задачи исследования:

1. Провести анализ и систематизацию архивных источников, в том числе ранее неопубликованных, о жизни и деятельности Н.А. Семашко с целью объективной оценки процесса формирования советской модели здравоохранения (модели Семашко).

2. Провести анализ развития взглядов Н.А. Семашко на модель организации здравоохранения и оценить их значение для формирования современной смешанной модели здравоохранения.

3. Провести анализ развития и формирования отечественной системы здравоохранения, а также реализации принципа бесплатного оказания медицинской помощи населению.

4. На основе анализа работ зарубежных авторов выявить особенности предоставления бесплатной медицинской помощи населению за рубежом.

5. Провести комплексный анализ показателей, отражающих состояние здоровья, образ жизни, благосостояние населения и ресурсы здравоохранения в СССР и на современном этапе в Российской Федерации.

6. Оценить состояние современной смешанной модели здравоохранения, а также путей ее совершенствования, методом экспертных оценок.

Научная новизна

Проведен анализ ранее неопубликованных архивных источников о жизни и деятельности Н.А. Семашко, формировании его взглядов на модель организации здравоохранения, его вклада в международное сотрудничество в области здравоохранения.

По результату полученных данных комплексного сравнительного анализа статистических показателей, отражающих состояние здоровья, образ жизни, благосостояние населения и ресурсы системы здравоохранения в советский период и на современном этапе в Российской Федерации, рассчитан прогноз до 2022 гг. вариантной динамики показателей.

Проведенное социологическое исследование (методом экспертных оценок) оценки состояния современной российской системы здравоохранения позволило определить ее проблемы и направления ее совершенствования.

Научно-практическая значимость работы заключается в том, что автором показано развитие методологических основ советской модели здравоохранения (модели Семашко), продемонстрировавшей свою

стабильность и эффективность на протяжении многих лет. Органам управления системой здравоохранения Российской Федерации необходимо очень бережно подходить к реформированию теоретико-методологических подходов советской модели здравоохранения (модели Семашко).

Проведенный комплексный сравнительный анализ статистических показателей, отражающих состояние здоровья, образ жизни, благосостояние населения и ресурсы системы здравоохранения, в советский период и на современном этапе в Российской Федерации, позволил сформировать прогноз по рассматриваемым показателям до 2022 г.

Анализ преимуществ и недостатков современной смешанной модели здравоохранения методом экспертных оценок позволил выявить наиболее актуальные проблемы российского здравоохранения и основные направления ее совершенствования и развития, которые могут быть использованы федеральными и региональными органами управления здравоохранения в процессе принятия решений по реформированию отрасли.

Результаты исследования внедрены в практическую деятельность Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского г. Москвы. Материалы исследования используются в практической деятельности кафедры общественного здоровья и здравоохранения имени Н.А. Семашко Института общественного здоровья имени Ф.Ф. Эрисмана, а также кафедры гуманитарных наук Института социальных наук ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет).

Основные положения, выносимые на защиту

1. Формирование и внедрение советской модели здравоохранения (модели Семашко) показало ее устойчивость в течение многих лет, несмотря на

социально-экономические потрясения XX века, а также ее способность к дальнейшему совершенствованию.

2. Трансформация основных теоретико-методологических подходов советской модели здравоохранения (модели Семашко) позволила сохранить для населения Российской Федерации реализацию принципа бесплатного оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3. Социально-экономические преобразования за последние тридцать лет привели к существенным изменениям в показателях, отражающих состояние здоровья, образ жизни и благосостояние населения. Неблагоприятные тенденции, ведущие к депопуляции, следует рассматривать как угрозу социальному благополучию и экономическому развитию страны. В условиях старения населения и снижения его трудоспособной части необходимо направить усилия на обеспечение положительного естественного прироста и снижения смертности населения.

4. Направления совершенствования современной смешанной модели здравоохранения предполагают принятие мер по: повышению квалификации специалистов в области управления государственной системой здравоохранения, совершенствованию системы стратегического планирования при проведении реформ, увеличению объема государственного финансирования, расширению объема медицинских услуг, гарантируемых по ПГГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, обеспечению равномерной доступности медицинской помощи по субъектам РФ, развитию профилактической медицины; введению обязательного страхования профессиональных рисков врачей; повышению привлекательности работы в государственном секторе здравоохранения и снижению оттока высококвалифицированных медицинских кадров.

Апробация материалов диссертации. Материалы исследования были доложены на втором Всероссийском форуме по общественному здоровью (г.

Москва, 2018 г.); Всероссийском демографическом форуме с международным участием (г. Москва, 2019 г.); Всероссийской научно-практической конференции «Современное здравоохранение: уроки прошлого и взгляд в будущее» с международным участием (г. Москва, 2019 г.); заседании межкафедральной научно-практической конференции кафедры общественного здоровья и здравоохранения имени Н.А. Семашко Института общественного здоровья имени Ф.Ф. Эрисмана ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет) (г. Москва, 2020 г.).

Внедрение в практику

Основные положения работы внедрены в практическую деятельность Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» г. Москвы. Материалы диссертационного исследования внедрены в образовательную деятельность кафедры общественного здоровья и здравоохранения имени Н.А. Семашко Института общественного здоровья имени Ф.Ф. Эрисмана, а также кафедры гуманитарных наук Института социальных наук ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет).

Личный вклад автора. Вклад автора работы определяется тем, что исследователь лично разработал программу и план диссертационного исследования, провел комплексный, систематический, обзор литературы и архивных документов, проанализировал нормативные правовые документы, регламентирующие организацию медицинской помощи населению Российской Федерации. Автором проанализированы теоретико-методологические подходы советского здравоохранения, заложенные Н.А. Семашко, а также процесс их трансформации в современном российском здравоохранении. Самостоятельно проведен анализ статистических данных, отражающих показатели состояния

здоровья населения, факторов, влияющих на него, а также ресурсов здравоохранения в советский период и на современном этапе в Российской Федерации, на основе которого сформирован прогноз статистических показателей до 2022 г. Методом экспертных оценок проанализировано состояние современной российской системы здравоохранения, проблем, препятствующих ее развитию, а также возможных вариантов их решения. Выявлены направления по совершенствованию современной системы здравоохранения Российской Федерации с целью полноценного обеспечения населения гарантируемым набором медицинских услуг.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют паспортам специальностей: 14.02.03 – «Общественное здоровье и здравоохранение», пунктам 1,2,3,6,8; 07.00.10 – «История науки и техники», пунктам 2,5.

Публикации. По теме диссертационного исследования опубликовано 8 печатных работ, 6 из которых в рецензируемых научных изданиях, из них 3 - в изданиях, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации, 5 работ из общего числа опубликованы в изданиях, индексируемых в Международной базе данных Scopus.

Объем и структура диссертации

Диссертационная работа состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, приложений. Диссертация изложена на 223 страницах компьютерного набора, иллюстрирована 2 таблицами и 72 рисунками. Список литературы включает 11 архивных источников, 268 литературных источников отечественных авторов и 88 зарубежных авторов.

ГЛАВА 1. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЗА РУБЕЖОМ

Раскрытие темы данного исследования требует не только тщательного изучения основных принципов советской модели здравоохранения (модели Семашко), но и изучения истории ее формирования, последующего реформирования, а также ее трансформации в современную смешанную модель здравоохранения. Более того, необходимо детально изучить биографию основоположника советской модели здравоохранения – Н.А. Семашко, а также особенности предоставления бесплатной медицинской помощи за рубежом.

Все литературные источники по теме диссертационного исследования можно разделить по проблемно-хронологическому принципу на несколько групп. Литературные источники каждой группы необходимо рассматривать в хронологической последовательности, начиная с самых первых исторических повествований конца XIX века, и заканчивая современными научными работами, характеризующими текущий уровень исследованности диссертационной темы. Комплексный структурный анализ данных исследований позволил установить степень исследованности истории развития методологических основ организации здравоохранения, заложенных Н.А. Семашко.

В контексте темы диссертационного исследования, условно, можно выделить следующие взаимосвязанные группы литературных источников:

1. Биографические исследования, описывающие жизнь и деятельность Н.А. Семашко.
2. Научные труды, посвященные теоретико-методологическим подходам к организации советского здравоохранения.
3. Историко-медицинские исследования советской модели здравоохранения (модели Семашко) и ее трансформации в современную смешанную модель здравоохранения.

4. Научные исследования, характеризующие особенности предоставления бесплатной медицинской помощи за рубежом.

1.1. Общая характеристика литературных источников о жизни и деятельности Н.А. Семашко

Устойчивый интерес к биографии первого наркома здравоохранения РСФСР - Н.А. Семашко отмечался еще во второй половине XX в., когда советская модель здравоохранения (модель Семашко) была одной из ведущих в мире и образцовой для стран социалистического блока. Но, несмотря на попытки осмысления внушительного объема фактологического материала о жизни и деятельности Н.А. Семашко, имевшие место в советской историографии, комплексный, сравнительный анализ исторических событий в биографии первого наркома здравоохранения остается актуальной проблемой по настоящее время. Кроме того, современные работы, посвященные биографии Н.А. Семашко, в подавляющем большинстве повторяют интерпретацию исторических событий советских исследований. Это еще раз подтверждает необходимость проведения комплексного, идеологически нейтрального, исследования жизни и деятельности Н.А. Семашко.

Одной из первых работ, посвященных биографии первого наркома здравоохранения, был труд самого Н.А. Семашко «Клочки воспоминаний», изданный в 1930 г. В данной работе нарком описывает отдельные факты и эпизоды из своей жизни: студенческие годы, карьеру врача, а также революционную деятельность. Более того, в данной работе Н.А. Семашко описывает не просто факты из своей биографии, но также пишет о причинах, побудивших его совершать те или иные поступки в жизни. Недостатком данного труда является отсутствие хронологической последовательности излагаемых событий, а также субъективизм, присущий всем автобиографическим работам.

Некоторые работы, описывающие отдельные факты из биографии Н.А. Семашко, были изданы еще при его жизни. Не ставя перед собой задачу детального изучения биографии первого наркома здравоохранения, авторы этих работ, в довольно сжатом виде, воспроизводили уже известные факты из биографии Н.А. Семашко [11, 71, 153].

Значительное количество работ, посвященных биографии Н.А. Семашко было издано уже после его смерти (после 1949 г.). Данные работы нельзя отнести к фундаментальным биографическим исследованиям, т.к. в них по-прежнему воспроизводились в основном уже известные факты из его биографии. Большинство брошюр были изданы в журналах, и их объем не превышал 5-7 страниц машинописного текста [3, 14, 22, 53, 68, 72, 98, 145, 151, 154, 164, 170].

Большую известность получила автобиографическая работа Н.А. Семашко «Прожитое и пережитое», изданная в 1960 г. (уже после его смерти). Эпилог этой работы датируется 1946 г. Данная работа представляет собой уже не просто отдельные факты и эпизоды из его жизни, а является первой, полноценной, хронологически последовательной, биографией его жизни: начиная с периода сознательного детства, и заканчивая начальным этапом карьеры наркома здравоохранения РСФСР. Особому вниманию в работе уделяется революционной деятельности, которой он занимался на протяжении своей жизни: со студенческих лет до Октябрьской революции. Недостатком данной работы является субъективизм, описываемых событий.

В 1960 г. также издана краткая брошюра Н.В. Гусева «Николай Александрович Семашко». Автор описывает биографию Н.А. Семашко до момента отставки с должности наркома здравоохранения СССР. Однако причины отставки с должности наркома автор не указывает. Главным недостатком данной работы является ее практически полное сходство с работами самого Н.А. Семашко «Клочки воспоминаний» и «Прожитое и пережитое». Более того, в рамках существовавшей идеологической парадигмы

значительная часть работы посвящена дружбе Н.А. Семашко с В.И. Лениным [29].

К 90-летию со дня рождения Н.А. Семашко, в 1964 г., в свет вышла биографическая работа М.Б. Мирского «Главный доктор республики». Богатая по своему содержанию работа Марка Борисовича охватывала весь период жизни Н.А. Семашко: от рождения до самой смерти. Эта работа впоследствии была переиздана, с незначительными дополнениями, в 1974 г. (к 100-летию со дня рождения Н.А. Семашко) под другим названием: «Первый нарком здоровья». Особое внимание автор уделяет становлению характера будущего наркома здравоохранения, подробно описывая его детские и юношеские годы, а также указывает на возможные причины, побудившие Н.А. Семашко стать революционером. Часть работы посвящена революционной деятельности Н.А. Семашко, которой будущий нарком занимался со студенческих лет. Подробно описывая начальные годы работы Н.А. Семашко на посту наркома здравоохранения, автор фактически не уделяет внимания завершающим годам его карьеры, а также не указывает возможные причины отставки Н.А. Семашко с должности наркома здравоохранения. Между тем, автором были выявлены и кратко охарактеризованы научные достижения Н.А. Семашко в области медицины и здравоохранения [69].

Вопросам биографии Н.А. Семашко было посвящено множество брошюр и статей [7, 44, 47, 54, 63, 79, 80,81,83, 163, 168, 172]. В этих исследованиях отражены некоторые частные, к тому времени уже общеизвестные, факты из биографии Н.А. Семашко.

Особого внимания заслуживают работы Д.В. Горфина. Будучи учеником Н.А. Семашко на кафедре организации здравоохранения 1-го Московского медицинского института, профессор Д.В. Горфин в своих работах охарактеризовал Н.А. Семашко как главного методолога советского здравоохранения, детально описав его вклад в развитие профилактической и лечебной медицины, а также его вклад в сельское здравоохранение. В работах

автор акцентирует внимание на то, как под руководством Н.А. Семашко были заложены теоретические и организационные основы советской модели здравоохранения: созданы новые формы и виды медицинской помощи (охрана материнства и младенчества, санаторно-курортное дело и др.). Особое внимание автор уделит вкладу в развитие санитарного просвещения, как одного из инструментов профилактического направления советского здравоохранения, а также научным достижениям Н.А. Семашко [23,24,25].

Одним из наиболее содержательных исследований биографии Н.А. Семашко является работа Петрова Б.Д и Потулова Б.М, изданная в 1974 г., к 100-летнему юбилею со дня рождения наркома. Данный труд, со скромным названием «Н.А. Семашко», по праву может считаться фундаментальным исследованием биографии первого наркома здравоохранения. Авторы детально осветили роль Н.А. Семашко в революционном движении, создании большевистской партии, его вклад в подготовку и проведение в 1917 г. Октябрьской революции. Особое внимание уделено роли наркома в формировании и развитии новой модели здравоохранения, а также его научной и общественной деятельности. В книге подробно изложено как под руководством Н.А. Семашко были заложены теоретические и организационные основы советской системы здравоохранения, внедрены инновационные, для того времени, инструменты организации медицинской помощи населению страны, освещена его роль в реорганизации медицинской службы Красной Армии, а также его вклад в развитие высшей медицинской школы [82].

В этом же году вышла работа Е.И. Шейновой «Н.А. Семашко в Нижнем Новгороде». В данной работе автор акцентирует внимание на биографии наркома в 1904-1905 гг., когда Н.А. Семашко совмещал работу врача и профессионального революционера в Нижнем Новгороде [171].

Обзорный характер носит работа С.А. Блинкина «Н.А. Семашко», изданная в 1976 г. Данный труд является пособием для учащихся старших классов средней школы. Автор повествует о детстве, юношеских годах, карьере

врача и революционера Н.А. Семашко, делая акцент на вклад наркома в воспитание молодежи и ее физическое развитие [9].

Из поздних работ советского периода внимания заслуживает труд Б.М. Потулова «Н.А. Семашко – врач и революционер», изданный в 1986 г. Автор, описывая биографию наркома на протяжении всей его жизни, особое внимание акцентирует на вкладе Н.А. Семашко в революционную деятельность, в частности в развитие большевистской партии. Особенностью данной работы является выраженная идеологическая окраска биографии Н.А. Семашко [90].

В постсоветском периоде было издано множество работ, в которых упоминаются отдельные факты, в т.ч. ранее неопубликованные (на основе архивных материалов), из биографии первого наркома здравоохранения [17, 52, 59, 67, 76, 161, 167, 173]. Среди этих фактов: вклад Н.А. Семашко в изгнание инакомыслящей интеллигенции в 1922 г., а также его участие в судьбе выдающегося русского ученого А.Л. Чижевского.

В последние десятилетия появились исследования, отличающиеся новым методологическим подходом к изучению биографии Н.А. Семашко. Эти исследования характеризует планомерное введение в научный оборот, ранее не публиковавшихся, архивных документов [5, 6, 20, 30, 31, 48, 73, 77, 94, 95, 99, 149, 155, 157, 162, 166, 169].

Вместе с тем, комплексный, идеологически-нейтральный, анализ исторических событий в биографии первого наркома здравоохранения остается актуальной проблемой по настоящее время. Изучение архивных материалов и применение проблемно-хронологического, сравнительно-исторического, системно-структурного, а также аналитического методов в процессе анализа архивных источников позволит значительно реализовать информационный потенциал источников и перейти к созданию научной биографии Н.А. Семашко, чего не прослеживается в большинстве изученных нами исследований.

Таким образом, анализ научной литературы позволил выявить пробелы, которые имеются в настоящее время при изучении выбранной темы. Среди пробелов можно отметить: отсутствие, идеологически-нейтральной, научной биографии Н.А. Семашко, а также наличие неопубликованных архивных материалов, связанных с биографией Н.А. Семашко.

1.2. Наследие Н.А. Семашко и основные теоретико-методологические подходы к организации медицинской помощи населению в советский период

Помимо устойчивого интереса к становлению личности первого наркома здравоохранения, особого внимания заслуживает его научное наследие и вклад в теоретико-методологические подходы организации советского здравоохранения. Литературное наследие Н.А. Семашко насчитывает более 260 работ (не считая изданных за рубежом) по теоретическим и организационным вопросам здравоохранения, социальной гигиене, политической тематике и истории медицины: книги, брошюры, статьи, стенограммы докладов и лекций. При этом основная часть печатных работ (165 работ) была издана в промежуток 1918-1929 гг., когда он занимал должность наркома здравоохранения. Двенадцать работ были изданы в 1904-1912 гг. (одна половина из которых посвящена медицинской тематике, а другая – социально-политической). После отставки Н.А. Семашко с должности наркома здравоохранения, в промежуток 1930-1949 гг., было издано 85 печатных работ.

Все научные труды Н.А. Семашко объединяет единство взглядов, целеустремленность, простота изложения и методология марксизма, свойственная всем советским научным работам того времени. Он стремился даже самые сложные проблемы здравоохранения и социальной гигиены излагать просто, ясно и доступно, делая тем самым свои труды доступными для широкого круга читателей. Первые научные работы Н.А. Семашко были опубликованы еще в 1904 г., когда он совмещал работу губернского

санитарного врача и члена тайной боевой организации в Нижнем Новгороде. Молодой доктор Семашко изучал факторы внешней среды на состояние здоровья местного населения, написав шесть работ [109, 114, 134]. В этих трудах он описывал заболеваемость местного населения, санитарное состояние сельских районов и демографические показатели.

Следующая серия печатных трудов Н.А. Семашко была посвящена социально-политической тематике и была издана в 1911-1912 гг. Эта серия работ была посвящена социально-политической тематике и социальному страхованию рабочих [102, 108, 139].

Как уже упоминалось ранее, большинство его работ были изданы после 1917 г. В этих работах он подробно описывает цели советского здравоохранения и теоретико-методологические подходы их достижения, показывая преимущество первой в мире советской модели здравоохранения. Основные цели советского здравоохранения были отмечены в 1918 г., в работе Н.А. Семашко «Основные задачи советской медицины на местах». В качестве целей зарождавшейся модели здравоохранения Н.А. Семашко выделил: обеспечение всех граждан республики качественной, общедоступной и бесплатной медицинской помощью. Также в работе были описаны некоторые задачи, с помощью которых планировалось реализовать на практике эти цели. Среди них: огосударствление и централизация здравоохранения, необходимость внедрения санитарно-просветительной деятельности на общегосударственном уровне, а также привлечение населения к делу организации здравоохранения [119]. Во всех, изученных нами исследованиях советского и постсоветского периода, авторы не различали «цели» советской модели здравоохранения (модели Семашко) и «теоретико-методологические подходы» их достижения, ставя эти понятия в одну группу. Комплексный, сравнительный, анализ первоисточников (работ Н.А. Семашко) позволил дифференцировать данные понятия и перейти к рассмотрению конкретных

теоретико-методологических подходов организации советской модели здравоохранения (модели Семашко).

Основными методами достижения целей советского здравоохранения являлись: государственный характер организации, централизация, плановое начало, профилактическое направление, территориально-участковый принцип организации медицинской помощи, классовый принцип, система медицинского образования (синтез науки и практики), приоритет охраны материнства и младенчества, а также привлечение населения к организации здравоохранения

По мнению Н.А. Семашко модель здравоохранения в республике должна быть государственной, централизованной и иметь плановое начало [252, 253]. В своих работах он подчеркивал, что суть *огосударствления* медицинского дела в стране состоит не в том, чтобы закрыть частные клиники и запретить частную врачебную практику, а в том, чтобы государство, сконцентрировав управление медико-санитарным делом в своих руках, взяло на себя обязанность предоставить каждому гражданину бесплатную и квалифицированную медицинскую помощь [120]. При этом частная медицинская практика в СССР никогда не запрещалась, но большой популярностью не пользовалась, т.к. население имело возможность получать необходимые медицинские услуги бесплатно [200].

Более того, в своих работах Н.А. Семашко постоянно отмечал, что медицина для населения должна иметь государственный механизм финансирования, характеризуя при этом частную медицину как «налог на болезни» и «плату за несчастье» [115]. Критикуя частную медицину, он в то же время утверждал, что плату со здорового гражданина, на случай болезни, взимать необходимо, в связи с высокой затратностью отрасли. Н.А. Семашко был сторонником своего рода «прогрессивной шкалы налогообложения» в здравоохранении [121].

Обосновывая монополию государства на медицинское дело, Н.А. Семашко отмечал, что *централизация* была неизбежным условием создания

новой модели здравоохранения, поскольку вместо ведомственной разрозненности, а также несогласованности действий различных органов здравоохранения, в 1918 г. был образован единый центр управления здравоохранением республики - Народный комиссариат здравоохранения [123]. По мнению наркома, разделение медико-санитарного дела по ведомствам и управлениям, бюрократическими перегородками, являлось главной причиной, препятствующей улучшению санитарно-эпидемиологического благополучия в республике [128]. О тяжелом состоянии здравоохранения в Российской империи свидетельствуют многочисленные факты. Так например, в канун Первой мировой войны в на 10 000 населения приходилось 216,6 случая заболевания малярией, 28,3 скарлатиной, 26,6 брюшным тифом, 7,3 сыпным тифом, 4,4 оспой. Были также широко распространены туберкулез и другие болезни. До 1918 г. в стране было 208 тыс. больничных коек (число коек в среднем составляло 1,3 на 1000 человек населения). В Российской империи насчитывалось 1230 амбулаторий, из которых только в 16% оказывалась специализированная помощь [46].

Объединение здравоохранения положило конец дезорганизации в управлении, несогласованности медицинских мероприятий, а также неэффективному использованию ресурсов [112]. Кроме того, разделение здравоохранения по ведомствам вело к отсутствию ответственности конкретных лиц, отвечавших за состояние здоровья и санитарно-эпидемиологическое благополучие населения республики [122].

Говоря о централизации, необходимо отметить, что, несмотря на возрождение элементов медицинского страхования (в системе социального страхования), в период НЭПа, страховая медицина тогда была составной частью единой системы здравоохранения, позволяя тем самым аккумулировать дополнительные источники для финансирования здравоохранения (через страховые фонды, формирующиеся за счет взносов работодателей). В 1921-1923 гг. были определены страховые взносы работодателей по отдельным

видам социального страхования. Целевой взнос на медицинское страхование составлял в тот период, в зависимости от вредности производства, 5,5-7% от фонда оплаты труда. Для государственных учреждений — 3%, для государственных промышленных предприятий — 4,5% [60]. В своих работах Н.А. Семашко отмечал, что восстановление страховой медицины, как самостоятельного субъекта здравоохранения, является крайне неэффективным, с экономической точки зрения, мероприятием. По его мнению, страховая медицина противоречила централизованному характеру организации советского здравоохранения [118].

Не менее важной характеристикой организации советского здравоохранения, как и всего народного хозяйства СССР, являлся *плановый характер* его развития. По мнению Н.А. Семашко, государственный характер и единство советского здравоохранения позволяли вести работу по метрологически состоятельному плану, при наибольшей экономии сил и средств [125]. Планы здравоохранения в СССР определяли направление работы органов здравоохранения, а также отдельных медицинских организаций, указывая одновременно способы достижения поставленных целей [223]. Вышестоящие органы здравоохранения намечали пределы составления планов для нижестоящих органов [132]. Правильно составленный план здравоохранения по республике представлял собой глубокую аналитическую и целеориентированную работу. Приступая к составлению плана, органы здравоохранения учитывали экономическое и санитарно-эпидемиологическое состояние региона, характер промышленного и сельского хозяйства в регионе, учитывали демографические показатели, а также потребности населения в медицинской помощи. Все дело здравоохранения в СССР от работы и всеобъемлющих планов центральных органов здравоохранения, до планов и работы региональных учреждений здравоохранения – все увязывалось в едином плане. Выполнение всех этих планов обеспечивалось единым государственным бюджетом [216]. Главной особенностью плана здравоохранения в СССР

являлась его комплексность, которая заключалась в том, что он не ограничивался только мероприятиями, проводимыми органами здравоохранения, но и включал в себя мероприятия, осуществляемыми жилищно-коммунальными, земельными и другими органами государственной власти. Особую актуальность плановый характер организации здравоохранения приобрел с началом реализации в стране пятилетних планов развития народного хозяйства: в эпоху индустриализации и коллективизации сельского хозяйства. Развитие здравоохранения в соответствии с пятилетними планами развития народного хозяйства СССР являлось важнейшей, и в то же время очень сложной задачей для руководства Наркомздрава [130].

Главным направлением советского здравоохранения в области охраны здоровья населения, еще в 1919 г., была определена *профилактика* развития заболеваний, путем проведения широких оздоровительных и санитарных мероприятий по всей республике [204, 219]. На путь профилактического направления советское здравоохранение побуждали целый ряд факторов: высокая распространенность среди населения социальных заболеваний, перегрузка медицинских организаций (вызванная гарантиями государства на предоставлении бесплатной медицинской помощи всему населению), а также уровень развития медицинской науки, позволяющий на тот момент сделать вывод о том, что заболевание экономичнее предупредить.

По мнению Н.А. Семашко, заведовавшего кафедрой социальной гигиены 1-ого МОЛМИ с 1921 по 1949 гг., болезнь есть результат взаимоотношения между организмом и внешней средой, и соответственно, изучение этой среды должно пролить новый свет на этиологию развития заболеваний [126]. Он считал, что болезнь гораздо легче и важнее предупредить, чем лечить. А предупредить болезнь, по мнению наркома, возможно воздействуя на факторы внешней среды. Таким образом, он понимал профилактику как учение об оздоровление среды [129]. Основой всего профилактического направления советского здравоохранения стало *санитарное просвещение*. По личной

инициативе Н.А. Семашко был создан важнейший отдел в Наркомздраве - отдел санитарного просвещения. Несмотря на свои материалистические воззрения, Н.А. Семашко рассматривал именно санитарное просвещение (информационное воздействие на сознание) как основу всего профилактического направления советского здравоохранения, не ограничиваясь только стремлением к улучшению материального быта населения [133]. Он неуклонно и постоянно внедрял метод санитарного просвещения в деятельность органов и учреждений здравоохранения, был инициатором внедрения в практику новых форм агитации на тему здорового образа жизни [135]. Особенно актуально это было для сельского здравоохранения, поскольку борьба с вековыми обычаями и предрассудками, ликвидация санитарной неграмотности была основой для оздоровления сельского населения [110].

Основным методом реализации профилактического направления на практике стала *диспансеризация*. [116]. Под диспансером подразумевалось лечебно-социальная организация, которая не только оказывала лечебную помощь пациентам, но и держала на учете санитарное состояние своего района (учетно-статистическая и обследовательская работа диспансера), поддерживала систематическую связь с профсоюзами (организационная работа диспансера), оказывала социальную помощь, выявляла больных (социальная задача диспансера) и вела санитарное просвещение в районе своей деятельности [137]. Он отмечал, что диспансеризацию необходимо проводить по строго проработанному плану [140]. Прежде всего, нужно было проводить диспансеризацию среди наиболее вредных профессий или наиболее типичных для конкретного района. По мнению наркома, особенно трудным в таком обследовании является установление методологии [143]. Более того, он делает вывод, что необходимо проводить профилактическое направление через лечебные организации [117].

По замыслу Н.А. Семашко каждая лечебная организация в перспективе должна перейти на диспансерный метод работы, не ограничивая свою работу одной только лечебной деятельностью. Он считал, что использование всей лечебной сети в этом направлении позволит реализовать профилактические задачи в масштабах всей республики [136]. По замыслу Н.А. Семашко, профилактический метод должен был интегрировать всю медицинскую практику в СССР. Лечебная медицина, дополненная профилактическим содержанием, стала могучим фактором оздоровления населения СССР [211, 243, 247]. Делая прогноз на будущее, Н.А. Семашко подчеркивал, что только когда медицинская наука достигнет технической возможности диагностировать начальные стадии нарушения равновесия между организмами и средой, внимательно улавливать вредное влияние этиологических факторов, только тогда возможно будет правильно распознавать и правильно лечить начальные стадии заболеваний [104, 111].

Особый вклад в укрепление общественного здоровья населения внесло внедрение *территориально-участкового принципа* организации здравоохранения [199]. Учитывая территориальные особенности страны (большая протяженность территории при низкой плотности, проживающего на ней населения), территориально-участковый принцип организации стал основой советской модели здравоохранения (модели Семашко). Впервые территориально-участковый принцип организации здравоохранения применен еще в дореволюционные годы земской медициной, однако широкого применения в Российской империи он не получил. К началу XX века в Российской империи земская медицина существовала в 34 губерниях европейской части страны, которые занимали чуть менее половины территории европейской части страны (2.490 тыс. кв. верст из 5.000 тыс. кв. верст), и в них проживало 60% населения империи (74 млн. чел. населения) [159].

Территориально-участковый принцип организации в советском здравоохранении стал развиваться на новых основах, в масштабах всей страны.

За участковым врачом закреплялся определенный участок территории с определенным контингентом населения, где врач, по сути, становился семейным врачом. Применение участкового характера нашло особую совершенную и законченную форму в системе советских диспансеров. Как уже было указано выше, диспансер работал активными методами: он не только занимался лечением обратившихся больных, но также проводил в жизнь профилактическое направление советского здравоохранения [124].

Другим, не менее важным, и активно декларируемым, направлением советской модели здравоохранения (модели Семашко) был *классовый принцип* обеспечения самой квалифицированной медицинской помощью рабочих и крестьян [181, 263]. В своих работах Н.А. Семашко отмечал, что в отличие от капиталистических стран, в которых действовали привилегии богатых в получении медицинской помощи, советское здравоохранение проводило классовый принцип преимущественного обслуживания городского пролетариата и беднейшего крестьянства [120]. Он также писал, что классовый принцип соблюдался по возможности во всех отраслях здравоохранения и его выражением является первоочередное использование лучшей медицинской помощи (в особенности квалифицированной), в отношении «пролетариата» [115]. В своих работах Н.А. Семашко подчеркивал, что предоставление самой квалифицированной медицинской помощи рабочим является законом советской медицины [121].

Говоря о классовом принципе, необходимо отметить, что с началом индустриализации и коллективизации сельского хозяйства в СССР в конце 1920-х гг. перед Наркомздравом встала задача в короткие сроки обеспечить преимущественное медицинское обслуживание промышленных рабочих и работников сельского хозяйства. В работах этого периода Н.А. Семашко отмечал, что акцент необходимо делать на периферическое звено оказания медицинской помощи: пункт первой помощи на фабриках и заводах. По его мнению, от того как организована первая медицинская помощь на предприятии

зависит исход заболевания: полное восстановление трудоспособности, либо инвалидность. И первоочередными задачами для Наркомздрава в этот период стали: расширение сети пунктов первой помощи, повышение качества, оказываемой на них медицинской помощи, а также дифференцировка персонала в соответствии с вредностями конкретного производства. Была усилена профилактическая работа при проведении мероприятий оздоровления труда и быта рабочих, началась активная санитарная работа на фабриках и заводах, а также модернизация лечебных организаций, обслуживающих рабочих, особенно в отдельных промышленных районах. Началось активное больничное строительство в промышленных районах, а также работы по улучшению работы сельского участка, материальному и жилищному обеспечению медицинских кадров [124].

В советском здравоохранении особое место занимала, созданная *система высшего медицинского образования*. Первый нарком здравоохранения отмечал, что медицинские институты должны выпускать всесторонне образованных врачей, подготовленных к самостоятельной работе, а не узких специалистов [105, 106]. Сеть образовательных организаций высшего медицинского образования в СССР была распределена по всей территории страны таким образом, чтобы удовлетворять врачами-выпускниками отдаленные области и национальные республики. Большая роль в области общественного здоровья населения СССР отводилась научной деятельности. К середине XX века в СССР не было ни одной области в медицине (как лечебной, так и профилактической), которая не возглавлялась бы научной организацией. Более того, научная деятельность глубоко проникла в практическую работу лечебно-профилактических учреждений и органов здравоохранения. *Единство медицинской науки и практики* осуществлялось с целью внедрения всех достижений новейшей отечественной и зарубежной медицинской науки в практику работы органов и учреждений здравоохранения, всех медицинских работников.

Практически в каждой крупной больнице, поликлинике, диспансере, санитарно-эпидемиологической организации велась научная работа, часто на уровне кандидатских и докторских диссертаций. В органах здравоохранения работали научные консультанты по различным вопросам практической деятельности (по родовспоможению, по терапии, хирургии, борьбе с раком, с туберкулезом и т.д.). Главной особенностью научной деятельности в СССР был комплексный характер ее организации: научные институты работали в тесном контакте и сотрудничестве, под единым управленческим началом. По мнению Н.А. Семашко, сочетание научного освещения проблемы в той или иной области и практических задач, которые стоят в практической работе – необходимое условие всей системы медицинского образования СССР, подчеркивая, что наука, оторванная от жизненных потребностей, обречена на поражение [138].

Важнейшим социально-экономическим мероприятием в советском здравоохранении являлась *охрана материнства и младенчества*. Н.А. Семашко считал, что охрана материнства и младенчества имеют тройственное значение: политическое, социально-экономическое и санитарно-гигиеническое [103]. Он подчеркивал, что здоровье матери и ребенка – необходимые условия оздоровления человечества [131]. Охрана материнства и младенчества предоставляла женщинам возможность сочетать материнство с общественно полезным трудом, а детям давала условия для гармонического развития физических и духовных сил. Система охраны материнства и младенчества предусматривала оказание всем женщинам и детям бесплатной высококвалифицированной медицинской помощи [123]. Специальные мероприятия по охране подрастающего поколения начинались с охраны матери (беременной и роженицы), продолжались заботой о детях с младенчества до дошкольного и школьного возраста и заканчивались охраной здоровья подростков [119].

В советском здравоохранении также активно декларировалось *участие населения в работе органов здравоохранения*. Н.А. Семашко отмечал, что практическое проведение мероприятий по коренному оздоровлению населения невозможно без активного участия в этом деле самого населения [124]. В своих работах он постоянно утверждал: «Охрана здоровья рабочих есть дело самих рабочих» [111]. Нарком считал, что участие рабочих в деле здравоохранения должно начинаться с самых низовых ячеек (на фабриках и заводах).

Таким образом, основная часть теоретико-методологических подходов советской модели здравоохранения (модели Семашко) была заложена в 1920-х гг., под непосредственным руководством основоположника и методолога данной модели - Н.А. Семашко. Некоторые теоретико-методологические подходы созданной Н.А. Семашко модели здравоохранения (общегосударственный характер здравоохранения и всеобщий охват населения социальными гарантиями) впоследствии использовались в международной практике.

Методологические основы организации здравоохранения, заложенные Н.А. Семашко, в настоящее время, пройдя этап трансформации, успешно реализуются в Российской Федерации. Государственный и централизованный характер регулирования программ ОМС, плановый характер развития здравоохранения, профилактическое направление, территориально-участковый принцип организации здравоохранения, а также приоритет охраны материнства и младенчества в настоящее время реализованы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В системе медицинского образования в настоящее время сохраняется приверженность единства науки и практики. Участие населения в системе организации здравоохранения в настоящее время реализовано через различные общественные и общественно-политические организации. В современных условиях утратил свое формальное значение только классовый принцип обеспечения квалифицированной помощью.

1.3. Этапы и механизмы трансформации системы здравоохранения Российской Федерации в период: 1991-2018 гг.

Основной предпосылкой трансформации советской модели здравоохранения (модели Семашко) стала невозможность обеспечения государством прежнего гарантируемого объема бесплатной медицинской помощи. С 1965 по 1980 гг. реальный уровень расходов на здравоохранение увеличился, вследствие низкого уровня инфляции, но этот рост не поспевал за общим ростом экономики и социальных расходов. Вследствие этого, доля расходов на здравоохранение в государственном бюджете сократилась с 6,5% в 1965 г. до 4,5% к 1985 году. Это свидетельствует не только об ухудшении экономической ситуации в стране, но и о снижении приоритетности здравоохранения. Если в 1960-х гг. на здравоохранение выделялось примерно 6-6,5% ВВП, то в последние годы существования СССР показатель сократился до 3-3,5%, что было значительно, ниже, чем в странах ОЭСР (для сравнения в Соединенном Королевстве этот показатель составлял 6,5 %, а в США — 12,9 % в 1985 г.) [27, 156].

В период перестройки советское правительство значительно увеличило общие расходы на здравоохранение в номинальном выражении, однако уровень инфляции превышал рост расходов. Доля здравоохранения в государственном бюджете росла, достигнув значения 5,6 % в 1990 г. (не более 3% ВВП). Таким образом, начиная с 1985 г. фактический уровень расходов на здравоохранение неуклонно снижался, достигнув к 1995 г. 2,6% от ВВП. Ситуация особенно усугубляла тяжелая экономическая ситуация в стране, связанная с распадом СССР [221].

К 1990 г. советская модель здравоохранения (модель Семашко) утратила многие из своих достижений. Главная проблема системы здравоохранения стала очевидной: недостаток бюджетного финансирования широкой сети медицинских организаций наряду с продолжавшейся политикой экстенсивного развития здравоохранения и отсутствием экономических форм управления не

позволяли обеспечить выполнение цели советской модели здравоохранения (модели Семашко): обеспечение всех граждан республики качественной, общедоступной и бесплатной медицинской помощью. Это привело к снижению доступности квалифицированной медицинской помощи для населения и практике теневых механизмов оплаты медицинских услуг, и как следствие к необходимости реформирования системы здравоохранения [4].

Трансформация советской модели здравоохранения (модели Семашко) началась практически сразу после прекращения существования СССР, с внедрения системы медицинского страхования. После принятия Закона РФ от 28 июня 1991 г. N 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28.06.1991 г. система медицинского страхования должна была стать основополагающей формой социальной защиты населения в области охраны здоровья [45]. С принятием закона о медицинском страховании советская модель здравоохранения была трансформирована в модель социального страхования (ОМС стало составной частью государственного социального страхования). Наряду с этим в Российской Федерации началось развитие добровольного медицинского страхования.

В связи с тем, что закон не предусматривал наличия специальных организаций для аккумулирования и распределения взносов страховых взносов, в 1993 г. в закон были внесены существенные дополнения, которые предусматривали создание ФФОМС и ТФОМС, основной задачей которых стало аккумулирование финансовых ресурсов и их распределение между СМО и МО.

По своему существу страховая медицина на данном этапе развития сохраняла признаки бюджетного финансирования, поскольку страховые взносы в системе ОМС аккумулировались в государственных внебюджетных фондах (ФФОМС, ТФОМС). Поэтому на практике в РФ была реализована смешанная модель здравоохранения.

Таким образом, в условиях дефицита финансовых ресурсов были трансформированы основные теоретико-методологические подходы организации здравоохранения. Так, монопольная советская модель здравоохранения была трансформирована в модель здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС. Несмотря на появление новых субъектов в здравоохранении (ФФОМС, ТФОМС, СМО), в системе здравоохранения осуществлялся централизованный характер регулирования программы ОМС [16].

Однако, несмотря на внедрение страховой медицины, аккумулировать дополнительные средства для финансирования здравоохранения не удалось. К 1995 г. расходы на здравоохранение составляли 2,6% от ВВП. Низкие расходы на здравоохранение и трудная экономическая ситуация в стране отразились на показателях здоровья населения РФ: с 1990 по 1995 гг. ОППЖ сократилась с 69,19 до 64,52, общий коэффициент смертности увеличился с 11,2 до 15 суммарный коэффициент рождаемости снизился с 1,892 до 1,337 [42]. В этот период система здравоохранения характеризовалась низким уровнем оплаты труда медицинских работников, низким качеством медицинской помощи, значительным объемом теневых механизмов внутри системы здравоохранения, а также отсутствием единых стандартов оказания медицинской помощи на федеральном и региональных уровнях. Работоспособность системы ОМС также подрывалась относительно низким размером страховых взносов (3,6% в 1993 г.), что не позволяло СМО выполнить финансовые обязательства по оплате медицинских услуг, предусмотренных программой ОМС [94]. Все эти обстоятельства требовали радикальных перемен в системе здравоохранения.

В 1997 г. была принята Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации до 2005 г. (постановлением Правительства РФ от 05.11.1997 г. № 1387). В концепции было отмечено, что объемы финансирования здравоохранения не обеспечивают население качественной, общедоступной и бесплатной медицинской помощью, а

имеющиеся финансовые и материальные ресурсы используются неэффективно, усиливаются диспропорции в предоставлении медицинской помощи и как следствие происходит ухудшение состояния здоровья населения и все более широкое распространение получает теневая сторона оплаты медицинских услуг. Задачи концепции были во многом основаны на теоретико-методологических основах советской модели здравоохранения (модели Семашко): развитие профилактического направления, развитие службы охраны материнства и детства, внедрение в медицинскую практику современных методов диагностики и лечения, реорганизация системы гигиенического воспитания населения, реализация принципа единства медицинской науки и практики, повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения, а также привлечение населения к решению вопросов здравоохранения. Несмотря на то, что в концепции были выделены приоритеты по совершенствованию организации медицинской помощи, в ней отсутствовали конкретные целевые показатели и механизмы их достижения. Это обстоятельство не позволило реализовать на практике задачи концепции [177].

Между тем, к концу 1990-х гг. дисбаланс между обязательствами государства и финансовым обеспечением системы здравоохранения сохранялся. Для решения этой проблемы в 1998 г. было принято Постановление Правительства Российской Федерации от 11.09.1998 г. №1096 «Об утверждении Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью» [152]. Несмотря на то, что в ППГ был сохранен перечень видов медицинской помощи, гарантируемых советской моделью здравоохранения (моделью Семашко), утверждение программы стало первым этапом детализации гарантируемых государством бесплатных медицинских услуг гражданам РФ. Программа также регламентировала сокращение объемов стационарной помощи и ее замещение стационар замещающими медицинскими услугами на базе амбулаторного

звена. Также были установлены объемы медицинской помощи (на 1000 чел. населения).

Вместе с тем, в здравоохранении сохранялся дефицит финансовых ресурсов на реализацию ПГГ, медленными темпами осуществлялись структурные преобразования в отрасли, нарастал износ материально-технической базы медицинских организаций, сохранялся отток квалифицированных кадров и как следствие - запланированные правительством цели в сфере здравоохранения не были достигнуты. В стране продолжала ухудшаться демографическая ситуация: с 1995 по 2000 гг. общий коэффициент смертности увеличился с 15,0 до 15,3; суммарный коэффициент рождаемости снизился с 1,337 до 1,195; численность населения сократилась со 147,9 до 145,5 млн. человек. При этом расходы на здравоохранение также снизились с 2,6% от ВВП в 1995 г. до 2,2% к 2000 г. [42].

Проблему несбалансированности государственных гарантий и их финансового обеспечения усугубляли следующие факторы: дезорганизация в многоканальной системе финансирования здравоохранения; сохранение принципа финансирования из бюджета в расчете на ресурсные показатели вне зависимости от реальной работы МО; отсутствие стимулов у СМО и МО к проведению реструктуризации здравоохранения с целью более рационального использования имеющихся ресурсов; неудовлетворительная координация действий органов управления здравоохранением и всех субъектов ОМС.

Для решения вышеперечисленных проблем правительством РФ была разработана программа «Основные направления социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу (2000-2010 гг.)», а также Концепция развития здравоохранения на 2001-2005 гг. и на период до 2010 г.

Программа и концепция включали в себя необходимые мероприятия по реформированию здравоохранения, среди которых: комплекс мероприятий по совершенствованию правовых и экономических норм функционирования СМО

и МО, а также мероприятия по обеспечению сбалансированности между государственными гарантиями медицинской помощи и их финансовым обеспечением [58]. Помимо этого, среди основных направлений реформирования было выделено: повышение структурной эффективности системы, обеспечение хозяйственной самостоятельности организаций, расширение организационно-правовых форм МО; развитие частного сектора здравоохранения; изменение подходов к организации и оплате труда медицинских работников; реформирование системы финансирования здравоохранения в части завершения перехода к преимущественно страховой форме аккумуляции финансовых ресурсов (переход на одноканальное финансирование здравоохранения).

Несмотря на принятые меры, негативные медико-демографические тенденции продолжались: с 2000 по 2005 гг. общий коэффициент смертности увеличился с 15,3 до 16,1; численность населения сократилась до 143,8 млн. человек при росте расходов на здравоохранение с 2,2% от ВВП в 2000 г. до 3,7% к 2005 г. При этом суммарный коэффициент рождаемости с 2000 по 2005 гг. увеличился с 1,195 до 1,294 [36]. Наряду с этим в здравоохранении оставался ряд нерешенных проблем, среди которых: низкий уровень укомплектованности учреждений здравоохранения, оказывающих ПМСП; недостаточное развитие профилактического направления; высокий уровень износа основных производственных фондов; низкий уровень доступности специализированной помощи и ВМП.

Первой значительной инициативой в развитии современного российского здравоохранения стало объявление в 2005 г. президентом В.В. Путиным о реализации с 2006 г. приоритетного национального проекта «Здоровье». Основными направлениями национального проекта стали: развитие ПМСП; развитие профилактического направления; повышение доступности для населения специализированной помощи и ВМП; формирование ЗОЖ у населения, путем разработки и осуществления информационных кампаний;

совершенствование мероприятий по охране здоровья матери и ребенка. Несмотря на то, что национальный проект во многом основан на теоретико-методологических подходах советской модели здравоохранения (модели Семашко), его реализация стала основой для подготовки комплексных изменений в отрасли, направленных на обеспечение граждан качественной, общедоступной и бесплатной медицинской помощью [51].

И что самое важное, национальным проектом были предусмотрены конкретные целевые показатели по каждому направлению.

Не менее значимым событием в развитии российского здравоохранения стало утверждение в 2008 г. Правительством РФ «Концепции долгосрочного развития Российской Федерации до 2020 г.» (Стратегия 2020) [148]. Среди основных задач государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 г. были выделены: формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи; повышение эффективности медицинских услуг (объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения и передовым достижениям медицинской науки); развитие отечественной медицинской и фармацевтической промышленности [174].

В результате принятых президентом и правительством РФ мероприятий, в период с 2005 по 2010 гг. впервые были отмечены положительные медико-демографические тенденции в здравоохранении: общий коэффициент смертности снизился с 16,1 до 14,2, дальнейшее увеличение суммарный коэффициент рождаемости с 1,294 до 1,567 при сохранении расходов на здравоохранение 3,7% от ВВП. Однако численность населения РФ сократилась с 143,8 до 142,9 млн. человек [38].

В конце 2010 г. Правительством была принята двухлетняя программа модернизации здравоохранения Российской Федерации на 2011-2012 гг. Перед принятием программы был проведен пилотный проект в 19 субъектах, в ходе которого был апробирован целый ряд институциональных преобразований в

системе финансирования здравоохранения. На примере отдельных субъектов, пилотный проект продемонстрировал готовность системы здравоохранения к дальнейшей трансформации. Помимо этого, стало очевидным, что здравоохранение РФ по-прежнему несет на себе бремя рисков, связанных с изжившей системой организационно-экономических отношений в отрасли, являющихся тормозом реального развития здравоохранения [15, 176].

Программа модернизации здравоохранения предполагала решение вопросов укрепления материально-технической базы МО; внедрения современных информационных систем в здравоохранении, а также стандартов оказания медицинской помощи. Предусматривалось создание единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, устанавливался порядок организации работ и финансового обеспечения мероприятий по ее созданию, а также конкретизировался механизм осуществления взаиморасчетов за медицинскую помощь. Эти и другие меры значительно усилили потенциал сферы здравоохранения [19].

В 2014 г. Концепция развития системы здравоохранения до 2020 г. была подкреплена Постановлением Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации Развитие здравоохранения до 2020 г.». Государственная программа определила цели, задачи, основные направления развития здравоохранения, механизмы их реализации и финансовое обеспечение. Программа отражала основные подходы к решению таких основополагающих для отрасли вопросов, как совершенствование инфраструктуры здравоохранения, формирование единой профилактической среды, повышение качества и безопасности медицинских услуг, расширение объемов лекарственного обеспечения населения, улучшение здоровья населения трудоспособного возраста и старшей возрастной группы, повышение уровня подготовки медицинских кадров и заработной платы в отрасли [85, 101, 175, 178].

К 2018 г. в здравоохранении РФ сохранились положительные медико-демографические тенденции, достигнутые в 2010 г.: общий коэффициент смертности снизился с 14,2 до 12,5; суммарный коэффициент рождаемости незначительно увеличился с 1,567 до 1,579; численность населения увеличилась с 142,9 до 146,8 (с учетом населения республики Крым 1.9 млн. чел.). При этом расходы на здравоохранение снизились с 3,7% от ВВП (в 2010 г.) до 3,55% от ВВП (в 2018 г.) [41, 49, 89].

Следующим значимым событием в трансформации отечественного здравоохранения является утверждение в 2018 г. президентом В.В. Путиным указа №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [89]. Данным указом президент поставил Правительству ряд стратегических задач, включая:

- обеспечение устойчивого естественного роста численности населения;
- увеличение продолжительности жизни до 78 лет к 2024 г., а к 2030 г. – до 80 лет;
- обеспечение ускоренного внедрения цифровых технологий в экономике и социальной сфере.

Помимо этого, президент поставил перед руководством здравоохранения конкретные целевые показатели: к 2024 году снизить показатели смертности населения трудоспособного возраста до 350 случаев (на 100 тыс. населения). При этом смертность от болезней системы кровообращения должна быть снижена до 450 случаев (на 100 тыс.), а от новообразований, в том числе от злокачественных, - до 185 случаев (на 100 тыс. населения). Младенческая смертность должна быть снижена к 2024 г. до 4,5 случая (на 1 тыс. родившихся детей) [89].

Для достижения поставленных целей Правительством РФ, совместно с региональными властями, были разработаны национальные проекты по ряду направлений, включая проекты «Демография» и «Здравоохранение». По

замыслу авторов, реализация проекта «Демография» должна к 2024 г.: увеличить ожидаемую продолжительность предстоящей жизни до 67 лет, снизить смертность населения старше трудоспособного возраста до 33,8 (на 100 тысяч населения), увеличить суммарный коэффициент рождаемости до 1,70, повысить популярность ЗОЖ среди населения, снизить показатели первичной заболеваемости, а также расширять доступность социальных услуг для пожилых граждан. Более того, национальный проект «Демография» носит комплексный межведомственный и междисциплинарный характер. Он затрагивает сферы поддержки семей при рождении детей; создания условий для осуществления трудовой деятельности женщин, имеющих детей; создания условий для доступности дошкольного образования для детей в возрасте до трех лет; здорового образа жизни; активного долголетия и повышения качества жизни пожилых; занятия физической культурой и спортом. Данные мероприятия по своей сути являются одним из теоретических подходов советской модели здравоохранения (модели Семашко), а именно плановым характером развития отрасли. Как уже было указано ранее, в советской модели здравоохранения (модели Семашко) главной особенностью плана здравоохранения являлась его комплексность, заключающаяся в том, что действия правительства не ограничивались только мероприятиями, проводимыми органами здравоохранения, но и включали в себя мероприятия, осуществляемые жилищно-коммунальными, земельными и другими органами власти.

В продолжение государственных мер по развитию отрасли, сформирован национальный проект «Здравоохранение», основными направлениями которого являются: развитие ПМСП, внедрение бережливых технологий, снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, борьба с онкологическими заболеваниями, совершенствование медицинской помощи детям, устранение дефицита медицинских кадров, развитие телемедицины и экспорта медицинских услуг.

В августе 2019 г. президент РФ В.В. Путин провел совещание по вопросам модернизации первичного звена здравоохранения. Президент отметил, что на реализацию национального проекта «Здравоохранение» было выделено 1 трлн. 367 млрд. руб., из которых 237,5 млрд. руб. планируется выделить на первичное звено здравоохранения. На совещании В.В. Путин затронул проблему доступности медицинской помощи для жителей малых и отдаленных населенных пунктов, отметив, что вне зоны доступности первичного звена в 2018 г. находились 499 населенных пунктов численностью от 100000 до 200 000 человек. Президент подчеркнул, что к 2021 г. все населенные пункты РФ должны быть охвачены ПМСП.

Помимо этого, президент отметил, жалобы граждан на плохие условия, очереди к врачам специалистам и их нехватку, а также неудовлетворенность медицинских кадров уровнем заработной платы и высокой нагрузкой.

Отметив проблему материально-технической базы амбулаторных учреждений (многие из которых строились еще в советское время), президент подчеркнул, что значительная часть учреждений требует капитального ремонта. В.В. Путин особое внимание уделил разработке новых моделей эффективной организации поликлиник, подчеркнув, что основным мероприятием по нацпроекту «Здравоохранение» является, прежде всего, развитие специализированной помощи и ВМП.

Проблему доступности ПМСП в отдаленных регионах РФ президент В.В. Путин также отметил в своем послании Федеральному Собранию 15 января 2020 г., указав на необходимость завершения развертывания сети фельдшерско-акушерских пунктов в полном объеме [89].

Более того, президент сделал акцент на запуск с 1 июля 2020 г. программы модернизации первичного звена здравоохранения.

Таким образом, в настоящее время в здравоохранении РФ остается актуальной, поставленная Н.А. Семашко в 1918 г. цель отечественного

здравоохранения: обеспечение всех граждан качественной, общедоступной и бесплатной медицинской помощью [119].

Многие теоретико-методологические подходы советской модели здравоохранения (модели Семашко) были трансформированы в 1991г.: монопольный государственный характер организации был трансформирован в систему государственного регулирования программы ОМС. Менее централизованным стал способ управления системой здравоохранения. Неизменным остался территориально-участковый принцип организации здравоохранения, развитие которого происходит непрерывно до настоящего времени, в связи с территориальной особенностью страны. Внедрены новые формы профилактики заболеваний, гигиенического обучения и воспитания населения, диспансеризации, охраны материнства и детства. В системе высшего медицинского образования сохраняется единство науки и практики, с переходом на систему непрерывного образования специалистов, основной целью которой является обеспечение гарантий граждан на получение качественной и безопасной медицинской помощи в соответствии с международными стандартами. Участие населения в вопросах организации здравоохранения происходит через различные общественные организации (Общероссийский народный фронт, Национальная медицинская палата и др.).

Роль общественных организаций в системе здравоохранения Российской Федерации возрастает с каждым годом. Волонтерские движения и объединения медицинских сообществ в настоящее время являются главными инструментами участия населения в вопросах организации здравоохранения. При этом, перечень общественных организаций, осуществляющих защиту прав населения Российской Федерации в сфере охраны здоровья создающихся по инициативе самих граждан, достаточно разнороден. Однако все эти организации решают проблемы населения, связанные со здоровьем и организацией медицинской помощи населению. Утратил свое формальное значение классовый принцип организации здравоохранения.

Несмотря на то, что современное российское здравоохранение во многом основано на теоретико-методологических подходах советской модели здравоохранения (модели Семашко), в современных условиях требуется дальнейшее реформирование системы здравоохранения. Однако существует ряд проблем, препятствующих этому процессу, среди которых можно отметить следующие: дефицит финансовых средств для реализации реформ; несбалансированность государственных гарантий с финансовыми возможностями их реализации; недостаточная нормативно-правовая база; несбалансированность коечного фонда; низкое развитие стационар замещающих технологий; дефекты оказания медицинской помощи в регионах; низкая интенсивность внедрения в практическое здравоохранение новых научных разработок; слабый уровень развития информационно-телекоммуникационных технологий; низкая профилактическая активность в работе первичного звена здравоохранения; низкая социальная привлекательность работы в первичном медико-санитарном звене.

Все эти проблемы существенно усугубляют исторически сложившиеся стереотипы поведения населения: низкая мотивация к соблюдению ЗОЖ, высокая распространенность поведенческих факторов риска (курение, злоупотребление алкоголем, наркомания, недостаточная двигательная активность наряду с нерациональным несбалансированным питанием, избыточная масса тела и т.д.), а также низкая юридическая грамотность в области здравоохранения.

Большинство вышеуказанных проблем, как отметил президент В.В. Путин на совещании по вопросам модернизации первичного звена здравоохранения, можно решить с помощью укрепления системы ПМСП. Приоритет ПМСП, ее интеграция с возможностями, современных технологий, а также информирование населения по вопросам охраны здоровья позволят достичь наивысшего возможного уровня здоровья, являющегося важнейшей

социальной задачей в мире, а также фундаментальным правом человека, проживающего в любой политической и социально-экономической системе [2].

Необходимо отметить, что достижение, поставленных президентом, задач требует не только наличия финансовых и материальных ресурсов, но и в первую очередь, наличия квалифицированных кадровых ресурсов (субъектов управления системой здравоохранения) на всех уровнях отрасли. Из чего можно заключить, что для успешного реформирования здравоохранения и достижения намеченных, президентом и правительством РФ долгосрочных целей, необходимо, прежде всего, сконцентрировать внимание на подготовке квалифицированных управленцев, владеющих методологией организации здравоохранения, мировоззрение которых не ограничивается знанием отдельных, фактологических, элементов государственных образовательных стандартов.

1.4 Анализ особенностей предоставления бесплатной медицинской помощи за рубежом

Здравоохранение во многих странах мира является одним из приоритетных направлений развития, что обусловлено его очевидным вкладом в социально-экономический прогресс. В то же самое время здравоохранение на сегодняшний день является одной из наиболее затратных статей расходов национальных бюджетов всех стран мира. Системы здравоохранения почти во всех странах мира сталкиваются с проблемами роста издержек и недоступности медицинской помощи для части населения. Необходимо отметить, что универсальной модели организации здравоохранения, способной обеспечить всех граждан бесплатной медицинской помощью, и пригодной для всех стран мира, на сегодняшний день не существует. Уровень государственного регулирования, централизации, разделения финансовых рисков между всеми гражданами, а также роль добровольного медицинского страхования в сфере медицинских услуг в разных странах сильно варьируются.

Общие тенденции развития систем здравоохранения в мире позволили сформировать следующую классификацию моделей здравоохранения по способу финансирования [56, 57]:

1. Модель здравоохранения с преимущественно страховой системой финансирования (модель Бисмарка);
2. Модель здравоохранения с государственными источниками финансирования (модель Семашко);
3. Модель здравоохранения с преимущественно государственными источниками финансирования (модель Бевериджа);
4. Модель здравоохранения с преимущественно частной системой финансирования (рыночная модель).

Однако в настоящее время практически ни в одной стране мира вышеперечисленные модели не представлены в чистом виде. В ряде стран получает преимущественное развитие то одна, то другая модель, либо их сочетание. Более того, в основе государственной и страховой моделях заложен единый принцип: аккумуляция денежных средств в виде налогов (государственная модель) или страховых взносов (страховая модель).

К государственным и общественным источникам финансирования здравоохранения относятся средства бюджетов всех уровней и средства ОМС. К частным источникам - взносы населения и работодателей, уплачиваемые в систему ДМС, а также личные средства граждан [93]. Частные источники во многих странах складываются из соплатежей (в форме обязательной фиксированной доплаты граждан за гарантированные государством медицинские услуги и лекарственные средства), оплаты населением лекарственных средств, не гарантированных государством, а также оплаты незастрахованным населением полной стоимости медицинских услуг.

Более практической классификацией, несмотря на большое разнообразие национальных, исторических и территориальных особенностей, является

классификация по степени и формам участия государства в управлении здравоохранением.

По данному принципу можно выделить пять устойчиво функционирующих моделей здравоохранения [64]:

1. Модель здравоохранения без государственного регулирования;
2. Модель здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС для отдельных категорий граждан;
3. Модель здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС для большинства граждан;
4. Монопольная советская модель здравоохранения;
5. Модель здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования.

Эти модели отличаются друг от друга степенью участия государства в управлении здравоохранением, формами собственности производителей медицинских услуг, степенью охвата населения программами государственной поддержки, а также источниками финансирования здравоохранения. Первую и вторую модели условно можно отнести к негосударственным (частным), а последние три - к государственным моделям здравоохранения. В «государственных» и «негосударственных» моделях здравоохранения основным источником финансирования бесплатной медицинской помощи являются финансовые средства населения, которые аккумулируются, либо в виде обязательных налогов (страховых взносов), либо уплачиваются на добровольной основе в различные общественные организации (страховые компании). В странах с неустойчивыми политическими системами и переходной экономикой могут встречаться промежуточные формы (переходные модели), включающие элементы разных моделей [152].

В странах с моделью здравоохранения без государственного регулирования бесплатная медицинская помощь ограничивается минимальным объемом санитарно-противоэпидемических мероприятий. Остальные виды

медицинской помощи населению доступны только за наличный расчет. Эта модель здравоохранения характерна для развивающихся стран Азии и Африки (ЧАД, Гвинея-Бисау, ЦАР, Либерия, Сьерра-Леоне, Мозамбик, Уганда и др.) [187, 201, 230, 262].

Бесплатная медицинская помощь в странах с моделью здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС для отдельных категорий граждан ограничивается базовым объемом, устанавливаемым государством. Бесплатная медицинская помощь доступна только отдельным категориям граждан (малоимущим, инвалидам и т.д.) [185, 229, 261]. Данная модель функционирует в США, а также в некоторых среднеазиатских, арабских, африканских и латиноамериканских странах.

Более доступная бесплатная медицинская помощь присуща странам с моделью здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС для большинства граждан. Бесплатность медицинской помощи в данных странах обеспечивается законодательством, которое обязывает работодателей и самих граждан отчислять часть дохода на медицинскую страховку по программе ОМС. Объем бесплатной медицинской помощи в рамках ОМС устанавливают государственные органы здравоохранения. На сегодняшний день эта модель здравоохранения нашла законченную форму в таких странах как Германия, Франция, Сербия и ряд европейских стран [186, 236].

В Германии исторически сложилась система медицинского страхования, основанная на принципе солидарности: застрахованные в системе ОМС совместно несут индивидуальные риски затрат на медицинское обслуживание в случае болезни [209, 220]. Каждый гражданин, на которого распространяется ОМС, имеет равные права на медицинское обслуживание и выплату заработной платы в случае болезни - независимо от дохода и уровня премий. Государство устанавливает лишь условия для оказания медицинской помощи, а дальнейшая организация и финансирование отдельных медицинских услуг является обязанностью органов самоуправления в системе здравоохранения [212, 233].

За разработку политики в области здравоохранения на федеральном уровне отвечает Федеральное министерство здравоохранения. В его задачи входит разработка законов и административных принципов для самоуправляющейся деятельности в системе здравоохранения. В задачи больничных касс (страховых компаний) входят обязанности предоставлять медицинскую страховку и обеспечивать получение медицинской помощи застрахованным гражданам [207, 222, 251]. В Германии ОМС покрывает профилактические услуги, стационарную и амбулаторную больничную помощь, услуги врача, психиатрическую помощь, стоматологическую помощь, отпускаемые по рецепту лекарства, медицинские средства, реабилитацию, хосписную и паллиативную помощь, а также компенсацию отпусков по болезни. Бесплатная медицинская помощь доступна большинству граждан, вне зависимости от их материального положения [189, 242].

Во Франции предоставление медицинской помощи является обязанностью государства. ОМС финансируется налогами на заработную плату работодателей и работников; национальным целевым подоходным налогом; налогами, взимаемым с табака и алкоголя, фармацевтической промышленности, страховых компаний ДМС (13%); и государственными субсидиями (2%) [182, 195, 197, 210, 232]. ОМС во Франции покрывает: амбулаторную помощь, оказываемую врачами общей практики, специалистами, стоматологами и акушерками; больничный уход и лечение в государственных или частных реабилитационных учреждениях; диагностические услуги, назначаемые врачами и выполняемые лабораториями и парамедицинскими специалистами; отпускаемые по рецепту лекарства, медицинские приборы и протезы, которые были одобрены для возмещения расходов; и транспорт, связанный со здравоохранением и уходом на дому. Он также частично покрывает долгосрочную хосписную и психиатрическую помощь и обеспечивает лишь минимальное покрытие амбулаторной офтальмологии и стоматологической помощи [165, 184, 193, 196, 237].

Для стран с монопольной советской моделью здравоохранения характерны гарантии предоставления бесплатной медицинской помощи для всех граждан [216]. Бесплатность медицинской помощи гарантируется государством с помощью полной централизации управления отраслью. Финансирование медицинской деятельности осуществляется исключительно из государственного бюджета. Данная модель здравоохранения была реализована в СССР (модель Семашко) [202, 203, 241, 245, 254, 267]. В настоящее время эта модель функционирует в Республике Куба.

На Кубе государство полностью управляет национальной системой здравоохранения и берет на себя финансовую и административную ответственность за охрану здоровья всех своих граждан [198, 208, 214]. В кубинской системе здравоохранения успешно реализованы основные теоретико-методологические подходы советской модели здравоохранения (модели Семашко): гарантии предоставления бесплатной медицинской помощи всем гражданам страны, государственный характер, централизация, плановое начало, территориально-участковый принцип, профилактическое направление, а также приоритет охраны материнства и младенчества [190, 191, 192, 194, 215, 224].

В отличие от модели Семашко, кубинская модель разделена на две части: одна для рядовых граждан Кубы, а другая для иностранцев. Несмотря на имеющиеся недостатки, в 2012 г., согласно сообщениям СМИ, ВОЗ признала систему здравоохранения Кубы лучшей в мире. При оценке эффективности системы здравоохранения ВОЗ использует такие показатели как средняя ожидаемая продолжительность предстоящей жизни, государственные затраты на здравоохранение в виде, а также стоимость медицинских услуг в расчете на душу населения [55].

В настоящее время, в большинстве развитых странах функционирует модель здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования. Организация бесплатной медицинской помощи населению

осуществляется с помощью системы государственного медицинского страхования. Координация работы всех медицинских организаций и производство медицинских услуг контролируется государственными органами здравоохранения, в функции которых также входит: сбор средств, управление финансами, формирование госзаказа и установление цен на медицинские услуги. Эта модель здравоохранения характерна для Великобритании, Японии, Канаде, Италии, Испании, Российской Федерации и др.

В Великобритании здравоохранение финансируется государством. Ответственность за общую политику в области здравоохранения лежит на парламенте, государственном секретаре по здравоохранению и министерстве здравоохранения [45, 225, 227, 250, 260]. Основным источником финансирования здравоохранения является общее налогообложение. К другим источникам финансирования относятся: национальное страхование, а также доход от частных медицинских услуг [234]. Объем бесплатной медицинской помощи включает: профилактические услуги (включая программы скрининга, вакцинации); стационарную и амбулаторную помощь; лекарственные препараты; базовую стоматологическую помощь; психиатрическую помощь; паллиативную помощь; реабилитацию [206, 231, 256, 264, 244]. В стране также присутствует частное медицинское страхование, которое обеспечивает более быстрый и удобный доступ к медицинской помощи.

Похожая модель здравоохранения функционирует в Японии. Правительство регулирует практически все аспекты универсальной системы ОМС. Объем покрытия ОМС определяется государством [183, 217, 218, 238]. Системой ОМС покрывается амбулаторная и стационарная помощь, а также одобренные рецептурные препараты, услуги по уходу на дому, хосписная помощь, физиотерапия и большинство стоматологических услуг [248, 258, 259, 265].

В Канаде бесплатная медицинская помощь для населения финансируется государством [249, 268]. Денежные средства выделяются федеральным

правительством, через систему здравоохранения, региональным органам власти в расчете на душу населения [188, 213, 240]. Обязательства за организацию, предоставление и контроль качества медицинских услуг также несут региональные органы здравоохранения [226, 228]. В их задачи входит планирование и предоставление финансируемых государством медицинских услуг на региональном уровне [235, 255, 257, 266].

Несмотря на различные организационные и структурные особенности организации здравоохранения за рубежом, практически все развитые страны гарантируют гражданам бесплатную первичную медико-санитарную медицинскую помощь, в определенном объеме, вне зависимости от формального источника финансирования: государственные (налоги) или общественные средства (страхование)) [205, 246]. Исключение составляют лишь Германия и США. При этом в Германии 10% населения получают высокие доходы и, согласно законодательству, обязаны быть застрахованы в системе ДМС.

Актуальной задачей, современного, глобального здравоохранения, по-прежнему, остается задача всеобщего охвата населения мира, и развивающихся стран в частности, услугами здравоохранения. Равное право населения мира на доступ к ПМСП впервые было признано, на официальном уровне, в 1978 г. на Алма-Атинской конференции ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи.

Таким образом, методологические основы организации здравоохранения за рубежом, как и в Российской Федерации, и нацелены на предоставление гражданам определенного объема и перечня бесплатной, общедоступной и квалифицированной первичной медико-санитарной медицинской помощи. Однако, в условиях ограниченности финансовых ресурсов, объем и перечень медицинских услуг, предоставляемый гражданам на бесплатной основе, отличается в разных странах. Поэтому роль государства должна заключаться в регулировании рынка медицинских услуг с целью обеспечения равномерной доступности для всех граждан медицинской помощи.

ГЛАВА 2. ИСТОЧНИКИ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общая характеристика материала

Для обобщения и структуризации материалов, положенных в основу диссертационного исследования, все источники следует разделить на две категории: опубликованные и неопубликованные.

Основная группа источников, используемых в диссертационном исследовании, представлена опубликованными материалами. Среди опубликованных источников ключевую роль в данном исследовании занимают научные труды Н.А. Семашко. Работы первого наркома здравоохранения подробно описывают хронологию развития методологических основ организации отечественного здравоохранения. Анализ этих материалов позволил выделить не только основные целевые показатели советской модели здравоохранения (модели Семашко), но и методы их достижения.

Важной составляющей данного исследования послужили советские исследования советской модели здравоохранения (модели Семашко). Несмотря на идеологическую окраску всех советских исследований, в этих работах детально проанализированы основные теоретические и практические характеристики данной модели здравоохранения.

Следующей группой опубликованных источников являлись современные отечественные и зарубежные научные работы (научные статьи, учебники, диссертации, сборники научных трудов), посвященные различным аспектам данного диссертационного исследования.

За последние три десятилетия было издано множество научных работ, посвященных отдельным фактам биографии Н.А. Семашко. При этом авторы данных работ во многом повторяют интерпретацию исторических событий советских исследователей. Несмотря на это, отличительной особенностью современных научных работ является пересмотр многих теоретико-методологических подходов советской модели здравоохранения (модели

Семашко) через призму современной, рыночной, экономики. Особого внимания заслуживают научные работы по организации советского и мирового здравоохранения зарубежных авторов.

Для оценки состояния здоровья населения, факторов влияющих на него, а также ресурсов системы здравоохранения в советский период и на современном этапе в Российской Федерации, в данном диссертационном исследовании были использованы опубликованные материалы статистических сборников: Центрального статистического управления СССР (ЦСУ СССР), Министерства финансов СССР, Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации (Росстат) [27, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42].

В диссертационном исследовании были использованы неопубликованные источники, среди которых архивные материалы: Государственного архива Российской Федерации, Национального архива республики Татарстан, а также семейного архива Е.Г. Фаробиной (внучки Н.А. Семашко).

Основную группу неопубликованных источников представляют материалы Государственного архива Российской Федерации (ГАРФ). Историческая документация, отражающая деятельность Н.А. Семашко на посту наркома здравоохранения, а также отдельные, ранее неизвестные факты его биографии, представлена группой архивных документов.

В первую очередь, это документы, в которых представлены сведения о его деятельности в качестве наркома здравоохранения. Обширная группа материалов представлена не только официальными документами Наркомздрава, но также личной перепиской наркома с советскими и зарубежными учеными, общественными и государственными деятелями. Используются, ранее неопубликованные, документы о роли Н.А. Семашко в курортном строительстве, политических репрессиях в отношении медицинского персонала, международном сотрудничестве Наркомздрава с западноевропейскими странами и США.

Большое значение в изучении жизни Н.А. Семашко в период учебы в Императорском Казанском университете представляют архивные документы Национального архива республики Татарстан. Эта группа документов представлена материалами, свидетельствующими не только о студенческой жизни и успеваемости Н.А. Семашко, но и о его революционно-политической деятельности. Анализ данных материалов позволил также вывить личностные качества студента Семашко.

К визуальным неопубликованным источникам необходимо отнести фотоматериалы семейного архива Е.Г. Фаробиной (внучки Н.А. Семашко).

2.2. Объем, программа, методика и основные этапы работы

Диссертационная работа выполнена в соответствии с задачами научно-исследовательской работы «Развитие методологических основ организации здравоохранения, заложенных Н.А. Семашко: реализация принципа бесплатного оказания медицинской помощи населению» на кафедре общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко, Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ.

Под советской моделью здравоохранению (моделью Семашко) подразумевается государственная модель здравоохранения, предоставляющая гарантию бесплатного оказания медицинской помощи для всех граждан, за счет полной централизации управления и отрасли. Финансирование данной модели здравоохранения осуществляется исключительно из государственного бюджета.

В связи с междисциплинарным характером данной работы была использована совокупность методов исследования: проблемно-хронологический, сравнительно-исторический, системно-структурный, аналитический, статистический, метод экспертных оценок. Данные методы позволили выполнить задачи диссертационного исследования.

По результату исследования были представлены научно обоснованные рекомендации по совершенствованию системы здравоохранения Российской Федерации.

Исследование проводилось на базе медицинских организаций Министерства Здравоохранения Российской Федерации, Департамента здравоохранения г. Москвы, Министерства Здравоохранения Московской области, Министерства обороны Российской Федерации, Федерального медико-биологического агентства России, а также организации Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и страховой компании «Согласие».

Сроки проведения исследования 2017 - 2020 гг.

Программа исследования представлена на схеме 1.

Объектами исследования стала система здравоохранения: советская модель здравоохранения (модель Семашко) и современная смешанная модель здравоохранения, экспертная группа.

Предметом исследования стала: деятельность Н.А. Семашко, программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, трансформация модели здравоохранения Российской Федерации.

Единицы наблюдения: историко-архивные материалы, нормативные правовые документы РФ в сфере здравоохранения, элемент статистической информации, оценка эксперта.

Исследование проводилось в четыре этапа.

На первом этапе были изучены и обобщены данные научных публикаций и архивных источников по теме диссертационного исследования.

С помощью проблемно-хронологического метода изучена биография Н.А. Семашко, а также теоретико-методологические подходы советской модели здравоохранения (модели Семашко), их трансформация в современную смешанную модель здравоохранения. Прослежена последовательная логика развития современной системы здравоохранения Российской Федерации.

Программа исследования

Цель исследования	Провести анализ трансформации советской модели здравоохранения (модели Семашко) в современную смешанную модель здравоохранения с целью разработки научно обоснованных рекомендаций по совершенствованию системы здравоохранения Российской Федерации.			
Задачи исследования	<ol style="list-style-type: none"> 1. Провести анализ и систематизацию архивных источников, в том числе ранее неопубликованных, о жизни и деятельности Н.А. Семашко с целью объективной оценки процесса формирования советской модели здравоохранения (модели Семашко). 2. Провести анализ развития взглядов Н.А. Семашко на модель организации здравоохранения и оценить их значение для формирования современной смешанной модели здравоохранения. 3. Провести анализ развития и формирования отечественной системы здравоохранения, а также реализации принципа бесплатного оказания медицинской помощи населению. 4. На основе анализа работ зарубежных авторов выявить особенности предоставления бесплатной медицинской помощи населению за рубежом. 5. Провести комплексный анализ показателей, отражающих состояние здоровья, образ жизни, благосостояние населения и ресурсы здравоохранения в СССР и на современном этапе в Российской Федерации. 6. Оценить состояние современной смешанной модели здравоохранения, а также путей ее совершенствования, методом экспертных оценок. 			
Методы исследования	проблемно-хронологический	сравнительно-исторический	системно-структурный	
	статистический	аналитический	метод экспертных оценок	
Объекты и предмет исследования	<p>Объектами исследования стала система здравоохранения: советская модель здравоохранения (модель Семашко) и современная смешанная модель здравоохранения, экспертная группа.</p> <p>Предметом исследования стала: деятельность Н.А. Семашко, программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. трансформация модели здравоохранения Российской Федерации.</p>			
Единицы наблюдения	историко-архивные материалы	нормативные правовые документы РФ в сфере здравоохранения	элемент статистической информации	оценка эксперта

Сравнительно-исторический метод позволил выявить достоинства и недостатки публикаций о жизни и деятельности Н.А. Семашко, а также об организации советской модели здравоохранения (модели Семашко) и ее теоретико-методологических подходах. Сделан вывод о том, что современные работы, посвященные биографии Н.А. Семашко, в подавляющем большинстве, повторяют интерпретацию исторических событий советских исследований. На основе анализа работ зарубежных авторов были выявлены особенности предоставления бесплатной медицинской помощи населению за рубежом.

Системно-структурный метод позволил выработать представление о механизме структурно-функциональной организации советской модели здравоохранения (модели Семашко) и современной смешанной модели здравоохранения. Выявлена общность теоретико-методологических подходов советской модели здравоохранения (модели Семашко) и современной смешанной модели здравоохранения. Был составлен план, программа сбора и анализа материала, определены базы проведения исследования, адаптирован и применен в работе понятийно-терминологический аппарат (перечень дефиниций), выбран статистический инструментарий.

На втором этапе исследования использовался статистический метод. Были собраны и проанализированы статистические данные для проведения комплексного сравнительного анализа показателей, отражающих состояние здоровья, образ жизни, благосостояние населения, а также ресурсы системы здравоохранения в советский период и на современном этапе в Российской Федерации.

Для статистической обработки данных использовалась компьютерная программа SPSS 21.0.

Описательная статистика представлена в виде относительных интенсивных и экстенсивных коэффициентов. В случаях необходимости установления связей между отдельными показателями использовался коэффициент корреляции Пирсона.

Для анализа динамики показателей производился расчет абсолютного прироста и темпов прироста для уровней динамического ряда. Для оценки наличия и характера тенденции в динамических рядах использовался критерий серий (проверка гипотезы о случайности отклонений уровней динамического ряда от медианного значения показателя).

В случае выраженных колебаний уровня динамического ряда проводилось его выравнивание при помощи расчета скользящих средних для трех соседних значений.

Для характеристики изучаемых тенденций и подбора адекватных моделей проводилось построение уравнений тренда, с расчетом коэффициентов аппроксимации R^2 , показывающих долю дисперсии зависимой переменной, объясняемую рассматриваемой моделью. При этом, статистическая значимость всех компонентов модели соответствовала $p < 0,05$.

На основе полученных уравнений трендов, охватывающих период наблюдения с 2001 по 2017 гг. с периодом упреждения 5 лет (до 2022 г.) рассчитан прогноз вариантной динамики показателей. Сведения за 2015 г. и последующие годы приведены с учетом численности населения Республики Крым и г. Севастополя. Представлены трендовые модели прогноза с 95%-ными доверительными интервалами.

При равномерно развивающихся устойчивых тенденциях использовались линейные регрессионные уравнения следующего вида:

$$y = a + a_1x, \quad (1)$$

где y – прогнозируемое значение показателя;

x – порядковый номер года наблюдения, начиная с начальной точки отсчета;

a – константа, равная уровню временного ряда в нулевой точке;

a_1 – коэффициент, отражающий среднее изменение уровней ряда за единицу времени.

В случаях использования полиномиального тренда, при менее устойчивых тенденциях, расчет прогноза производился на основании уравнений:

$$y = a + a_1 x + a_2 x^2, \quad (2)$$

где y – прогнозируемое значение показателя;

x – порядковый номер года наблюдения, начиная с начальной точки отсчета;

a – константа, равная уровню временного ряда в нулевой точке;

a_1 – средний за весь период прирост уровней ряда;

a_2 – ускорение роста (средняя разность между соседними абсолютными приростам ряда).

В ряде случаев динамика лучше всего аппроксимировалась логарифмическим трендом, задаваемым формулой:

$$y = a + a_1 \ln x, \quad (3)$$

Оценка адекватности и качества прогнозных моделей строилась на анализе остаточных компонент (разностей между истинными и прогнозными значениями). Для оценки случайности остаточных компонент использовались критерий серий и оценка нормальности распределения остатков по критерию Шапиро-Уилка. Для исключения явления автокорреляции между остаточными компонентами проводилась оценка наличия автокорреляции по критерию Бокса-Льюнга и расчет коэффициента Дарбина-Уотсона (d):

$$d = \frac{\sum_{t=2}^n (\varepsilon_t - \varepsilon_{t-1})}{\sum_{t=1}^n \varepsilon_t^2} \quad (4)$$

где ε_t – остаточная компонента в текущий момент времени t ;

ε_{t-1} – остаточная компонента, взятая с временным лагом, равным 1, относительно значения остаточной компоненты в текущий момент времени t

Коэффициент Дарбина-Уотсона принимает значения от 0 до 4. Значение близкое к нулю говорит о тесной положительной автокорреляции, а значение

близкое к 4 – о тесной отрицательной автокорреляции. При слабой автокорреляции коэффициент Дарбина-Уотсона близок к 2.

Для оценки точности модели рассчитывалась средняя относительная ошибка аппроксимации (*Mean Absolute Percentage Error (MAPE)*).

$$MAPE (|\delta|) = \frac{1}{n} \sum_{t=1}^n \left| \frac{y_0 - y_1}{y_0} \right| * 100\% \quad (5)$$

где n – число уровней в динамическом ряду,

y_0 – исходное значение уровня динамического ряда;

y_1 – прогнозируемое значение уровня динамического ряда

В качестве допустимой принималась средняя относительная ошибка аппроксимации не выше 10%.

На третьем этапе был проведен анализ методом экспертных оценок состояния современной смешанной модели здравоохранения. Для этой цели был проведен социологический опрос мнений тридцати специалистов, занимающих руководящие, административно-управленческие, должности в организациях, участвующих в реализации государственных гарантий по предоставлению гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Была разработана анкета оценки состояния современной смешанной модели здравоохранения (Приложение № 2).

Экспертам предлагалось оценить по 5-балльной шкале набор мер, направленных на оптимизацию организационной модели здравоохранения Российской Федерации и дать оценку ряду аспектов ее дальнейшего развития. В открытой части анкеты каждый эксперт имел возможность изложить свое мнение о причинах той или иной оценки и изложить свое видение дальнейшего развития ситуации.

Критериями включения экспертов в исследование считали:

1. Наличие письменного информированного согласия эксперта на участие в исследовании;
2. Общемедицинский стаж (включая предыдущие места работы) более 15

лет и более.

3. Стаж работы на руководящих, административно-управленческих, должностях (включая предыдущие места работы) 10 лет и более.

4. Коэффициент уровня компетентности эксперта средний и выше.

Критерии исключения экспертов из исследования:

1. Коэффициент уровня компетентности эксперта ниже среднего.

Центральным критерием отбора экспертов выступала их компетентность. Для ее определения применяли метод самооценки экспертов [26].

Была составлена анкета самооценки экспертов, на основании которой рассчитывали совокупный индекс компетентности (k) каждого эксперта и средний индекс для всей экспертной группы (Приложение № 1). Индекс самооценки рассчитывался на основании оценки экспертами своих знаний, опыта и способностей к прогнозированию по ранговой шкале с позициями «высокий», «средний», «низкий». Первой позиции приписывалось числовое значение 1, второй – 0,5, третьей – 0. Для расчета коэффициента уровня компетентности эксперта использовалась формула:

$$k = \frac{k_1 + k_2 + k_3}{3}$$

где k_1 – числовое значение самооценки экспертом уровня своих теоретических знаний;

k_2 – числовое значение самооценки практического опыта;

k_3 – числовое значение самооценки способности к прогнозу.

Коэффициент уровня компетентности может изменяться от 1 (полная компетентность, т.е. оценочные значения коэффициентов $k_1=k_2=k_3 = 1$) до 0 (полная некомпетентность: $k_1=k_2=k_3 = 0$).

В группу экспертов включали тех, у кого индекс компетентности составлял не менее среднего (0,5) и выше (до 1).

При оценке объектов эксперты могут расходиться во мнениях по решаемой проблеме. В связи с этим возникает необходимость количественной

оценки степени согласия экспертов. Получение количественной меры согласованности позволяет более обоснованно интерпретировать причины расхождения мнений.

Степень согласованности мнений экспертов рассчитывалась с использованием коэффициента конкордации Кендалла (коэффициента множественной ранговой корреляции W).

Оценка согласованности суждений экспертов основывается на использовании понятия компактности, наглядное представление о котором дает геометрическая интерпретация результатов экспертизы. Оценка каждого эксперта представляется как точка в некотором пространстве, в котором имеется понятие расстояния. Если точки, характеризующие оценки всех экспертов, расположены на небольшом расстоянии друг от друга, т.е. образуют компактную группу, то, очевидно, это можно интерпретировать как хорошую согласованность мнений экспертов. Если же точки в пространстве разбросаны на значительные расстояния, то согласованность мнений экспертов невысокая [74].

В зависимости от степени согласованности мнений экспертов коэффициент конкордации находится в пределах от 0 (при полном отсутствии согласованности) до 1 (при абсолютном единогласии экспертов).

Коэффициент конкордации (W) рассчитывался по следующей формуле:

$$W = \frac{S}{\frac{1}{12} m^2 (n^3 - n) m \sum T_i}$$

где

$$T_i = \frac{1}{12} \sum (t_i^3 - t_i)$$

W – коэффициент согласованности экспертов,

S – разность между суммой квадратов рангов по каждому признаку и средним квадратом суммы рангов по каждому признаку,

m – число экспертов,

n – число сравниваемых признаков.

T_i - число связей (видов повторяющихся элементов) в оценках i -го эксперта,

t_i - количество элементов в i -й связке для i -го эксперта (количество повторяющихся элементов).

Статистическая значимость коэффициента конкордации определялась по формуле:

$$\chi^2 = \frac{S}{\frac{1}{12}mn(n+1) + \frac{1}{n-1}\sum T_i}$$

Если значение χ^2 превышало его табличный вариант при числе степеней свободы (n), равном $n-1$, то результаты считали статистически значимыми.

На пятом (заключительном) этапе исследования, по результату социологического опроса экспертов, были представлены рекомендации, направленные на совершенствование системы здравоохранения Российской Федерации.

На основании полученных результатов исследования аналитический метод позволил подойти к формированию заключения и выводов исследования.

ГЛАВА 3. ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ОСНОВ СОВЕТСКОЙ МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (МОДЕЛИ СЕМАШКО)

3.1. Состояние здравоохранения в России к началу 1918 г. Основные причины, обусловившие необходимость его реформирования

Система здравоохранения РСФСР к 1918 г. во многом унаследовала структурно-функциональные характеристики здравоохранения Российской империи. К началу XX века в Российской империи отсутствовали какие-либо предпосылки создания единой государственной системы здравоохранения [146]. Здравоохранение было расплывлено между различными ведомствами и благотворительными организациями, а медицинскую помощь в городах осуществляли преимущественно частнопрактикующие врачи. Разрозненные врачебные управления отдельных министерств и ведомств не могли создать ни основ законодательства, ни обеспечить общегосударственных санитарно-эпидемиологических и профилактических мероприятий. Общественные организации, такие как Красный Крест, земские и городские союзы, часто не были связаны друг с другом и деятельность их никем не координировалась. К тому же представители медицинской общественности, роль которых в Российской империи была велика, опасались создания бюрократического казенного ведомства, и стремились к расширению прав и деятельности общественных медицинских организаций [9].

В то же время, в начале XX века, в Российской империи нашла свое воплощение прогрессивная форма оказания медицинской помощи населению – земская медицина. Она существовала в 34 губерниях европейской части страны. В ее задачи входило: организация бесплатной медицинской помощи с бесплатной выдачей лекарственных средств через амбулатории, лечение в больницах, хирургические операции и родовспоможение, а также осуществление профилактических и санитарных мер против эпидемических

заболеваний. К началу XX в. 34 земские губернии занимали чуть менее половины территории европейской части Российской империи с Кавказом (2.490 тыс. кв. верст из 5.000 тыс. кв. верст), и в них проживало 60% населения империи (74 млн. чел. населения). В основу земской медицины были положены такие принципы, как: общедоступность и равномерность пользования населением услугами земских учреждений, при тщательном учете всех местных условий. Следуя этим принципам, земская медицина пользовалась доверием народа, и одновременно развивалась планомерно – новые врачебные участки, амбулатории и больницы возникали там, где в них существовала наибольшая нужда. Развитие земской медицины оказало большое влияние на становление советской модели здравоохранения (модели Семашко). Используя основные принципы земского здравоохранения, создавалась система медицинской помощи в городах. Однако в городской медицине большое внимание уделялось санитарно–гигиеническим мерам [159].

Существенным недостатком земской медицины была ее высокая затратность. В конце XIX в. большинство земств расходовало на здравоохранение до 25-40% своего бюджета [21]. Так, в 1887 г. Чебоксарское земство тратило 40,6% всего земского бюджета на медицину. Расходы на земскую медицину в 1912 г. в 40 земских губерниях составляли - 64,8 млн. руб. (26 % всего земского бюджета – 250,1 млн. руб.) [179].

Помимо прогрессивной, для того времени, земской медицины в стране существовали еще муниципальная, фабрично-заводская и частная медицина. К началу XX в. здравоохранение представляло сложную, многоведомственную структуру, включавшей наряду с государственными медицинскими учреждениями муниципальную, фабричную и частную медицину. Медицинские учреждения находились в ведении многочисленных министерств и ведомств, земских и городских самоуправлений, частных, благотворительных и общественных учреждений. В чрезвычайных эпидемиологических ситуациях

правительство было вынуждено создавать междуведомственные комиссии для решения медицинских вопросов на общегосударственном уровне.

Российская империя была одной из самых неблагополучных стран в Европе по санитарному состоянию. В стране свирепствовали эпидемии инфекционных заболеваний, особенно сыпного тифа, которым в течение 1907-1917 гг. болело более 1 млн. человек. Только за 1915 г. в Российской империи было зарегистрировано около 800 тыс. случаев эпидемических заболеваний (43 тыс. больных холерой, 178 тыс. брюшным тифом), а в 1909 г. только от натуральной оспы умерло 32 тыс. человек. Среди населения были широко распространены социальные заболевания: туберкулез, сифилис, трахома и гонорея. Общая смертность составляла 25-30 на 1000 человек населения, а средняя продолжительность жизни - около 40 лет. Из примерно 6 млн. рожденных ежегодно детей 2 млн. умирали от болезней и недоедания. Младенческая смертность в конце XIX - начале XX века составляла в среднем 250 на 1000 человек, рожденных живыми. В западноевропейских странах и США демографические показатели и показатели здоровья населения были несравненно лучше. Общая смертность во Франции в 1910 г. составляла 17,7, в Англии - 13,5, в Германии - 16,2, а в США - 15,9 на 1000 человек населения. Средняя продолжительность жизни в этих странах была 50 лет и более для обоих полов. Однако рождаемость в этих странах была на 20-30% ниже, чем в Российской империи (45 рождений на 1000 человек населения до 1914 г.). В некоторых, экономически менее развитых странах (Индия, Египет, Таиланд, Коста-Рика и др.), рождаемость в 1910 г. составляла 30-45, смертность 25-33 на 1000 человек населения. В Российской империи основными причинами смертности населения являлись инфекционные заболевания (натуральная оспа, сыпной тиф, туберкулез, пневмония и т.д.), а в развитых странах Европы и США на первое место, по причинам смертности, выходили неинфекционные заболевания (сердечно-сосудистые, онкологические и др.) [60].

На все население Российской империи, составляющее на 1913 г. 159 млн. человек, приходилось 28 тыс. врачей или около двух врачей на каждые 10 тыс. населения. При этом большинство врачей практиковали в крупных городах европейской части территории страны. В Российской империи в больницах имелось около 208 тыс. коек, что составляло 1,3 койки на 1000 жителей. Более трети городов страны вообще не имели больниц. По официальным данным Управления главного врачебного инспектора, в 1909 г. на каждого врача в земских губерниях в среднем приходилось 24,5 тыс. человек населения. На всю страну имелось всего 9 женских консультаций [82].

После начала Первой мировой войны, в обстановке растущего недовольства политикой правительства, органы здравоохранения часто действовали не согласуя свои шаги с военным командованием. Ситуация с общественным здоровьем, на фоне социально-экономической разрухи и эпидемий инфекционных заболеваний, усугублялась. В этих условиях правительство было особенно заинтересовано в создании центрального органа управления здравоохранением, объединяющего медицинское дело в стране. В результате, 21 сентября 1916 г. было создано Главное управление здравоохранения, которое по праву может считаться прототипом первого в мире министерства здравоохранения. Однако, за несколько дней до февральской революции 1917 г., Главное управление здравоохранения юридически прекратило свое существование в связи с резкой критикой депутатов государственной думы [86]. Сохранившиеся материалы Главного управления здравоохранения сыграли важную роль на начальном этапе организации советской модели здравоохранения (модели Семашко).

В своих воспоминаниях Н.А. Семашко отмечал, что основной причиной прекращения существования Главного управления здравоохранения являлся административно-бюрократический способ концентрации управления делом здравоохранения, без должной подготовки на местах. По его мнению, перед формальным объединением здравоохранения в стране необходим

подготовительный период концентрации управления медико-санитарным делом на местах. В качестве такого инструмента концентрации управления Н.А. Семашко рассматривал Совет врачебных коллегий [120].

Первая мировая война, Февральская и Октябрьская революции 1917 г. внесли дезорганизацию не только в политическую и экономическую сферы жизни. Эти события затронули и систему здравоохранения. Несмотря на тяжелое положение в стране, в июле 1918 г. Н.А. Семашко выступил с докладом в Совнаркоме о необходимости учреждения Наркомздрава РСФСР. На основе его доклада СНК принял декрет «Об учреждении Народного комиссариата здравоохранения», утвердивший орган, в ведении которого стало находиться все медико-санитарное дело республики. На должность первого народного комиссара здравоохранения был назначен Николай Александрович Семашко.

Создание единого центра управления здравоохранением республики стало поворотным моментом в истории отечественного здравоохранения. Первый нарком здравоохранения, Н.А. Семашко, в своих воспоминаниях так охарактеризовал это событие: «На месте ведомственной разрозненности, распыленности сил и средств, несогласованности действий различных органов, ведавших народным здравием, был создан единый орган, ведущий борьбу по видимому плану при наибольшей экономии сил и средств» [127].

3.2. Формирование личности Н.А. Семашко в юности и на начальном этапе профессиональной деятельности

Н.А. Семашко родился 8 (20) сентября 1874 г. в селе Ливенском Елецкого уезда Орловской губернии (ныне Липецкая область). Отец его служил учителем, а мать была сестрой Георгия Валентиновича Плеханова, что сыграло немаловажную роль в дальнейшем формировании мировоззрения будущего наркома и его политических взглядов. Детские годы Н.А. Семашко провел в поместье своей тетки, наблюдая тяжелую жизнь сельского населения того

времени. В возрасте 10 лет он был зачислен в Елецкую гимназию. Учился юноша хорошо, и переходил из класса в класс с наградами. После смерти главы семьи от сыпного тифа (будущему наркому здравоохранения тогда было 13 лет), семья оказалась в тяжелом материальном положении. Учитель истории из гимназии, в которой учился Н.А. Семашко, порекомендовал его в качестве преподавателя к шестнадцатилетней дочери полковника полиции. Юноша зарекомендовал себя способным и талантливым преподавателем, и стал получать приглашения давать частные уроки [9]. В выпускном классе он впервые проявил свои организаторские способности, организовав с товарищами кружок для чтения запрещенной литературы. Об этом узнало руководство гимназии. Все члены кружка попали в полицию и по решению суда были исключены из гимназии. Н.А. Семашко, как круглого отличника, не исключили, но лишили золотой медали.

В 1891 г. семнадцатилетний Н.А. Семашко поступил на медицинский факультет Императорского Московского университета (ИМУ). Он слушал лекции физиолога И.М. Сеченова, гигиениста Ф.Ф. Эрисмана, педиатра Н.Ф. Филатова, терапевта Г.А. Захарьина, хирурга Н.В. Склифосовского, дерматовенеролога А.Н. Пospelова, психиатра С.С. Корсакова и др. Учился Н.А. Семашко в целом хорошо (рис. 1).

Студент Семашко совмещал учебу с подработкой в качестве репетитора для гимназистов. Как и большинство студентов, он вел воздержанный образ жизни, и поэтому с самого юношества он строго планировал и расписывал свой ежедневный, и без того скромный, бюджет [29]. В Москве Н.А. Семашко читал марксистскую литературу, работы своего дяди Г.В. Плеханова, а также В.И. Ленина, посещал социал-демократические кружки и был избран в Союзный совет землячеств.

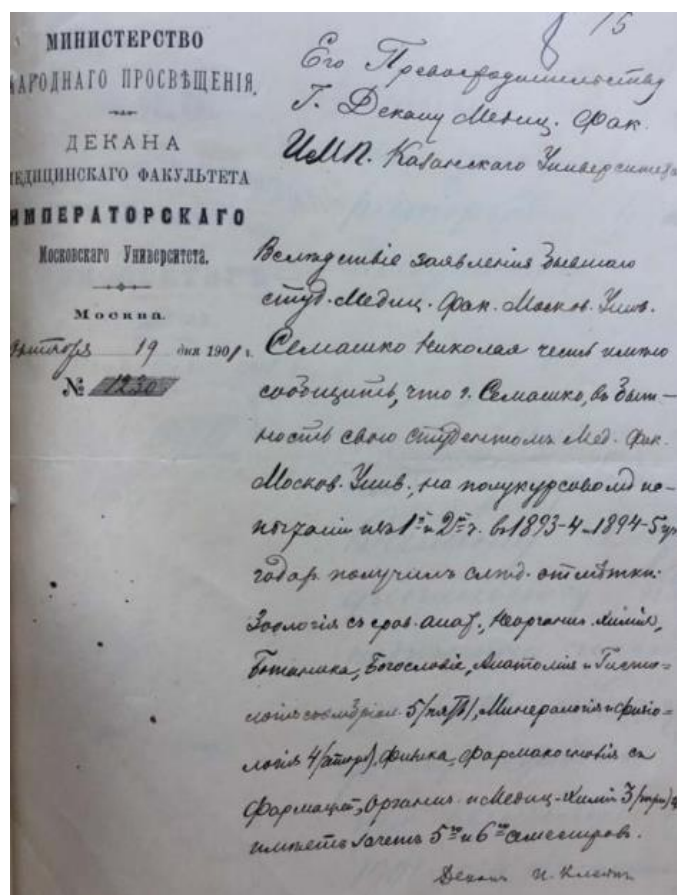


Рис. 1. Письмо декана медицинского факультета Императорского Московского университета декану медицинского факультета Императорского Казанского университета со сведениями об успеваемости Н.А. Семашко за период его обучения в ИМУ.¹

В декабре 1895 г. Н.А. Семашко был арестован за участие в подготовке массовой демонстрации студентов и рабочих, которую совет землячеств планировал организовать к приезду императора Николая II в Москву. В заключении Н.А. Семашко много читал, занимался медициной, философией, начал учить французский язык. В тюрьме он провел больше трех месяцев, а затем был выслан на три года из Москвы в Елец. Для того чтобы помочь своим родным (матери, братьям и сестрам), Н.А. Семашко начал давать частные уроки. В Ельце он организовал первый марксистский кружок, который работал под его руководством до окончания его ссылки. Вероятно, что в это время Н.А. Семашко встречался со своим дядей, В.Г. Плехановым (рис. 2).

¹ НАРТ. Ф. 977. Оп. МФ. Д. 2266. Л. 8



Рис. 2. Н.А. Семашко дома с родственниками². Слева направо: Софья Александровна Семашко (сестра Н.А. Семашко), неизвестная женщина, Георгий Валентинович Плеханов, Николай Александрович Семашко, Мария Валентиновна Семашко (мать Н.А. Семашко), Зинаида Александровна Семашко (сестра Н.А. Семашко), неизвестная женщина.

В 1898 г., после окончания ссылки, Н.А. Семашко попытался восстановиться в ИМУ, однако это ему не удалось. Осенью 1899 г. он смог поступить в Императорский Казанский университет на четвертый курс медицинского факультета. С него взяли подписку о том, что он не будет заниматься революционной деятельностью. Тем не менее, при его непосредственном участии в Казани были созданы социал-демократические кружки.

В марте 1901 г. в Казани произошла массовая политическая демонстрация, в числе организаторов которой был Н.А. Семашко. Полиция не узнала о его руководящей роли, поэтому приговор суда не был суровым: после месячного ареста Семашко был выслан из Казани с запретом жить в течение года во всех университетских городах. Он учился на последнем курсе, и приговор лишал его возможности сдать государственный экзамен и стать

² Из семейного архива Е.Г. Фаробиной (внучки Н.А. Семашко)

врачом. Сохранилась копия секретного письма инспектору студентов Императорского Казанского университета от секретаря правления университета, в котором сообщается, что, несмотря на запрет проживать в университетских городах, «Семашко Николай прослушал полный курсъ медицинскихъ наукъ и имеетъ получить выпускное свидетельство»³. Он договорился с университетскими профессорами, поселился за городом и, подгримировавшись (наклеив бороду и усы) и надев очки, приходил по вечерам в университет, блестяще сдавал экзамены и получил диплом.

После окончания университета «политически неблагонадежный» Н.А. Семашко довольно долго не мог устроиться на работу. Ему помог профессор-гигиенист М.Я. Капустин: он отправил рекомендательное письмо своему другу, М.М. Грану, заведующему Самарским губернским медико-санитарным бюро, с просьбой принять Н.А. Семашко на должность врача-эпидемиолога. После обучения бактериологии будущий первый нарком здравоохранения успешно провел работу по ликвидации эпидемии дифтерии в селе Орлов-Гай. Затем его направили в деревню Новая Александрия (считали, что там началась эпидемия чумы, и деревню планировали сжечь). Молодой доктор установил, что причина эпидемии – не чума, а сибирская язва. Работая эпидемиологом, Н.А. Семашко вел просветительскую работу среди населения: разъяснял, в чем заключаются особенности инфекционных болезней, и рассказывал о мерах их профилактики. Однако он не ограничивался медицинской тематикой. В результате Самарский губернатор уволил его как политически неблагонадежного.

Уехав из Самары, доктор Семашко в 1902 г. стал заведующим сельской больницей в селе Троицком Орловской губернии. Работы было много, приходилось лечить детей и взрослых, делать хирургические операции. Впоследствии он писал: «Я с благодарностью вспоминаю до сих пор свою работу на этом сельском участке. Во всей глубине и разнообразии постиг я лечебную работу, и это дало мне медицинскую закалку на всю жизнь. Я был “и

³ НАРТ. Ф. 977. Оп. Инспектор студентов. Дело № 183. Переписка инспектора студентов с ректором университета и казанским полицмейстером. 1901. Л. 115

жнец и в дуду игрец”» [127]. Помимо врачебной работы он занимался организацией нелегальных политических кружков. Получив информацию о возможности ареста, он принял решение покинуть Троицкое [70]. Родственники из Нижнего Новгорода смогли найти для него место губернского санитарного врача. Осенью 1904 г. в Нижнем Новгороде Н.А. Семашко возобновил свою врачебную практику. В это же время он начал изучать влияние факторов внешней среды на состояние здоровья населения. Земский врач-практик стремился обобщить результаты своих исследований. Первые его научные работы были опубликованы в 1904–1907 гг. [109, 114, 134].

Молодой доктор не прекращал и политическую деятельность. В Нижнем Новгороде он был членом нижегородской тайной боевой организации и руководил нелегальным кружком подготовки пропагандистов [171]. В декабре 1904 г. он был в третий раз арестован и заключен в тюрьму. Улик против него не нашлось. Через три дня его освободили и отдан под особый надзор полиции [69].

В декабре 1905 г. в Нижнем Новгороде произошло вооруженное восстание, одним из руководителей которого был губернский санитарный врач Н.А. Семашко. Его квартира служила боевым штабом и местом хранения оружия. Три дня в городе происходили сражения. Н.А. Семашко снова арестовали. В заключении он провел десять месяцев. За руководство восстанием ему грозила виселица, в лучшем случае – каторга. Но, в тюрьме он заболел тяжелой формой туберкулеза. По ходатайству родственников он был освобожден под залог и вскоре нелегально пересек границу [9]. В 1907 г. он приехал в Швейцарию и поселился в Женеве неподалеку от своего дяди – Г.В. Плеханова.

В Женеве будущий нарком в основном занимался политической деятельностью в рамках работы РСДРП, но уже под непосредственным руководством В.И. Ленина. Он активно участвовал в работе большевистской группы содействия революционному движению в России. В январе 1908 г. по

требованию русского правительства Н.А. Семашко был арестован швейцарской полицией. Его обвиняли в причастности к ограблению в Тифлисе. Прямого отношения к этому эпизоду будущий нарком не имел, и поводом для его ареста послужило отправленное ему письмо, автор которого была арестована. По инициативе В.И. Ленина, был нанят один из лучших адвокатов Швейцарии – А. Лахеналь (A. Lachenal). Н.А. Семашко и другие большевики, обвиняемые по Тифлисскому делу, не были выданы [173]. Доказательств участия первого наркома здравоохранения в Тифлисской экспроприации нет. Более того, Н.А. Семашко в своих воспоминаниях указывает, что к данному преступлению он не был причастен, и всегда был категорически против экспроприаций денежных средств [127].

На свободе Н.А. Семашко продолжил заниматься партийной работой в Женеве. Переехав в Париж, в декабре 1908 г. в составе большевистского центра, возглавляемого В.И. Лениным, Н.А. Семашко работал секретарем Заграничного бюро ЦК РСДРП, участвовал в совещаниях зарубежных большевистских групп. В пригороде Парижа, в Фонтене-о-Роз, он работал врачом и преподавателем истории и географии, в «Новой русской школе» И.И. Фидлера – учил детей русских эмигрантов.

В январе 1912 г. Н.А. Семашко был делегатом на VI Всероссийской конференции РСДРП в Праге, где прочитал доклад о страховании рабочих, в котором изложил основные принципы страхования. Государственное страхование рабочих должно было материально обеспечивать работников во всех случаях утраты трудоспособности и охватывать не только работающих, но и членов их семей. Решения, принятые на конференции, сыграли важное значение для развития социального страхования в РСФСР.

После Пражской конференции большевик Н.А. Семашко прочитал несколько докладов во Франции и Бельгии, а затем в 1913 г., по приглашению, отправился в Сербию заведовать госпиталем. В 1915 г., во время Первой

мировой войны, после оккупации Сербии австро-германскими и болгарскими войсками он работал в Болгарии врачом (до Февральской революции).

После Февральской революции будущий нарком вернулся в Россию. В Москве он был избран по большевистскому списку в Пятницкую районную думу и стал председателем районной управы. В октябре 1917 г. Н.А. Семашко принимал участие в подготовке вооруженного восстания, а во время октябрьских боев в Москве он руководил большевистскими санитарными отрядами в Замоскворечье, оказывающими медицинскую помощь участникам восстания [70].

После Октябрьской революции Н.А. Семашко избрали членом Совета районных дум. Он возглавил врачебно-гигиеническое отделение, перед которым стояла задача руководства здравоохранением в Москве. Он активно организовывал лечебную и профилактическую помощь населению столицы, создавал систему здравоохранения Москвы. В июле 1918 г. Н.А. Семашко был назначен на должность народного комиссара здравоохранения, которую он занимал в течение 11 лет.

Н.А. Семашко можно отнести к категории людей, которые берут ответственность за происходящие вокруг события. Опираясь на собственное мировоззрение и миропонимание, невзирая на трудности, он настойчиво воплощал в жизнь идеи, в которые верил и считал правильными. В самые трудные моменты пережитого периода пример Н.А. Семашко, его беспредельная преданность делу, неистощимая энергия и отзывчивое и душевное отношение к людям поднимали самосознание окружающих, вселяли в них уверенность в достижении реальных успехов и приближении к тем идеалам, которые ставило себе отечественное здравоохранение.

3.3 Деятельность Н.А. Семашко по организации медицинской помощи населению в должности Народного комиссара здравоохранения в 1918–1929 гг.

Свою работу на должности Народного комиссара здравоохранения Н.А. Семашко начал в тяжелых условиях Гражданской войны, во время эпидемий паразитарных тифов, разрухи медико-санитарного дела, нехватки медицинских кадров и недостатка продовольствия по всей стране. Основное внимание было сфокусировано на борьбе с инфекционными заболеваниями. Но, несмотря на тяжелое положение в стране, в основу деятельности Наркомздрава внедрялись передовые, для того времени, методы работы: государственный характер организации, централизация, плановое начало, профилактическое направление, территориально-участковый принцип организации медицинской помощи, классовый принцип, система медицинского образования (синтез науки и практики), приоритет охраны материнства и младенчества, а также привлечение населения к организации здравоохранения [84, 117, 124, 135].

Уже через полтора года работы Наркомздраву, под руководством Н.А. Семашко, удалось существенно переформатировать принципы организации медицинской помощи населению РСФСР: были национализированы и объединены учреждения здравоохранения, обеспечена бесплатная помощь больным на дому, оптимизирована работа скорой помощи, проведена работа по ликвидации социальных болезней, стала внедряться санитарно-просветительная деятельность, проведена работа по ликвидации эпидемии сыпного тифа [78]. По оценкам советских источников, общее число заболевших сыпным и возвратным тифом в стране, на тот момент, составляло около 10 млн. человек [122, 141]. В ходе борьбы с эпидемиями была выработана стройная система противоэпидемических мероприятий, заложены основы санитарно-эпидемиологической службы.

По инициативе Н.А. Семашко был создан отдел санитарного просвещения, которое нарком рассматривал как основу профилактического

направления советского здравоохранения. Он был инициатором внедрения в практику новых форм агитации ЗОЖ в деятельность органов и учреждений здравоохранения. По его мнению, методом реализации профилактического направления являлась диспансеризация. Н.А. Семашко был главным идеологом профильных диспансеров, а также сетей лечебных учреждений по борьбе с профессиональными заболеваниями. По указанию наркома стали проводить систематическое диспансерное наблюдение за группами рабочих в цехах с вредным производством. Обоснование диспансеризации, а также разработку ее методов можно считать личной заслугой первого наркома здравоохранения [128].

Н.А. Семашко считал, что методический подход, при массовом обследовании населения (его отдельных контингентов), с целью выявления определенного заболевания (группы заболеваний) или факторов, способствующих развитию этого заболевания, более продуктивен, как с клинической точки зрения (для пациента и врача), так и с экономической точки зрения (для всей системы здравоохранения). Этот подход нашел отражение в современном российском здравоохранении: в настоящее время, согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» бесплатную диспансеризацию может пройти любой гражданин РФ, застрахованный в системе ОМС [91].

Н.А. Семашко рассматривал ЗОЖ как основной принцип профилактической медицины и считал его одним из ведущих направлений отечественного здравоохранения. Он был сторонником полного запрета продажи алкоголя. Н.А. Семашко считал потребление алкоголя одним из социальных факторов, негативно влияющих на здоровье населения. По воспоминаниям Е.Г. Фаробиной, возглавлявшей клинику детских болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Н.А. Семашко никогда не курил и не употреблял алкогольные напитки.

Н.А. Семашко был одним из основателей Всесоюзного общества по борьбе с алкоголизмом, развернувшим широкую антиалкогольную кампанию по всей республике. Так, в 1929 г., он, вместе с председателем данного общества Ю.(М.) А. Лариным, опротестовал разрешение Моссовета на продажу алкогольных напитков в праздничные и предпраздничные дни ряду элитных ресторанов Москвы ("Прага", "Большая Московская", "Континенталь", "Европа", "Метрополь" и др.), запрещенную постановлением СНК РСФСР от 29 января 1929 г. Сохранился комментарий секретаря Моссовета, тов. Козлова, выдавшего данное разрешение: «...Задачей власти является предохранение в первую очередь рабочих и трудящихся от усиления потребления водки, но не представителей прочих классов, а тем более иностранцев и состоятельных людей»⁴.

Не менее важным достижением Наркомздрава, в этот период, является создание системы охраны материнства и детства. Эта система предоставляла женщинам возможность сочетать материнство с общественно полезным трудом, а детям давала условия для гармонического развития физических и духовных сил. Система охраны материнства и детства предусматривала оказание всем женщинам и детям бесплатной и высококвалифицированной медицинской помощи. В 1922 г. в Москве был организован Центральный научно-исследовательский институт материнства и младенчества. Аналогичные институты были открыты в Харькове (1922), Баку (1927), Киеве (1929), Минске (1931), Ростове-на-Дону (1932), Алма-Ате (1932) и других городах. В 1928 г. имелось уже более 2 тыс. женских и детских консультаций, 27 тыс. родильных коек; быстро развивалась ясельная сеть. На селе быстрыми темпами стала

⁴ Н.А. Семашко вместе с Ю. Лариным опротестовали разрешение ряда элитных ресторанов Москвы торговать алкогольными напитками в праздничные и предпраздничные дни, выданное Секретарем Моссовета тов. Козловым. По результату рассмотрения дела подтвердилось, что разрешение на торговлю спиртными напитками выдано незаконно. См.: Дело по протесту Народного комиссара здравоохранения тов. Семашко и председателя Общества борьбы с алкоголизмом Ю. Ларина на распоряжение Московского Совета о разрешении продажи спиртных напитков в праздничные и предпраздничные дни // ГАРФ. Ф. 1235. Оп. 74.

развиваться сеть женских и детских консультаций, колхозных роддомов, акушерских пунктов, детских яслей [10].

Всего за время руководства Н.А. Семашко Наркомздравом значительно увеличилось число амбулаторных учреждений и количество больничных коек. Более чем в два раза расширилась сеть амбулаторных учреждений: к началу 1929г. их было 13 204 (в 1913 г. – 5597). К началу 1929 г. в стране насчитывалось 246 100 больничных коек, что на 40% превышало их число в 1914 г. (175 600 коек). Число коек в детских больницах и родильных домах возросло на 60%, с 89 200 в 1914 г. до 143 600 в 1929 г. Численность врачебного персонала увеличилась втрое, с 19 785 в 1914 г. до 63 219 в 1929 г. Врачебная помощь на дому в городах в 1913 г. составляла 391 400 посещений, сделанных врачами всех ведомств и организаций, а в 1930 г. уже 7 304 100 посещений, т.е. увеличилась в 18 раз [95, 96].

О личностных качествах Н.А. Семашко может свидетельствовать его переписка с Всероссийской чрезвычайной комиссией по вопросу возможного освобождения из-под ареста осужденного медицинского персонала в период Гражданской войны. Несколько сотен писем наркома здравоохранения, сохранившихся в ГАРФ, с просьбой более детального пересмотра каждого обвинительного приговора в отношении рядовых медицинских работников свидетельствуют о его искренней доброте и человеколюбии. В деле также сохранились письма наркому от рядовых граждан с просьбами посодействовать в освобождении из-под ареста их родственников. Н.А. Семашко не оставлял такие письма без внимания: по каждому письму он делал запрос в ВЧК с просьбой уточнить причину ареста и рассмотреть возможность пересмотра каждого обвинительного приговора. Благодаря личному вмешательству Н.А. Семашко, были оправданы несколько десятков рядовых медицинских работников (врачей, медицинских сестер и санитаров) и простых граждан

Советской России (например, освобождение докторов Гордзинского, Кудрявцева, Криденера, монтера Зубкова)⁵.

Более того, еще в начале Гражданской войны в России, в сентябре 1918 г., Н.А. Семашко отправил официальное заявление в Управление делами СНК по вопросу массовых арестов врачей «как популярных лиц в качестве заложников». В данном заявлении нарком настойчиво требовал разъяснить Чрезвычайной следственной комиссии, а также Комиссару Военных дел, что врачи должны подвергаться ответственности только в случае их политической виновности, а не вследствие их профессиональной популярности. В частности, Н.А. Семашко опротестовал арест очень известного (как в России, так и в Европе), профессора судебной медицины Петра Андреевича Минакова, являвшегося членом ученого совета при Наркомздраве⁶.

Первый нарком здравоохранения был причастен к депортации инакомыслящей интеллигенции. 21 мая 1922 г. Н.А. Семашко написал В.И. Ленину и членам Политбюро ЦК РКП(б) секретное письмо, в котором указывал на важные и опасные течения, существующие в медицинской среде, необходимость (по согласованию с Государственным политическим управлением при НКВД РСФСР) изъятия верхушки врачей меньшевиков и социалистов-революционеров, выступавших на II Всероссийском съезде врачей, состоявшемся 10–14 мая 1922 г. в Москве [17].

Скорее всего, это письмо стало важным фактором, повлиявшим на решение о высылке инакомыслящей интеллигенции из страны. Н.А. Семашко писал: «...Быть крайне осторожными в вопросах переустройства нашей Советской системы... Всякую идею “земщины” нужно выжечь каленым железом... Считать всякие попытки заменить Советскую (классовую) медицину Земской (“народной”) и страховой (“вне советской”) политически

⁵ ГАРФ. Ф. А482. Оп. 1. Д. 226. Переписка с Всероссийской чрезвычайной комиссией об арестах и освобождении из-под ареста врачей. Л. 5, 31, 60, 77.

⁶ ГАРФ. Ф. 353. Оп. 2. Д. 772. Заявление Народного комиссара здравоохранения Семашко в Совнарком о разъяснении на местах причин ареста врачей, виновных политически, а не в результате профессиональной деятельности. Л. 1.

недопустимыми... Госиздату не разрешать спецам и их об[щест]вам издание газет и журналов, носящих общественно-политический (не научный) характер...» [17]. Нарком здравоохранения преувеличил сепаратистские тенденции в медицинском сообществе, придав им политический оттенок: делегаты II Всероссийского съезда врачей не предлагали менять принципы политического устройства страны, а рекомендовали дополнить государственную систему медицинского обеспечения общественной [52, 150]. Однако в случае реализации данных предложений в той форме, в которой они были представлены, нарушался бы основополагающий принцип советской модели здравоохранения (модели Семашко) – наличие единого централизованного органа управления здравоохранением, что в условиях социально-экономического кризиса могло значительно усугубить ситуацию в стране. Однако этот момент остается дискуссионным.

Возвращаясь к теме организации здравоохранения, необходимо отметить, что, несмотря на значительные достижения, в работе, возглавляемого Н.А. Семашко, Наркомздрава имелись и недостатки. В 1926 г. Совнарком указывал Наркомздраву на отставание сельского здравоохранения и необходимость принятия мер по его улучшению. Также было обращено внимание на необходимость улучшения работы по организации борьбы с профессиональными заболеваниями, специализации медицинской помощи и улучшения медицинского обслуживания детей. Одновременно с этим была поставлена задача улучшить лекарственное обеспечение населения.

Н.А. Семашко, признавая наличие проблемы финансирования здравоохранения в СССР, уделял внимание необходимости рационализации управления в отрасли. Так, в 1929 г. в своей статье «Все внимание рационализации» он акцентировал внимание на необходимость повышения качества управления отраслью, в условиях дефицита ресурсов: «Не будем скрывать, что очень многие недостатки в медицинской работе зависят не столько от недостатка средств, сколько от того, что мы плохо хозяйничаем:

очереди в лечебных заведениях, беспорядки в лечении больных, нарушения трудовой дисциплины и многие основные вопросы в практике здравоохранения могли бы быть изжитыми как, во всяком случае, смягченными, если бы рационализация глубже проникла в нашу культуру» [107].

В конце 1920-х гг., в соответствии с общегосударственным курсом на коллективизацию и индустриализацию, было необходимо в кратчайшие сроки обеспечить медицинское обслуживание промышленных рабочих и работников сельского хозяйства [100]. Н.А. Семашко считал, что колхозное и совхозное движения облегчают лечебно-профилактическую работу, однако внедрение классового принципа оказания медицинской помощи считал преждевременным. Так, в октябре 1929 г. на заседании оргбюро ЦК ВКП(б) Н.А. Семашко прочитал доклад, в котором провел анализ системы здравоохранения, указал причины, препятствующие развитию отрасли (неадекватное финансирование здравоохранения, дефицит и недостаточную квалификацию медицинских кадров, низкие зарплаты медицинского персонала), и пути повышения эффективности медицинского обслуживания населения, а также подверг критике классовый принцип в организации медицинской помощи, указав причины, препятствующие его осуществлению на практике [48]. Возможно, что именно объективная оценка классового принципа оказания медицинской помощи стала причиной его отставки с должности наркома.

В декабре 1929 г. ЦК ВКП(б) предложил народным комиссариатам здравоохранения союзных республик коренным образом перестроить работу в соответствии со стоящими перед государством задачами. Деятельность Наркомздрава была признана неудовлетворительной, и в январе 1930 г. Н.А. Семашко был освобожден от обязанностей народного комиссара здравоохранения⁷ (согласно официальной версии – по собственному

⁷ Преемником Н.А. Семашко на посту наркома здравоохранения стал Михаил Федорович Владимирский, занимавший до этого пост председателя Центральной ревизионной комиссии ВКП(б).

желанию)⁸. В последнем своем приказе по Наркомздраву № 232 от 25 января 1930 г. он поблагодарил своих коллег за добросовестную и плодотворную работу⁹.

Много препятствий пришлось преодолевать Н.А. Семашко в этой трудной творческой работе на посту народного комиссара здравоохранения. Эпидемии, Гражданская война, голод, блокада – вот условия, при которых приходилось преобразовывать здравоохранение. Борьба с этими факторами осложнялась еще и внутренними противоречиями среди медицинского персонала, многим, из которых было трудно понять и дать верную оценку тем новым началам и задачам, которые поставила перед медициной централизованная модель здравоохранения. И в этой внутренней борьбе первый нарком здравоохранения проявил большую стойкость и непреклонность и в то же время вложил столько любви и одухотворенной творческой идеи в собирании и объединении отечественной медицины, что и прежние противники стали убежденными ее участниками.

3.4. Вклад Н.А. Семашко в организацию курортного дела в Крыму

В советской историографии летопись рекреационного освоения Крыма долгое время было принято вести с утверждения декрета «Об использовании Крыма для лечения трудящихся» 21 декабря 1920 г., разработанного Н.А. Семашко [75, 160]. Однако на всероссийском уровне о перспективах организации курортов в Крыму было заявлено вскоре после того, как 29-30 августа 1883 г. в Евпатории побывали делегаты VII съезда русских естествоиспытателей и врачей. Таким образом, организация санаторно-курортного дела на Крымском полуострове началась еще до прихода к власти большевиков. Более того, после национализации крымских курортов в 1920 г., рекреация на полуострове долгое время развивалась преимущественно на

⁸ ГАРФ. Ф. Р1235 Оп. 75. Д. 117. Дело об освобождении Семашко Н.А. от обязанностей народного комиссара здравоохранения РСФСР и о назначении его в Президиум ВЦИК

⁹ ГАРФ. Ф. А482. Оп. 42. Д. 5465. Л. 6

основе материально-технической базы и инфраструктуры, унаследованной от Российской империи [66].

В самый разгар Гражданской войны, после занятия Крыма большевиками, в 1920 г. Н.А. Семашко отправился организовывать там санатории и дома отдыха. Он лично объездил все, имеющиеся на полуострове, санатории. Возвратившись после командировки в Москву, нарком подготовил проект декрета «Об использовании Крыма для лечения трудящихся», который 21 декабря 1920 г. был подписан В.И. Лениным. В этом декрете были детально разработаны практические мероприятия, необходимые для бесперебойной работы курортов Крыма.

Помимо организации санаториев, после установления советской власти в Крыму, начались массовые политические репрессии по отношению к «классовым врагам» новой власти, том числе к врачам, медсестрам и санитарам, которым инкриминировалось содействие Белому движению. Несмотря на дефицит медицинских кадров на полуострове, только приехавший в 1920 г. с мандатом от СНК РСФСР, для организации курортного дела, народный комиссар здравоохранения Н.А. Семашко смог спасти многих медицинских работников от высшей меры наказания [161].

12 января 1921 г. Совет труда и обороны рассмотрел проект постановления «О восстановлении крымских курортов», регламентировавшего использование крымских курортов под санатории и здравницы. С докладом выступил Н.А. Семашко. Согласно этому постановлению, для восстановления курортов следовало отпускать, вне всяких очередей и плановых нарядов, необходимые строительные материалы. Местные органы получали право привлекать население к работе в этой сфере.

В советской исторической науке постоянно подчеркивалось, что именно декрет от 21 декабря 1920 г. «Об использовании Крыма для лечения трудящихся» лег в основу новой концепции рекреационного освоения Крыма, юридически закрепив доступность курортного лечения и отдыха для

представителей, формально привилегированного, класса пролетариата [75, 160]. Однако в действительности данный декрет имел скорее политико-идеологическое, чем прикладное значение.

Более содержательно значимым был другой декрет – «О лечебных местностях общегосударственного значения», проект которого был доложен Н.А. Семашко еще 13 марта 1919 г. на заседании Малого Совнаркома и 4 апреля 1919 г. подписан В.И. Лениным. В соответствии с этим декретом все курорты были национализированы, определены дальнейшие пути развития курортного дела в республике, а также принципы организации медицинской помощи в них. В этом декрете было дано первое в советском законодательстве определение понятия «лечебная местность» («курорт»). Оно распространялось на территории страны, где имелись источники минеральных вод и лечебных грязей, места для лиманных и морских купаний, климатические и горные станции, объекты кумысолечения.

Декрет также фиксировал необходимость целевого назначения и охраны советских курортов, их прямое подчинение Народному комиссариату здравоохранения РСФСР, выводя их управление из компетенции местных властей, в полном соответствии с принципом единства советского здравоохранения, приверженцем которого был Н.А. Семашко. Когда в 1925 г. Совнарком издал постановление «О реорганизации курортного дела», которое регламентировало возможность передачи мандата на управление курортами местным органам власти и также предоставляло большую хозяйственную самостоятельность курортам, оставляя за Главным курортным управлением лишь функцию финансово-хозяйственного органа. Наркомздрав, во главе с Н.А. Семашко, незамедлительно подверг критике данное постановление, которое, по его мнению, подрывало принцип единства советского здравоохранения¹⁰.

¹⁰ ГАРФ. Ф. Р1235. Оп. 104. Д. 656. Дело по протесту Наркома здравоохранения РСФСР на постановление Совнаркома РСФСР от 30 октября 1925 г. «О реорганизации курортного дела». Л. 1–29.

Центральным органом Наркомздрава, руководившим всем курортным делом республики, являлся отдел лечебных местностей. По его инициативе Наркомздравом в 1921 г. (с 10 по 16 февраля) был проведен I Всероссийский съезд по курортному делу. Одним из основных вопросов, обсуждаемых на съезде, была форма управления курортами общегосударственного значения. Съезд подтвердил точку зрения Н.А. Семашко о необходимости подчинения курортных управлений непосредственно центру. Решения съезда послужили основанием для разработки нового декрета, об управлении курортами общегосударственного значения, который был утвержден ВЦИК и СНК 23 июня 1921 г. Этим декретом Наркомздраву было предоставлено право осуществлять управление курортами через курортные управления на местах.

Декрет «Об использовании Крыма для лечения трудящихся», с одной стороны, носил технический характер, четко прописывая механизм руководства национализированными курортами Крыма и определяя первоочередные задачи их развития [88]. С другой стороны, декрет имел и политический характер, поскольку в начале XX века новость о юридической передаче большевиками (даже формальной) частной собственности (коттеджей, дворцов и дач) элиты Российской империи «в руки трудящихся» была очень привлекательным инструментом для идеологической пропаганды за рубежом.

В первые годы советской власти, как и в дореволюционный период, курорты Крыма создавались и развивались стихийно, без какого-либо единого плана. Под санатории и курорты отдавали дворцы, имения и дачи, создававшиеся в Российской империи как самостоятельные, не связанные друг с другом строительные-архитектурные объекты [87].

Анонсированное превращение полуострова в пролетарскую здравницу, в первые месяцы после принятия декрета «Об использовании Крыма для лечения трудящихся», было сопряжено с более серьезными проблемами, чем те, о которых было принято говорить в официальной советской курортологии [180].

Главными проблемами первого пролетарского курортного сезона были вопросы обеспечения курортов Крыма продовольствием и их транспортной доступности [113]. Например, чтобы добраться тогда на поезде в Крым из центральных регионов России требовалось не менее 5-7 дней [87]. Но, несмотря на сложности, к началу 1921 г. на Южном берегу Крыма было восстановлено 9 санаториев, а к концу года количество их увеличилось до 23. [82].

В 1920-1921 гг. Н.А. Семашко неоднократно выезжал в курортные районы страны для организации работы на местах [25, 142]. Во время поездок он получал, как правило, мандаты СНК, предоставляющие ему широкие права. Если в 1919 г. в стране было всего 5 курортов - Старая Русса, Липецк, Сергиевские минеральные воды, Эльтон и Кашин, то в 1920 г. на Урале, Северном Кавказе и в Сибири было 22 курорта. В 1921-1922 гг. были открыты курорты на Кавказском побережье Черного моря, а в 1923 г. - в Забайкалье и на Дальнем Востоке [82].

Главное курортное управление (высший государственный орган, руководящий санаторно-курортным строительством в стране) было создано только к 1923 г. Возглавлять его работу было поручено Н.А. Семашко, а его заместителем был назначен Н.И. Тезяков.

Сложности курортного строительства первых лет не помешали Крымскому полуострову в 1925 г. стать лидером среди лечебных местностей молодого государства. По количеству принятых больных он незначительно, но опережал, находившиеся на втором месте по этому показателю, Кавказские Минеральные Воды. Емкость крымских здравниц к тому времени составляла около 7 тысяч коек, а всего с 1921 по 1926 г. там побывало около 133 тысяч пациентов. По количеству мест в 1925 г. среди крымских здравниц первенство принадлежало Южному берегу Крыма, где могло одновременно разместиться 4 253 больных. Далее шли курорты Евпатории (1 478 мест) и Сак (700 мест), а замыкал список Севастополь, где на тот момент было развернуто всего 175 коек [88].

Санаторно-курортное дело, основы которого были заложены Н.А. Семашко, успешно развивалось и в дальнейшем. В настоящее время, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, Российская Федерация берет на себя обязательства по обеспечению санаторно-курортным лечением отдельных категорий граждан, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.5. Вклад Н.А. Семашко в международное сотрудничество в области здравоохранения. Участие наркома в привлечении помощи зарубежных общественных организаций

Международное сотрудничество в области здравоохранения началось сразу после признания СССР зарубежными странами. Существенный вклад в установлении контактов с учеными и научными организациями западноевропейских стран внес Н.А. Семашко.

Так, после установления дипломатических отношений между СССР и Францией, Н.А. Семашко в 1925 г. получил приглашение от «Французской ассоциации по развитию медицинских связей с другими странами» выступить с докладом о советском здравоохранении. Приехав в Париж, он выступил с докладом на медицинском факультете Сорбоннского университета, в котором он поделился опытом о принципах советской модели здравоохранения (модели Семашко): профилактическом направлении, бесплатности и общедоступности медицинской помощи населению. Огромное впечатление на слушателей произвело его выступление о социальном законодательстве, охране труда, о широко проводимых санитарно-гигиенических мероприятиях, планомерной и эффективной борьбе с инфекционными болезнями и, наконец, о принятых мерах для организации в Крыму «Всероссийской здравницы». Затем он выступил с докладом о советском здравоохранении в Женеве, в гигиенической

комиссии Лиги наций, а также в Берлине. После доклада наркома в германском Обществе Друзей Новой России с ответными речами выступили профессор Оскар Фохт и профессор Липман, посетившие СССР в 1924 г. Они отметили существенные успехи профилактических и санитарных мероприятий, предпринятых Наркомздравом под руководством Н.А. Семашко. Для установления постоянных связей в сфере здравоохранения с Германией, Н.А. Семашко, совместно с немецким профессором Фридрихом Крауссом, организовал выпуск «Русско-немецкого медицинского журнала». Первый нарком здравоохранения приглашал иностранных ученых лично ознакомиться с новой моделью здравоохранения, а также содействовал организации деловых поездок русских ученых за границу. Благодаря его усилиям представители западноевропейских стран получали достоверные данные об организации здравоохранения в СССР и был разработан механизм, позволивший осуществлять обмен опытом [33].

В рамках научного сотрудничества в сфере здравоохранения Н.А. Семашко использовал возможности работы с частными международными фондами. Так, в 1927 г. в ответе на запрос Отдела научных учреждений Совнаркома СССР говорилось, что нарком здравоохранения считает возможным отправлять советских врачей-специалистов в научные командировки в Америку за счет международного фонда Рокфеллера [32].

Необходимо отметить, что тесное сотрудничество с некоторыми западноевропейскими странами происходило еще до установления дипломатических отношений. Поскольку основы советской модели здравоохранения (модели Семашко) закладывались в тяжелых условиях Гражданской войны, при остром дефиците финансовых и материальных ресурсов, Н.А. Семашко в качестве возможного источника медицинской гуманитарной помощи рассматривал зарубежные страны, в частности США.

В отечественной и зарубежной историографии Гражданская война в России традиционно рассматривалась как период, во время которого

иностранные государства оказывали всестороннюю поддержку Белому движению с целью внешнеполитической изоляции СССР, свержения власти большевиков и восстановления монархии в России. Однако эти стереотипы не отвечали действительности того времени.

Несмотря на открытую антибольшевистскую позицию правительства США в начале 1920-х гг., среди обычных граждан было много сочувствующих бедственному положению в РСФСР. Так, например, в письме от июня 1921 г. на имя Н.А. Семашко от Russian relief committee of Seattle (локальный филиал Комитета медицинской помощи Советской России) указывается, что несколько американских женщин, симпатизировавших России, организовали комитет для сбора средств для закупки и отправки в Советскую Россию пищевых продуктов, а также хирургических инструментов¹¹.

В начале 1920-х гг. в США широко развернул деятельность целый ряд общественных движений и организаций, выступавших в поддержку РСФСР: движение «Руки прочь от России!», «Лига друзей Советской России», «Комитет медицинской помощи Советской России», «Общество технической помощи Советской России» и др. В обстановке приближавшихся президентских выборов, многим политическим деятелям США приходилось считаться с общественным мнением, в целом симпатизирующим РСФСР [65].

Одной из общественных организаций в США о деятельности которой практически нигде не упоминается был «Комитет по оказанию медицинской помощи Советской России», который был организован в Нью-Йорке в начале апреля 1920 г. Тесно сотрудничая с Наркомздравом РСФСР и Н.А. Семашко в частности, Комитет осуществлял сбор средств для закупки медикаментов в США. Это было время самой глубокой реакции в США: после набегов на Советское Бюро, погромов радикальных коммунистических организаций, многочисленных арестов и высылки коммунистов. Несмотря на явную

¹¹ ГАРФ. Ф. А482. Оп. 35. Д. 17. Переписка с американскими учреждениями, организациями и частными лицами об оказании советскому народу медицинской и материальной помощи. Часть документов – на английском и французском языках. Л. 41.

антисоветскую агитацию в США, работа Комитета быстро расширилась, и во многих городах удалось организовать массовые митинги в поддержку молодого Советского государства¹².

В 1920 г. Комитет опубликовал 16-страничную брошюру Н.А. Семашко, переведенную на английский язык и озаглавленную «The Care of Health in Soviet Russia», тиражом 6000 экземпляров. В данной работе кратко описываются основные принципы советской модели здравоохранения (модели Семашко). Один из экземпляров данной работы сохранился в ГАРФ.

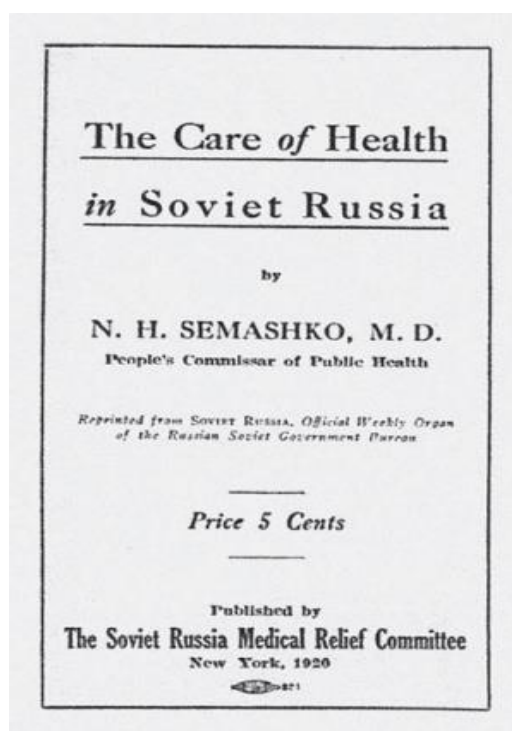


Рис. 3. Обложка брошюры Н.А. Семашко (Нью-Йорк, 1920)¹³.

Сохранились документы, указывающие на возможное прямое подчинение руководства Комитета медицинской помощи Советскому правительству (в частности, Наркомздраву и его руководителю – Н.А. Семашко). Так, в докладной записке тов. Александра Ровина на имя тов. Семашко и Калине отмечается: «В силу изменившихся политических условий в Америке по отношению к Советской России и ввиду учреждения в Северо-Американских Соединенных Штатах Представительства Общества Красного Креста,

¹² ГАРФ. Ф. А482. Оп. 35. Д. 17. Л. 89.

¹³ ГАРФ. Ф. А482. Оп. 35. Д. 17. Л. 4

деятельность Комитета Медицинской Помощи Советской России совершенно утрачивает свое значение»¹⁴. О том же свидетельствует сохранившееся письмо Н.А. Семашко председателю Наркомздрава в США тов. М. Михайловскому от 14 октября 1921 г.: «Медицинский комитет помощи Советской России в Соединенных Штатах Северной Америки не ликвидировать и использовать как частное общество в целях Представительства»¹⁵

Таким образом, благодаря личным усилиям Н.А. Семашко были восстановлены связи между русскими учеными и зарубежными представителями медицинской науки. Он выступал за рубежом с докладами и лекциями о новой модели здравоохранения, рассказывал о ее преимуществах и достижениях в печатных изданиях. Происходил обмен литературой, советские ученые стали принимать участие в конференциях, посещать зарубежные научные институты. Более того, благодаря наркому, уже в 1920 г. Наркомздраву удалось установить контакты со многими общественными организациями США, которые собирали средства для закупки гуманитарной помощи для РСФСР.

3.6. Роль Н.А. Семашко в формировании высшей медицинской школы

Н.А. Семашко посвятил педагогической работе около 30 лет своей жизни. Он принимал непосредственное участие в жизни высшей медицинской школы: посещал совещания, съезды, конференции, посвященные высшей медицинской школе, помогал своим огромным опытом в разработке учебных планов, программ. В частности, в 1920 г. он принимал участие в работе I Всероссийского съезда по медицинскому образованию, где поставил вопрос о необходимости синтеза науки и практики. В резолюции съезда указывалось на необходимость реорганизации высшей медицинской школы путем переработки

¹⁴ ГАРФ. Ф. А482. Оп. 35. Д. 17. Л. 138.

¹⁵ ГАРФ. Ф. А482. Оп. 35. Д. 17. Л. 114.

программ, планов и методов преподавания. А в 1924 г., по инициативе Н.А. Семашко и его заместителя З.П. Соловьева, Наркомздравом было созвано Всероссийское совещание по реформе медицинского образования на котором был детально рассмотрен вопрос подготовки медицинских кадров [90].

Н.А. Семашко считал, что организация советской модели здравоохранения определила методологию высшего медицинского образования. Впервые в истории России высшее медицинское образование стало общедоступным для населения: были введены стипендии для успевающих студентов, организованы общежития и специальные столовые для студентов. Сеть образовательных организаций высшего медицинского образования в СССР была распределена по всей территории страны: чтобы удовлетворять врачами-выпускниками отдаленные области и национальные республики [105].

По мнению наркома, медицинская наука должна освещать пути развития советского здравоохранения. К середине XX века в СССР не было ни одной области в медицине (как лечебной, так и профилактической), которая не возглавлялась бы научным учреждением. Благодаря заслугам наркома, научная деятельность глубоко проникла в практическую работу органов здравоохранения. Практически в каждой крупной больнице, поликлинике, диспансере, санитарно-эпидемиологической организации велась научная работа, часто на уровне кандидатских и докторских диссертаций. В органах здравоохранения работали научные консультанты по различным вопросам практической деятельности (по родовспоможению, по терапии, хирургии, борьбе с раком, с туберкулезом и т. д.). Главной особенностью научной деятельности в СССР был комплексный характер ее организации: научные институты работали в тесном контакте и сотрудничестве, под единым управленческим началом.

Одним из наиболее значимых событий в карьере Н.А. Семашко, оказавшем огромное влияние на развитие медицинской школы в стране на

несколько десятилетий вперед, было учреждение в 1922 г. первой в республике кафедры социальной гигиены на медицинском факультете 1-ого Московского университета, которую он возглавлял на протяжении 22 лет. Решение о создании такой кафедры не все врачи-клиницисты восприняли благосклонно [123]. Однако замысел Н.А. Семашко перейти от медицины лечебной к медицине профилактической в настоящее время успешно реализуется на уровне Всемирной организацией здравоохранения [18].

Н.А. Семашко является непосредственным автором более 260 научных работ по социальной гигиене и организации здравоохранения (около 60 из которых посвящены вопросам подготовке медицинских кадров). Но, к сожалению, несмотря на то, что все его научные труды, посвященные высшей медицинской школе находятся в свободном доступе, практически во всех постсоветских работах из года в год культивируются одни и те же мифы относительно некоторых воззрений первого наркома здравоохранения.

Так, например, во многих работах по медицинской деонтологии постсоветского периода утверждается, что Н.А. Семашко был ярким сторонником полной отмены врачебной тайны. Однако в работе «Очерки по теории организации советского здравоохранения» он дает детальную оценку своей позиции касательно врачебной тайны в медицине: «Врач обязан хранить тайну, доверенную ему пациентом, иначе подрывается нормальная связь с больным, подрывается доверие больного к врачу. Но если сохранение тайны грозит интересам окружающих, коллектива, врач не должен связывать себя тайной. Если врач констатировал заразное заболевание, грозящее окружающим, он, по нашим законам, обязан немедленно сделать об этом сообщение руководящей инстанции и в нужных случаях изолировать больного. ...По мере роста сознательности и культурности населения у самих больных уменьшается желание сохранить тайну во вред другим». [124]. Таким образом, позиция Н.А. Семашко по такой деликатной проблеме как врачебная тайна, не была столь радикальной и догматичной.

Н.А. Семашко внимательно следил за развитием советской науки в целом. Он сыграл важную роль в судьбах некоторых выдающихся русских ученых. Так, нарком сыграл важную роль в судьбе А.Л. Чижевского (советского биофизика, основоположника гелиобиологии, аэроионификации, электрогемодинамики, почетного президента I международного конгресса по биофизике в Нью-Йорке в 1939 г., действовавшего члена 18 академий мира, почетного профессора университетов Европы, Америки и Азии) [76]. А.Л. Чижевский изучал влияние космических физических факторов на процессы в живой природе, в частности, влияние циклов активности Солнца на явления в биосфере, в том числе, на социально-исторические процессы. Нарком здравоохранения сыграл большую роль в поддержке исследований А.Л. Чижевского, передовые идеи которого многие ученые-марксисты воспринимали псевдонаучными и контрреволюционными. Н.А. Семашко обстоятельно изучил результаты исследований А.Л. Чижевского и опубликовал, в редактируемом им «Русско-немецком медицинском журнале», фрагменты исследований А.Л. Чижевского в 1927-1929 гг. Как писал сам А.Л. Чижевский: «Николай Александрович был редактором моих "ересей", и разделял полностью точку зрения о необходимости глубокого изучения этих явлений природы. За это редакторство он навлек на себя недовольство И.В. Сталина, которому была доложена суть моих работ в грубо извращенной форме, но после его личного разговора с Н.А. Семашко дело уладилось без каких-либо последствий» [167]. Таким образом, своим личным вмешательством, Николай Александрович помог А.Л. Чижевскому избежать репрессий со стороны государственного аппарата и продолжить свои научные исследования. А.Л. Чижевский относил Н.А. Семашко к числу тех ученых, которые «уже в то время знали, что статистические закономерности совершенно равноценны лабораторному эксперименту» [167].

Не менее важную роль нарком здравоохранения сыграл в судьбе В.И. Вернадского (минералога, кристаллографа, геолога, основоположника

геохимии, биогеохимии, радиогеологии). Он был арестован в 1921 г. ВЧК РСФСР в Петрограде за свои политические воззрения. Благодаря личному ходатайству Н.А. Семашко (бывшего ученика В.И. Вернадского по Императорскому Московскому университету), выдающийся ученый-естествоиспытатель был освобожден, получив индульгенцию от советского правительства [59].

Н.А. Семашко внес существенный вклад в формирование высшей медицинской школы. Учреждение кафедры социальной гигиены на медицинском факультете 1-го Московского университета стало поворотным моментом в системе высшего медицинского образования: советская медицина стала одной из первых готовить врачей профилактической медицины. В 1944 г. Н.А. Семашко принял активное участие в создании Академии медицинских наук СССР, а в 1945 г. он был избран действительным членом Академии педагогических наук РСФСР.

Таким образом, в период стихийного процесса падения старых устоев Н.А. Семашко всегда неуклонно шел к созданию новой модели здравоохранения. Сохранение способности и силы созидания является особенно ценным в моменты колоссальных социальных сдвигов, подобных пережитому Россией в начале XX века. И популярность первого наркома здравоохранения объясняется именно тем, что участвуя в разрушительной работе революции большевиков в октябре 1917 г., по ликвидации основ прежнего государственного устройства, он в то же время твердо и неуклонно направлял процесс организации отечественного здравоохранения. Несмотря на развитие своих взглядов на модель организации медицинской помощи, Н.А. Семашко, в процессе созидания и организации Народного комиссариата здравоохранения, всегда твердо отстаивал идею единой, государственной и централизованной медицины. Он по праву может считаться основоположником отечественного здравоохранения.

ГЛАВА 4. КОМПЛЕКСНЫЙ СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА НЕГО, РЕСУРСОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВЕТСКИЙ ПЕРИОД И НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Во второй половине XX века многие исследователи считали, что система здравоохранения оказывает незначительное влияние на общественное здоровье. Данные утверждения, возможно, соответствовали возможностям здравоохранения того времени. Однако, в настоящее время, на фоне развития научно-технического прогресса, способность системы здравоохранения оказывать значительное влияние на общественное здоровье доказана на международном уровне. Так, например, согласно исследованиям, опубликованным в материалах ВОЗ - повышение доступности для населения качественной и квалифицированной ПМСП в США и странах ЕС оказало существенно влияние на снижение смертности населения от предотвратимых причин и увеличение ожидаемой продолжительности предстоящей жизни в период с 1950 по 1990 гг. [144].

Поскольку возможность системы здравоохранения оказывать непосредственное влияние на показатели общественного здоровья, начиная с 1950-х гг., доказана экспертами ВОЗ, в рамках рассмотрения процесса трансформации советской модели здравоохранения (модели Семашко) в современную смешанную модель здравоохранения, необходимо рассмотреть основные показатели общественного здоровья, отражающие состояние здоровья, образ жизни, благосостояние и ресурсы здравоохранения в советский период и на современном этапе в Российской Федерации.

4.1. Динамика состояния здоровья населения

В 2018 г. численность населения Российской Федерации составила 146,9 млн. человек (с учетом численности населения Республики Крым и г. Севастополя (2,3 млн. человек)).

В 1991 г., перед началом трансформации советской модели здравоохранения (модели Семашко), численность населения РСФСР составляла 148,3 млн. человек. При этом в 1917 г. численность населения РСФСР составляла 91,0 млн. человек.

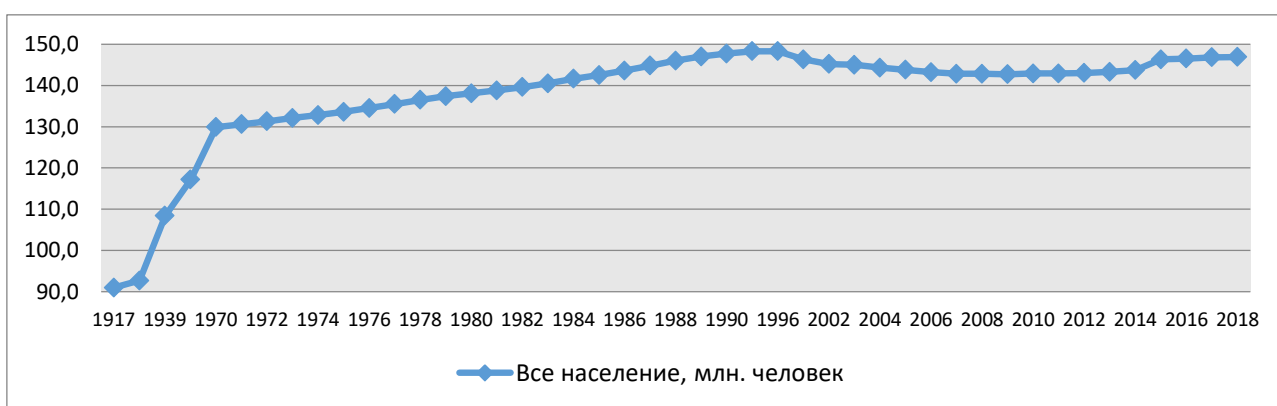


Рисунок 4. Динамика численности населения РФ 1917-2018 гг. (млн. чел)

На графике можно увидеть, что начиная с 1917 по 1991 г. численность населения РСФСР практически неуклонно увеличивалась. Пик численности населения пришелся на 1991-1996 гг. Но с 1996 по 2009 г. население РФ стало неуклонно сокращаться. Только с 2010 г. численность населения снова начала расти. Рост численности населения РФ с 2015 г. обусловлен тем обстоятельством, что данные представлены уже с учетом Республики Крым и г. Севастополя (2,3 млн. человек по состоянию на 2018 г.) (рис 4).

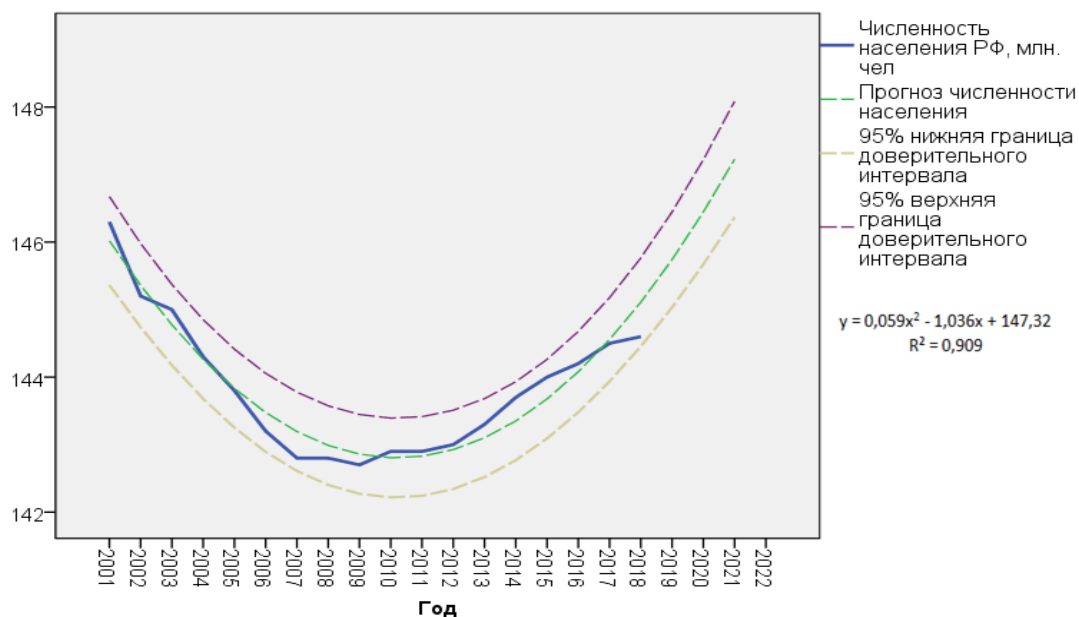


Рисунок 5. Динамика численности населения РФ в 2001-2018 гг., млн. чел. с прогнозом до 2022 г. (численность населения представлена без учета Крыма и Севастополя)

Динамика численности РФ с 2001 года характеризуется сменой направления тренда в 2009 г. когда была отмечена наименьшая численность населения, составлявшая 142,7 млн. чел (рис 5). С 2010 года имеет место восходящий тренд динамики численности населения РФ. В целом, динамику численности населения РФ аппроксимирует полиномиальное уравнение тренда с коэффициентом детерминации 0,909. Использование данного уравнения для прогнозирования численности населения показывает, что население РФ (без учета Крымского полуострова и Севастополя) к 2022 г. может составить 148,0 (ДИ 95% 147,1-149,0) млн. чел. Подвергнув аналогичной процедуре численность населения Крымского полуострова и Севастополя, путем сложения результатов двух прогнозов - численность населения РФ при сохранении тенденции, достигнутой на 2017 г., к 2022 г. может достигнуть – 150,3 (ДИ 95% 149,2-151,3) млн. чел.

Рассматривая динамику численности населения РФ по возрастным группам с 1926 по 2018 г., все население было разбито на 3 возрастные группы:

- 1) Население моложе трудоспособного возраста: мужчины и женщины в

возрасте 0-15 лет; 2) Население трудоспособного возраста: мужчины в возрасте 16-59 лет, женщины - 16-54 года; 3) Население старше трудоспособного возраста: мужчины в возрасте 60 лет и старше, женщины в возрасте 55 лет и старше (рис 6).



Рисунок 6. Изменение численности населения РФ по возрастным группам (1926-2018 гг.), млн. человек

На графике видно, что с 1926 по 1989 г. населения моложе трудоспособного возраста то увеличивалось, то снижалось вследствие различных социально-экономических причин (в т.ч. в связи с последствиями Великой Отечественной войны). Затем, вплоть до 2009 г., отмечалось снижение его численности. И только с 2010 г. динамика изменилась в сторону роста. С 1926 по 2006 г. отмечался рост населения трудоспособного возраста. А с 2007 по 2018 г. постоянное снижение численности населения трудоспособного возраста. Население старше трудоспособного возраста, напротив, с 1926 по 2018 г. относительно неуклонно растет, что связано с общей тенденцией увеличения ожидаемой продолжительности предстоящей жизни населения.

Изменения численности населения РФ в отдельных возрастных группах наилучшим образом объясняются при помощи полиномиальных уравнений тренда второй степени. Обращает на себя внимание нисходящий тренд для численности населения трудоспособного возраста с 2007 года, который продолжается, несмотря на включение в состав РФ населения Крыма и

Севастополя в 2014 г. Темп убыли данной возрастной группы в 2018 г. относительно 2002 г. составил 7,5% (рис 7).

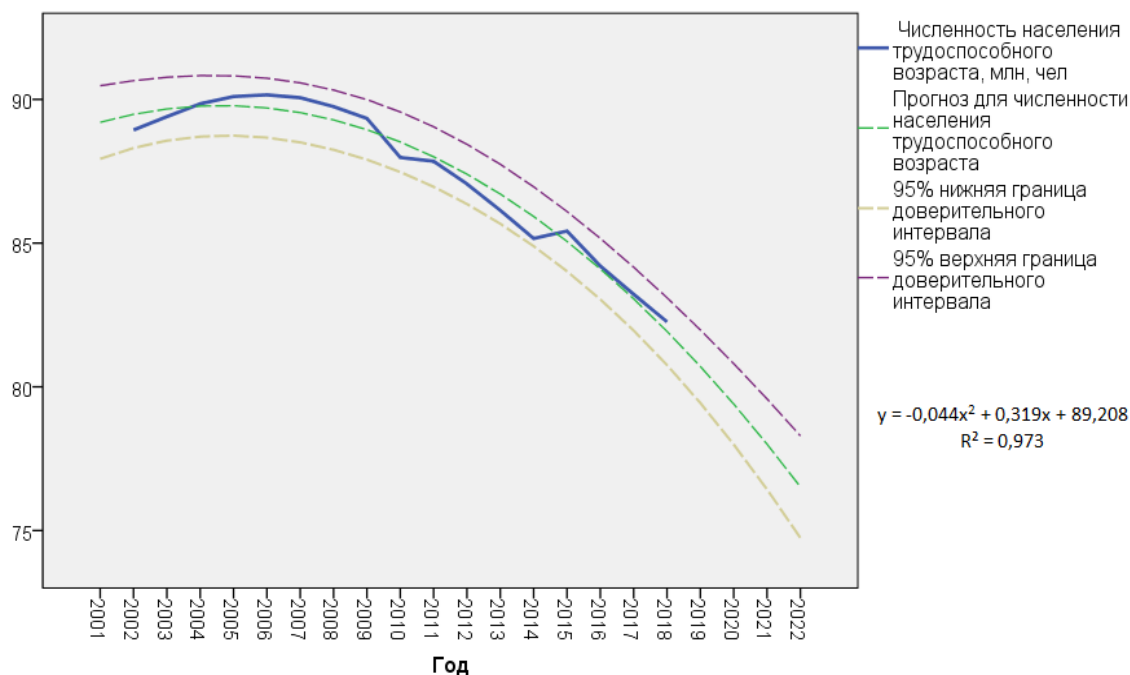


Рисунок 7. Динамика численности населения РФ трудоспособного возраста в 2002-2018 гг. с прогнозом до 2022 г., млн. человек.

По итогам прогноза по полиномиальному уравнению тренда (с аппроксимацией 0,973), к 2022 году численность населения трудоспособного возраста может сократиться еще на 7% и составить 76,5 (ДИ 95% 74,7-78,3) млн. человек.

Для возрастных групп моложе и старше трудоспособного возраста полиномиальные уравнения тренда позволили сделать прогноз роста численности населения до 33,4 (ДИ95% 32,1-34,6) и 42,9 (ДИ95% 41,9-44,0) млн. человек соответственно.

При этом преобладание населения старших возрастных групп над населением моложе трудоспособного возраста иллюстрирует текущее и перспективное сохранение регрессивного типа населения и дальнейшее усиление его выраженности. При сохранении указанной тенденции превышение пожилого населения по отношению к группе населения моложе трудоспособного возраста может составить 28% (рис. 8).

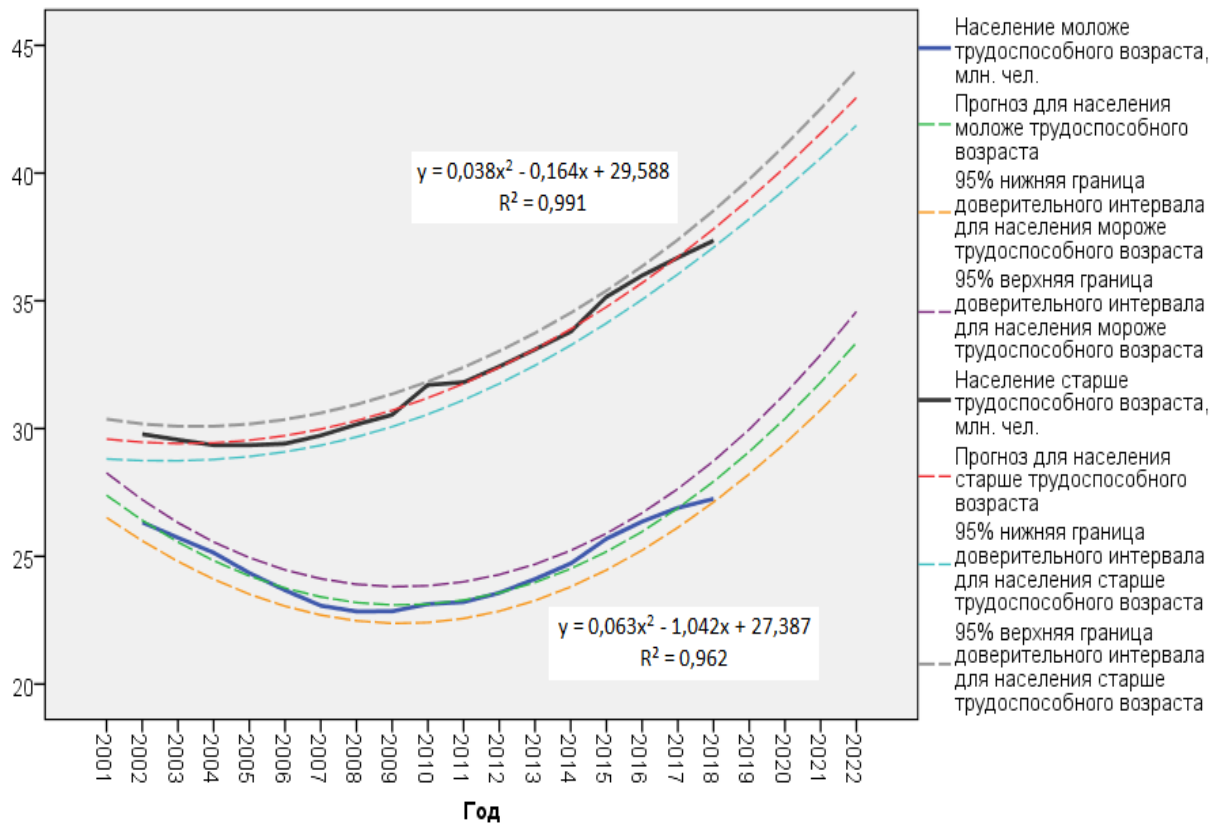


Рисунок 8. Динамика численности населения РФ моложе и старше возраста в 2002-2018 гг. с прогнозом до 2022 г., млн. человек

Рассматривая динамику распределения городского и сельского населения по возрастным группам, видно, что доли городского населения трудоспособного возраста и населения старше трудоспособного возраста, начиная с 1926 г. неуклонно возрастают (рис 9). Доли сельского населения трудоспособного возраста и моложе трудоспособного возраста уменьшаются. При этом процент сельского населения старше трудоспособного возраста и городского населения моложе трудоспособного возраста остается практически неизменным.

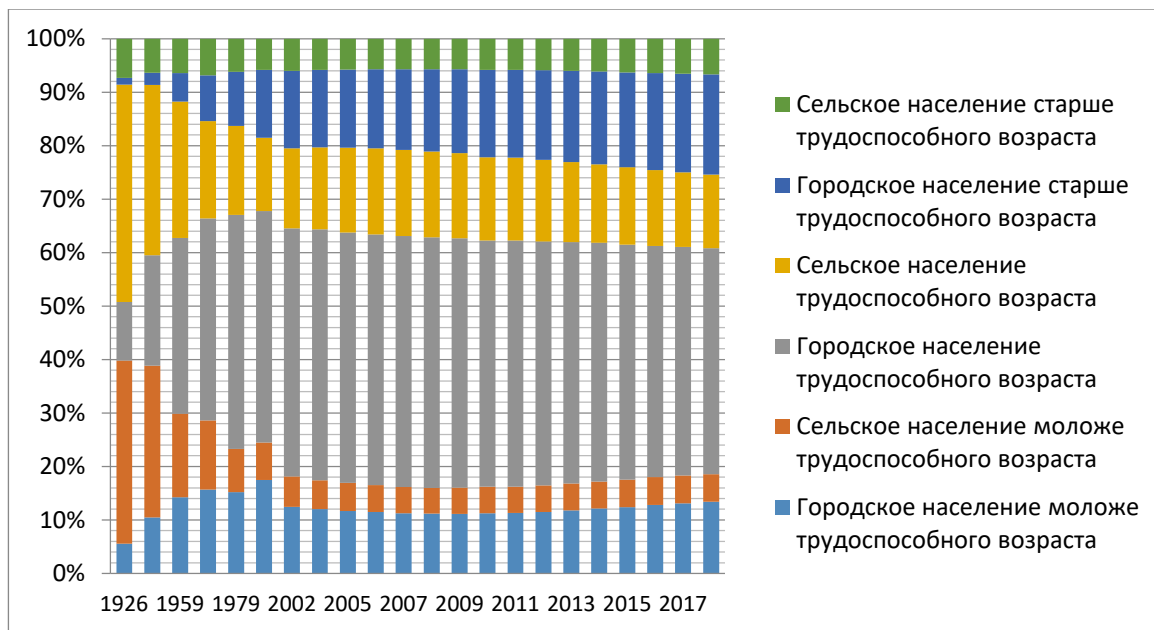


Рисунок 9. Изменения возрастной структуры населения РФ в 1926-2018

гг.,%

При анализе распределения структуры населения РФ по полу видно, что соотношение мужчин и женщин с 1926 по 2018 г. относительно неизменно, с преобладанием женской половины населения. Более выраженное преобладание женской части населения в период 1940-1950 гг. обусловлено последствиями Великой Отечественной войны (рис. 10).

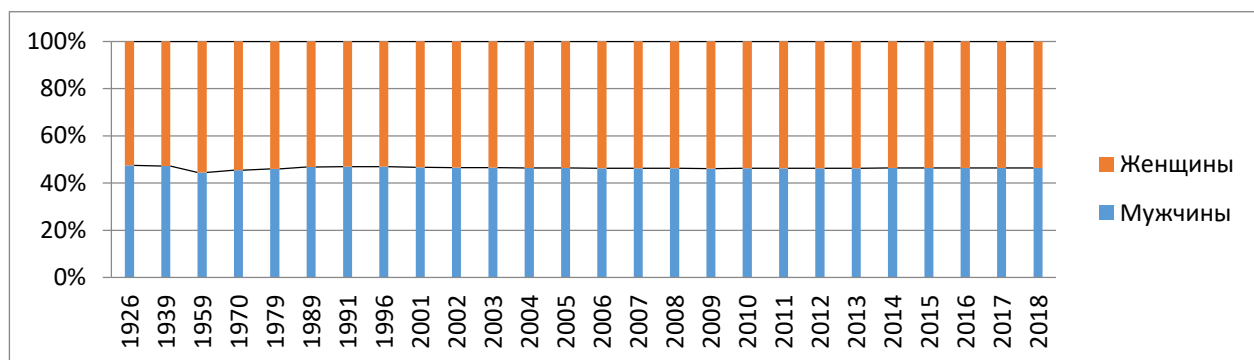


Рисунок 10. Изменения структуры по полу населения РФ в 1926-2018 гг.,%

Динамика численности как мужского, так и женского населения хорошо аппроксимируется полиномиальными уравнениями тренда, что подчеркивает на отсутствие однонаправленности тенденции за указанный период. Прогностические регрессионные модели объясняют для численности мужского населения 90,4% всех наблюдавшихся за рассматриваемый период изменений

показателя, для женского населения – 88,7%. Прогнозируемая численность мужского населения к 2022 г. составляет – 71,5 (ДИ 95% 70,5-72,5) млн. человек, женского населения – 81,4 (ДИ 95% 80,5-82,4) млн. человек (рис. 11).

При этом разрыв в численности мужского и женского населения за исследуемый период (2001-2018 гг.), обусловленный более высокой смертностью мужского населения, составлял от 9,7 млн. человек в 2001 г. до 10,9 млн. человек в 2009 г. По прогнозу, к 2022 г. существенная разница численности мужчин и женщин сохранится и может составить - 9,9 млн. чел.

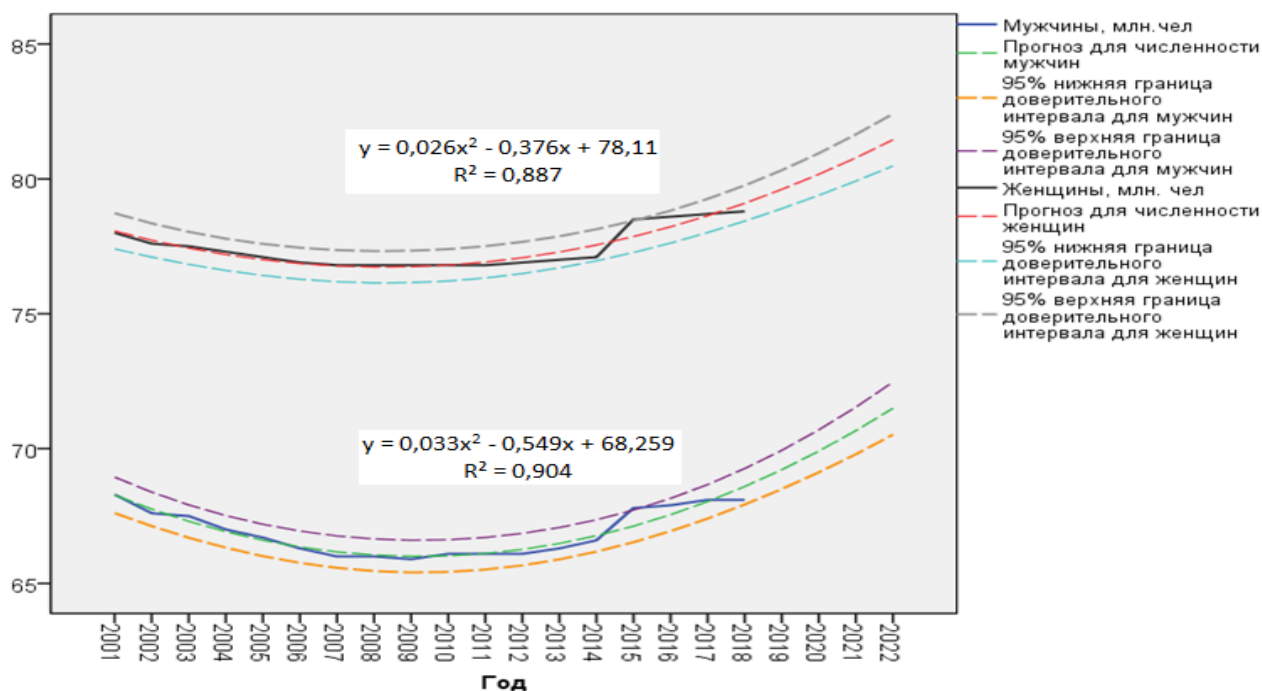


Рисунок 11. Динамика численности мужского и женского населения РФ в 2001-2018 гг. с прогнозом до 2022 г., млн. человек

На рисунке 12 представлена динамика абсолютного количества рождений, смертей и естественного прироста населения РФ на протяжении 1950-2017 гг.

С 1950 по 1991 г. в России отмечался положительный естественный прирост населения, несмотря на то, что в большинстве стран Европы в XX в. отмечалась тенденция падения рождаемости (за исключением подъема после Второй мировой войны).

На графике видно, что динамика рождаемости и смертности коренным образом изменилась после 1990 г., в связи с распадом СССР, и последующим за этим событием социально-экономическим кризисом в стране. В России с 1990 г. по 1995 г. рождаемость в абсолютных числах сократилась на 625 052 человек, при увеличении смертности за этот период на 547 818 человек. Именно этот период является точкой отсчета демографического кризиса РФ. Максимальная естественная убыль населения была достигнута в 2001 году и составила 958 532 человека. Только к 2013 г. рождаемость в РФ превысила смертность на 24 013 человек. Однако демографический кризис не завершился: с 2016 г. по 2017 г. отмечается отрицательная динамика естественного прироста населения и в 2017 году смертность вновь превысила рождаемость, что выразилось в естественной убыли населения на 135 818 человек (рис. 12).

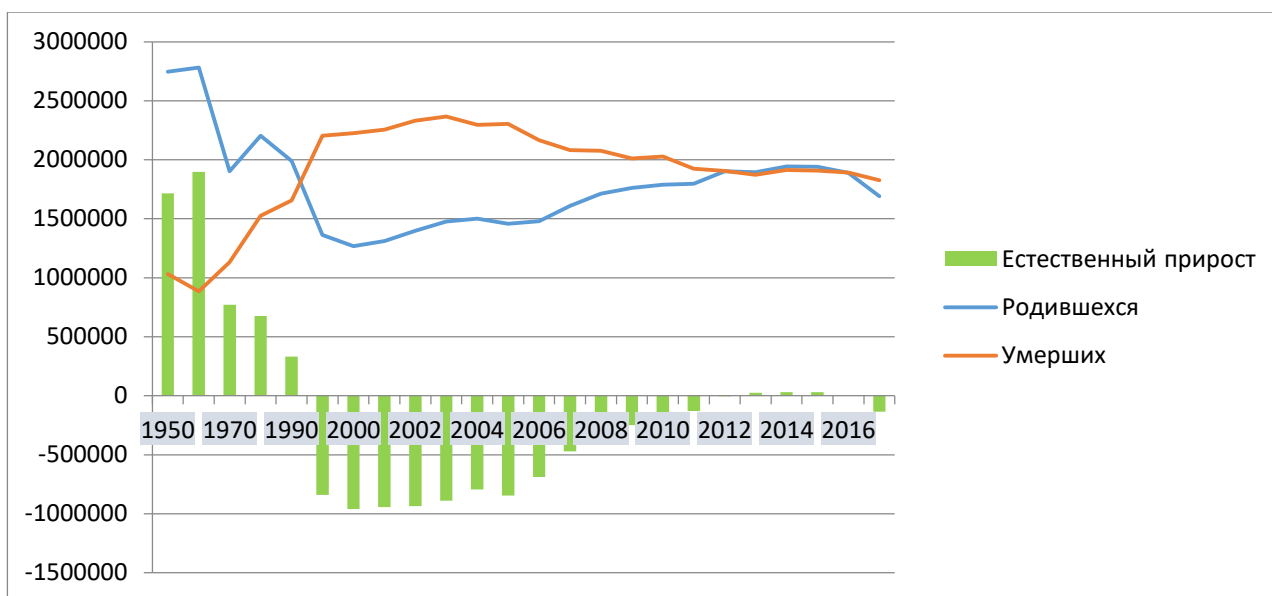


Рисунок 12. Динамика количества рождений, смертей и естественного прироста РФ в 1950-2017 гг., абс. значения

Учитывая наличие тренда на увеличение численности населения РФ с 2010 г., при отрицательном естественном приросте населения, очевидно, что основным источником повышения численности населения РФ является миграционный прирост.

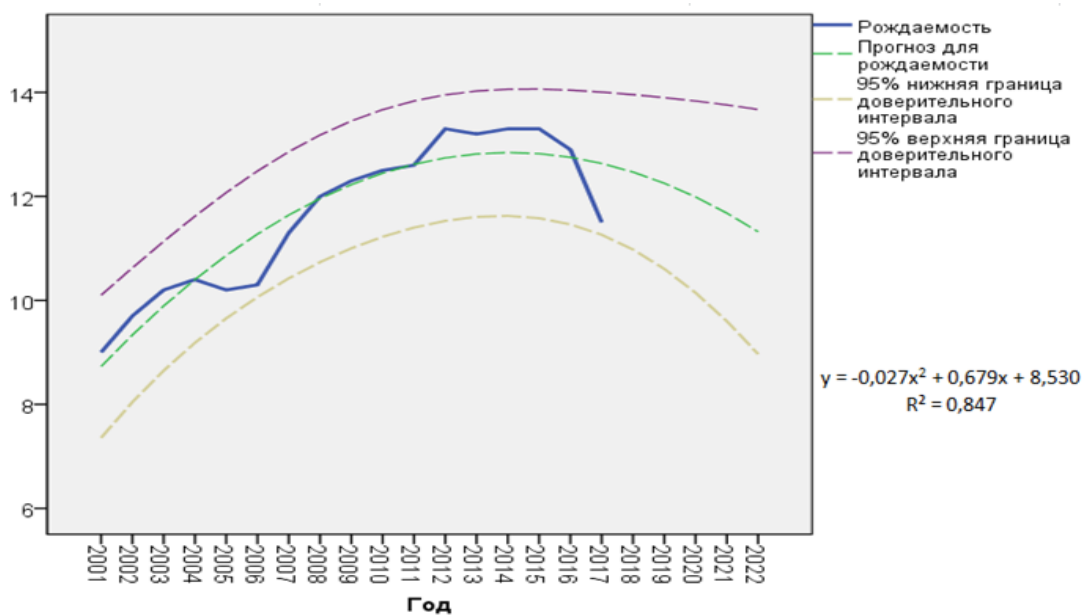


Рисунок 13. Динамика рождаемости населения РФ на 1000 человек в 2001-2018 гг. с прогнозом до 2022 г.

С целью прогнозирования уровня рождаемости в РФ, учитывая отсутствия устойчивой тенденции показателя в период с 2001-2018 гг. (снижения уровня показателя с 2015 г. на 13,% - до 11,5 на 1000 населения в 2017 г. после предшествующего периода роста), использовалось полиномиальное уравнение тренда второй степени с коэффициентом аппроксимации 0,847, объясняющее изменение показателя рождаемости на 84,7%. По данному прогнозу уровень рождаемости к 2022 г. может составить 11,8 на тысячу населения. При этом согласно оптимистичному варианту прогноза, рождаемость в РФ к 2022 г. может вырасти до 13,7 на тысячу населения. Согласно пессимистичному варианту прогноза, рождаемость к 2022 г. может снизиться до 9,0 на тысячу населения (рис. 13).

Более объективным показателем уровня рождаемости является суммарный коэффициент рождаемости (СКР), характеризующий среднее число рождений у одной женщины в гипотетическом поколении за всю ее жизнь при сохранении существующих уровней рождаемости в каждом возрасте независимо от смертности и от изменений возрастного состава.

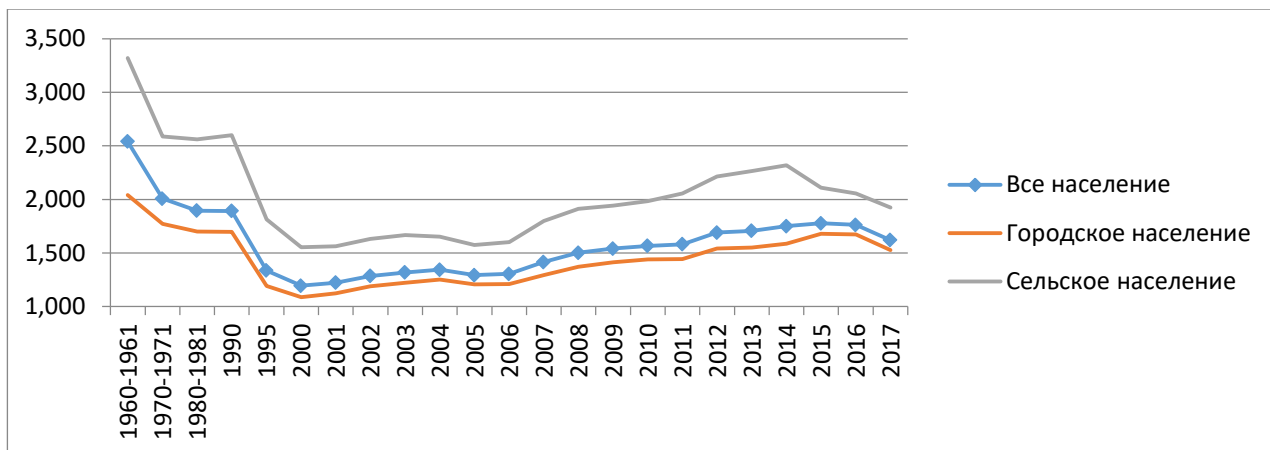


Рисунок 14. Динамика суммарного коэффициента рождаемости населения РФ, 1960-2017 гг.

Начиная с 1970-х гг. Россия (РСФСР) стала входить в число стран, в которых суммарный коэффициент рождаемости не превышает уровень простого воспроизводства населения (2,1 ребенка на женщину) (рис. 14). Во второй половине XX века в РСФСР сохранялся устойчивый рост населения за счет увеличения продолжительности жизни. При этом в РСФСР основой сохранения и роста населения являлось сельское население. С 1990 по 2000 гг. отрицательная динамика приняла угрожающий характер, достигнув показателя 1,195 (число детей в расчете на 1 женщину). Некоторая положительная динамика была отмечена с 2008 по 2015 г., связанная с реализацией национальных проектов. Однако показатель по-прежнему оставался критически низким (1,777 в 2015 г.). К 2017 г., несмотря на государственные программы, нацеленные на повышение рождаемости, показатель снизился до 1,621 ребенка на одну женщину, что не обеспечивает простого воспроизводства населения.

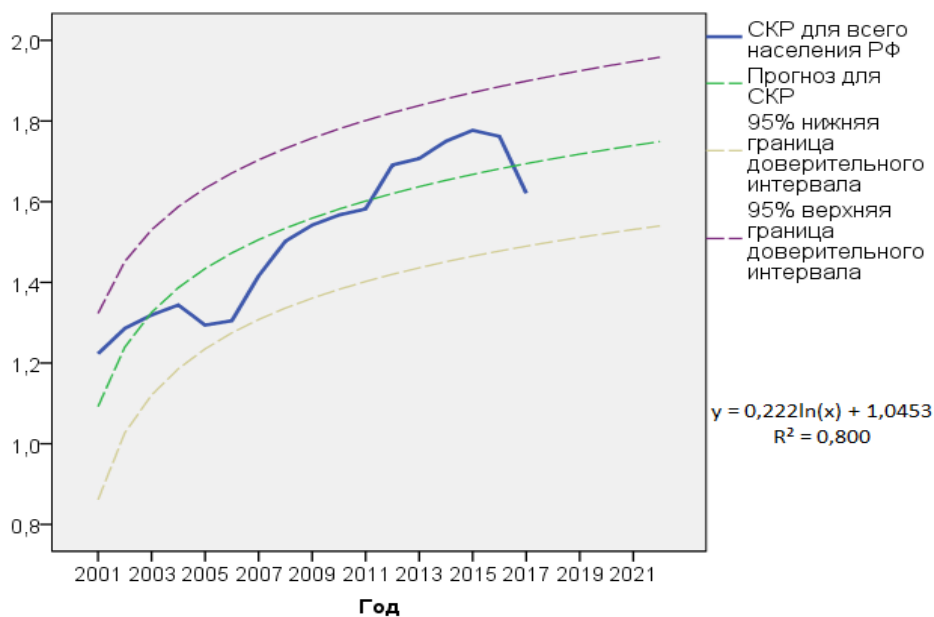


Рисунок 15. Динамика суммарного коэффициента рождаемости всего населения РФ в 2001-2018 гг. с прогнозом до 2022 г.

Динамика суммарного коэффициента рождаемости населения РФ в 2001-2018 гг. может быть аппроксимирована логарифмическим уравнением тренда с коэффициентом детерминации 0,800 (рис. 15). Согласно базовому прогнозу, в 2022 г., данный показатель не претерпит серьезных изменений и может составить 1,74. При этом в оптимистичном варианте прогноза возможен рост уровня показателя до значения 1,95. При пессимистичном варианте не исключено продолжение отрицательной тенденции, наметившейся в 2015 г., в виде снижения суммарного коэффициента рождаемости до 1,54.

Имеют место существенные различия показателя суммарного коэффициента рождаемости среди городского и сельского населения РФ (рис. 16). Для сельского населения после достижения в 2012 г. уровня воспроизводства населения с максимальным значением 2,31 в 2014 г. С 2015 г. отмечается снижение показателя до уровня 1,92 в 2017 г. В пессимистичном варианте прогноза, при сохранении тенденции 2015-2017 гг. возможно снижение показателя к 2022 г. до 1,82. В целом, прогноз по сельскому населению составил 2,08 (ДИ 95% 1,82-2,54).

Показатель суммарного коэффициента рождаемости среди городского населения стабильно находится на уровне, не обеспечивающем воспроизводство населения, и к 2022 г. может составить - 1,61 (ДИ 95% 1,42-1,81).

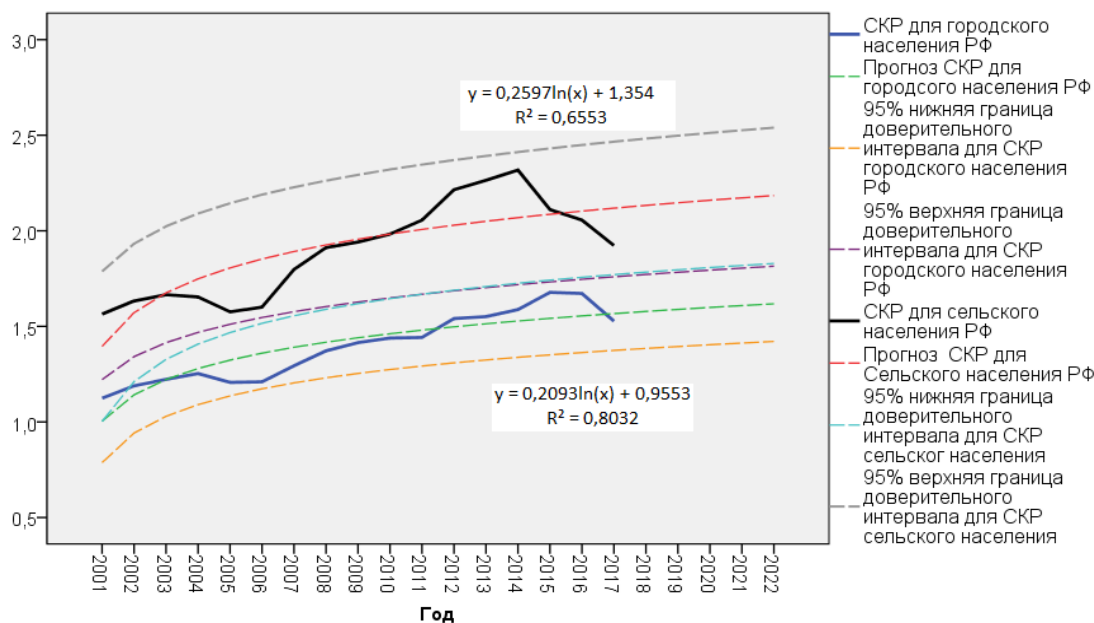


Рисунок 16. Динамика суммарного коэффициента рождаемости городского и сельского населения РФ в 2001-2018 гг. с прогнозом до 2022 г.

Браки и разводы, являющиеся одними из показателей демографической ситуации в стране, имеют статистически значимую корреляцию с показателем рождаемости, что видно на вышеприведенном графике. Частота браков имеет с рождаемостью прямую сильную корреляцию: $r=0,894$ ($p<0,001$), в то время, как частота разводов обратно коррелирует с рождаемостью на сильном уровне связи $r=-0,893$ ($p<0,001$) (рис. 17). С 1950 по 2017 г. количество разводов в России увеличилось более чем в 8 раз (с 0,5 до 4,2 на 1000 населения).

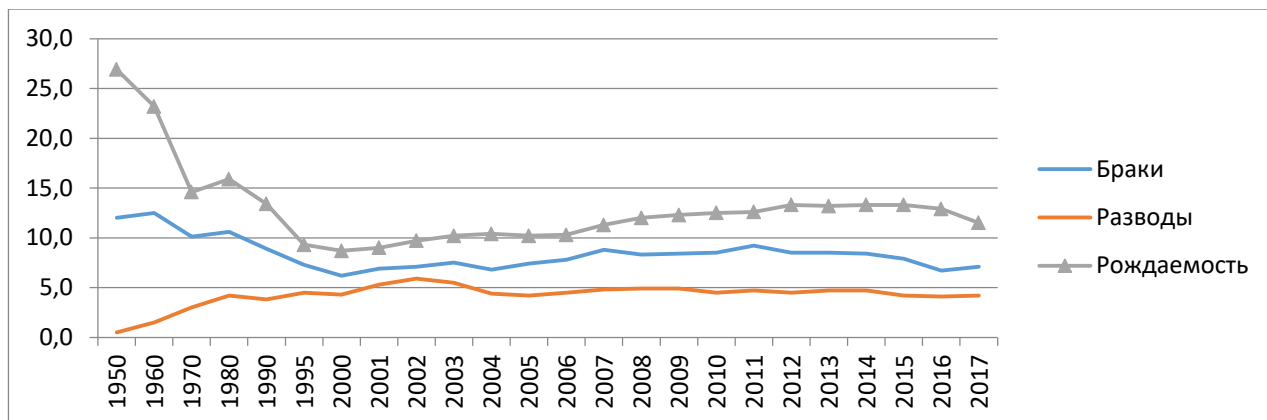


Рисунок 17. Динамика частоты браков и разводов в сопоставлении с уровнем рождаемости на 1000 человек населения РФ в 1950-2017 гг.

В то же время количество браков сократилось чуть менее чем в два раза (с 12 до 7,1). Несмотря на то, что в последнее время государство всячески старается оказать поддержку молодым семьям, осуществляет материальную помощь многодетным семьям, прочность и продолжительность брачных союзов остается на прежнем низком уровне. Брак уже не играет значительную роль в жизни супругов, и поэтому утрачивает свои функции. Возникает множество нестандартных, нетипичных форм брака, среди которых можно выделить наиболее популярный так называемый неформальный брак, т.е. брак, незарегистрированный в соответствующих органах [158].

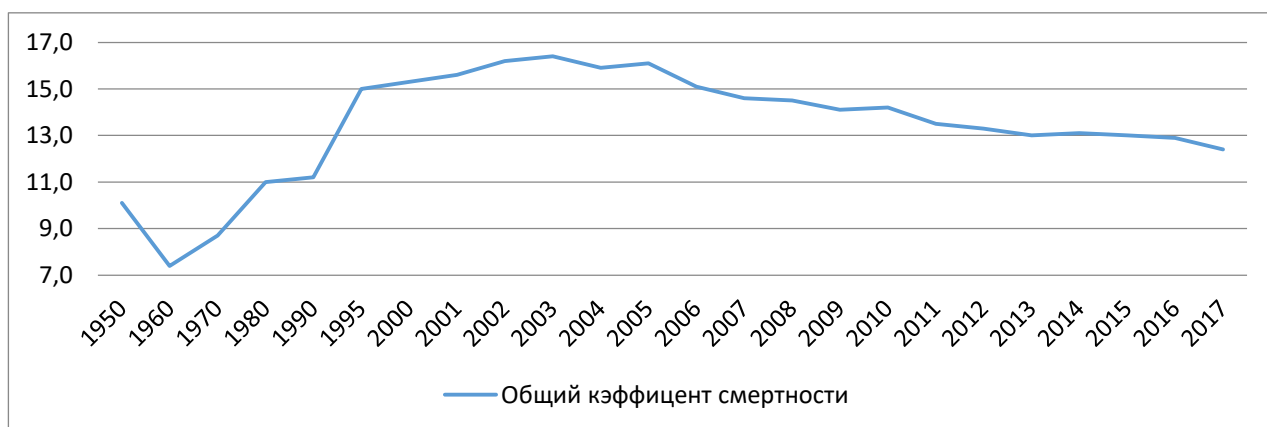


Рисунок 18. Динамика общего коэффициента смертности населения РФ на 1000 человек, 1950-2017 гг.

Общий коэффициент смертности (ОКС) (число умерших от всех причин на 1 тыс. населения) в РФ в 2017 г. составил 12,4 случая на 1 тыс. населения.

При этом рекордно низкий показатель ОКС был отмечен в 1960 г. - 7,4 случая на 1 тыс. населения (рис. 18).

Начиная с 1960 г. данный показатель неуклонно возрастал, и достиг к 1990 г. отметки 11,2 случая на 1 тыс. населения. Однако с 1990 г. по 1995 г., в связи с социально-экономическим кризисом, последовавшем за распадом СССР общий коэффициент смертности увеличился почти в 1,5 раза.

Только с 2005 г., в связи с реализацией целевых программ по снижению смертности от предотвратимых причин и с увеличением государственного финансирования здравоохранения, этот показатель удалось снизить к 2017 г. на 23%. Снижение ОКС также происходило с 1984 по 1987 г., в период реализации антиалкогольной компании (на 10%).

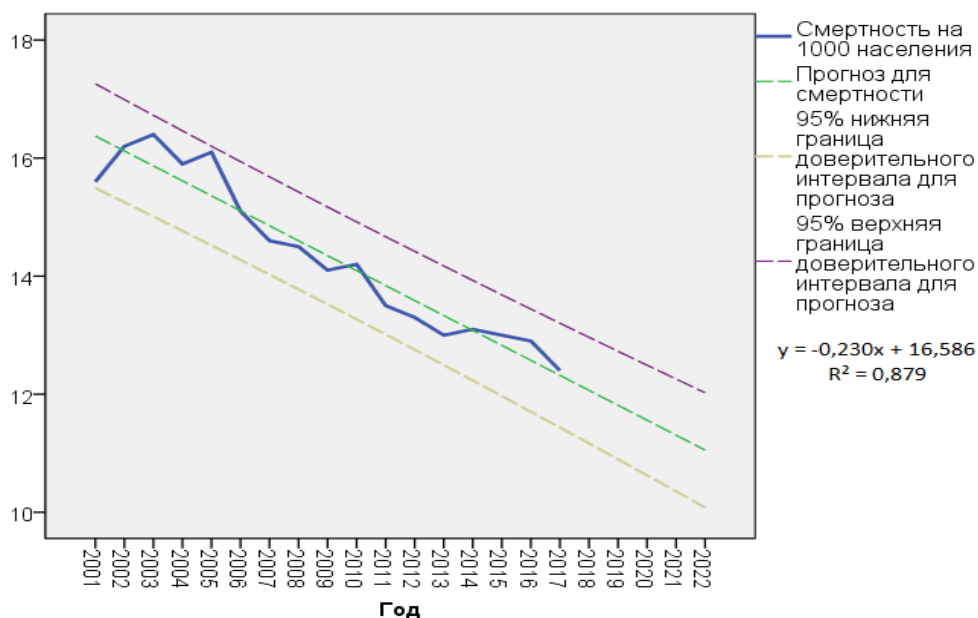


Рисунок 19. Динамика общего коэффициента смертности населения РФ на 1000 человек в 2001-2018 гг. с прогнозом до 2022 г.

Показатель смертности населения РФ на 1000 человек за анализируемый период характеризуется устойчивой тенденцией снижения (рис 19). Темп убыли общего коэффициента смертности к уровню 2001 г. составил 20,5%. Динамика смертности аппроксимируется линейным уравнением тренда с коэффициентом детерминации 0,879. Базовый вариант прогноза предполагает снижение уровня смертности в РФ к 2022 г. до 11,1 на 1000 человек. Согласно оптимистичному

варианту прогноза показатель смертности может снизиться к 2022 году до 10,1 на 1000 человек. При реализации пессимистичного варианта прогноза смертность может вырасти до 12,0 на 1000 человек.

Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни (ОППЖ) при рождении - число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку из некоего гипотетического поколения, родившегося при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения уровень смертности в каждом возрасте остается таким, как в год, для которого вычислен этот показатель [28].

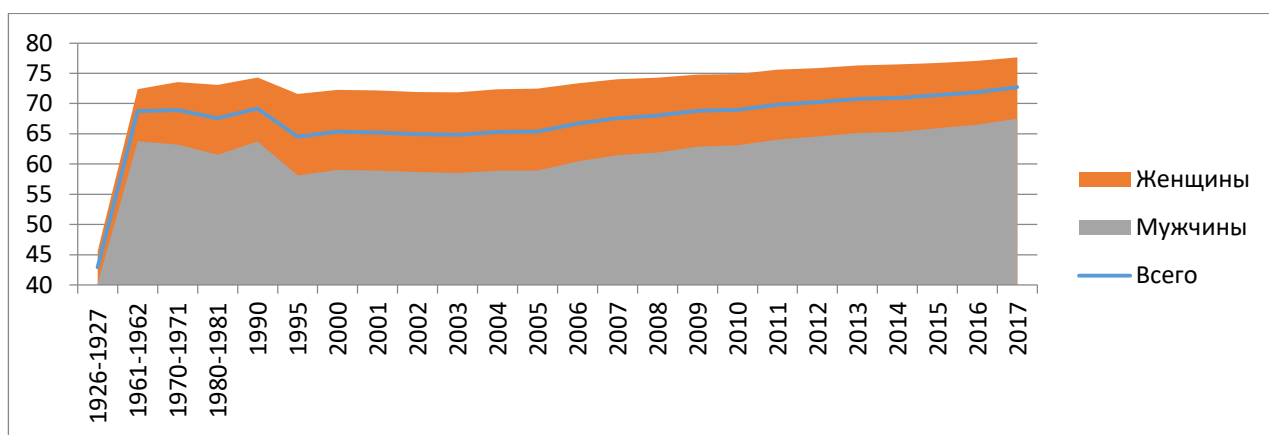


Рисунок 20. Динамика ожидаемой продолжительности предстоящей жизни населения РФ 1926-2017 гг., лет.

На рисунке 20 видно, что с 1926 по 1961 г. ОППЖ увеличилась на 23 года у мужчин и на 26 лет у женщин. Повышение величины ОППЖ почти на 2 года (с 68,0 до 70,1) в период с 1985 по 1987 г. связано с антиалкогольной кампанией, проводимой в СССР. Катастрофическое снижение ОППЖ на 5 лет (с 68,9 до 63,9) в период с 1991 по 1994 г. вызвано социально-экономическим кризисом, связанным с распадом СССР и последующими экономическими реформами, в результате которых произошло резкое повышение уровня смертности в стране. Рост ОППЖ на 3,2 года (с 63,9 до 67,1), с 1994 по 1998 г. (за 4 года), связан с некоторым улучшением социально-экономической обстановки и снижением уровня смертности в стране. Дефолт в 1998 г. снизил величину ОППЖ на 2,2 года (с 67,1 до сверхнизкого уровня - 64,9) в период с 1998 по 2003 г. (за 5 лет). С 2004 г. ОППЖ в РФ начала увеличиваться и

составила в 2017 г. 72,7 лет. Однако ОППЖ остается низкой по сравнению со странами ЕС, в среднем на 5-10 лет. Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006 г. и определенное улучшение социально-экономической обстановки в стране способствовали снижению уровня смертности и, соответственно, увеличению данного показателя на 3,4 года (с 65,4 до 68,8) в период с 2005 по 2009 г. Однако уже в 2009-2010 гг. значение ОППЖ оставалось практически постоянным (68,8-68,9 года) или на 1 год меньше, чем в 1985-1987 гг. в РСФСР. С 2010 по 2013 г., в связи с реализацией целевых программ по снижению смертности от предотвратимых причин и увеличением государственного финансирования здравоохранения, которое было предпринято руководством страны (увеличение тарифов страховых взносов в систему ОМС на 2%), рост ОППЖ составил 1,9 года (с 68,9 до 70,8 лет) [152].

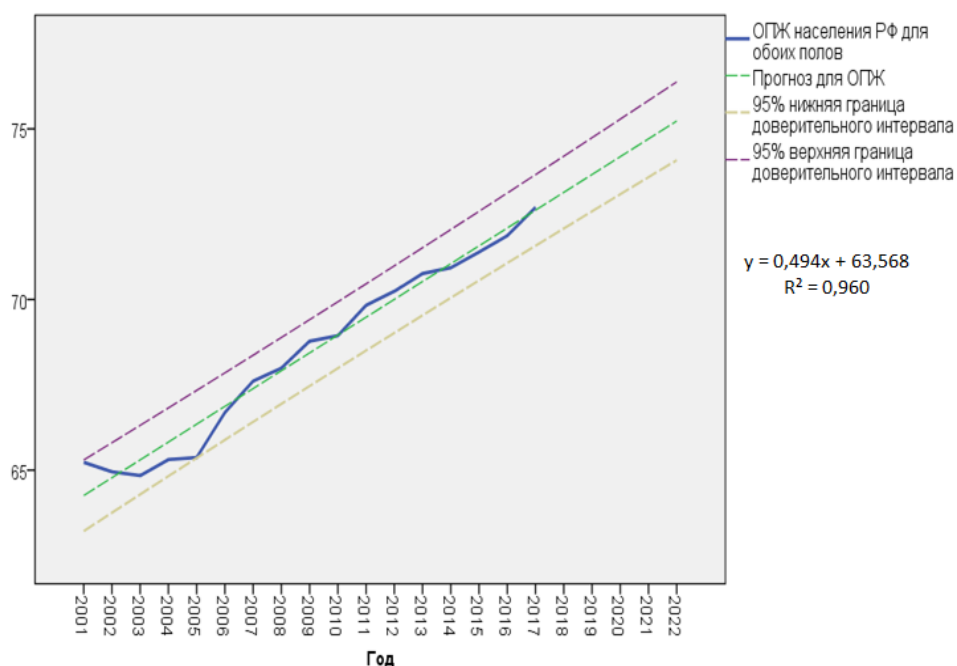


Рисунок 21. Динамика ОППЖ населения РФ в 2001-2018 гг. с прогнозом до 2022 г.

С 2001 по 2017 года отмечается устойчивый рост ОППЖ среди населения РФ (рис. 21). Линейное уравнение тренда объясняет 96% всех наблюдавшихся за рассматриваемый период изменений показателя. В 2017 г. был достигнут рост данного показателя на 11% относительно уровня 2001 г. Согласно

прогнозу, составленному на основании уравнения тренда, уровень ОППЖ может достигнуть 75,2 года к 2022 г. В оптимистичном варианте прогноза ожидаемая продолжительность жизни может составить 76,4 года, в пессимистичном варианте – 74,1.

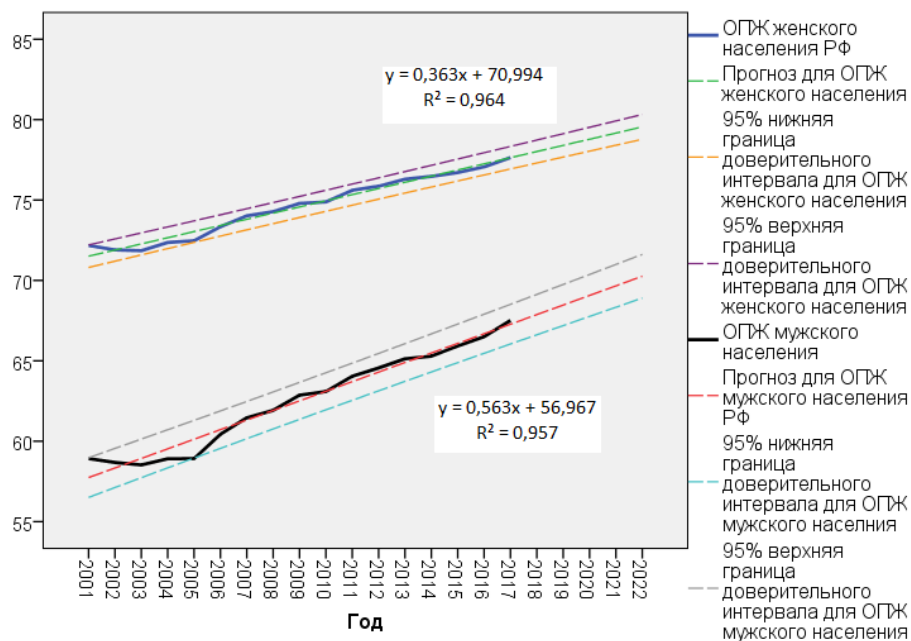


Рисунок 22. Динамика ОППЖ мужского и женского населения РФ в 2001-2018 гг. с прогнозом до 2022 г.

ОППЖ женского населения РФ существенно превышает продолжительность жизни среди мужчин (рис. 22). К 2017 г. ОППЖ женского населения РФ достигла 77,6 лет, для мужского населения - 67,5 лет. Разница в ОППЖ между мужчинами и женщинами менялась от 13,3 (в 2001 г) до 10,1 года (в 2017 г.). Тенденция повышения ОППЖ для мужчин и женщин носит устойчивый характер и аппроксимируется линейными уравнениями тренда с коэффициентами детерминации 0,957 для мужчин и 0,964 – для женщин. Прогнозируемые значения ОППЖ, при сохранении имеющихся тенденций, к 2022 г. могут достигнуть уровня 70,26 (ДИ 95% 68,9 – 71,6) для мужчин и 79,5 (ДИ 95% 78,8-80,3) для женщин.

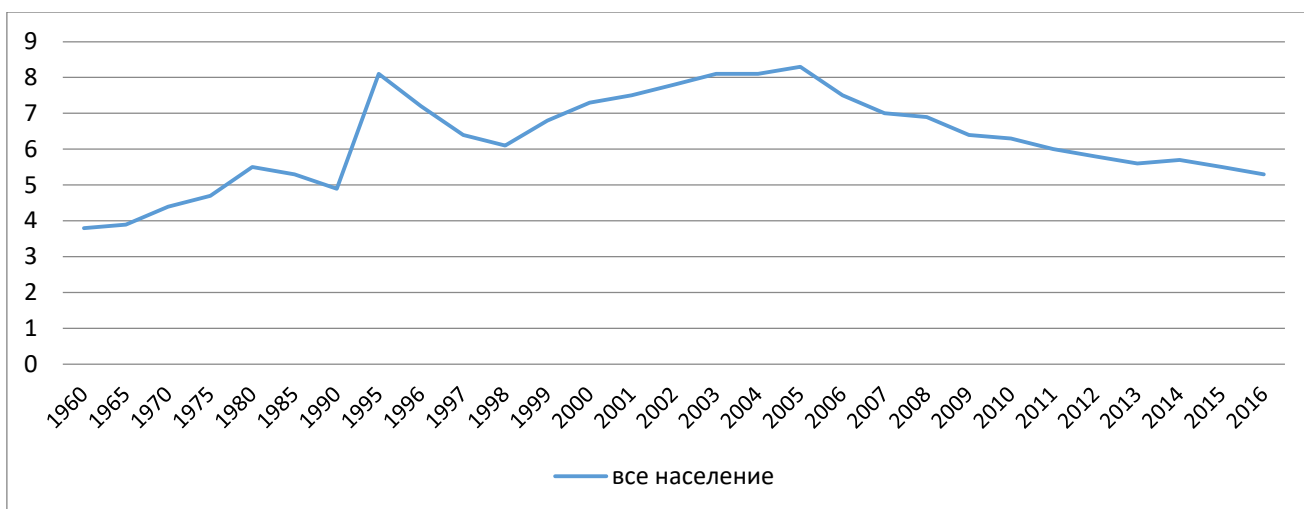


Рисунок 23. Динамика смертности населения РФ в трудоспособном возрасте на 1000 человек, 1960-2016 гг.

В 2016 г. смертность населения РФ в трудоспособном возрасте составила 5,3 на 1000 чел. населения. В 1960 г. этот показатель составлял 3,8 на 1000 человек населения. Особенно заметен почти двукратный рост этого показателя в 1990-1995 гг., связанный с распадом СССР и последующим социально-экономическим кризисом в стране. Несмотря на последующее снижение этого показателя, с 1998 по 2005 г. вновь наблюдается увеличение смертности населения в трудоспособном возрасте, связанное с экономическим кризисом 1998 г. в стране (рис. 23).

С 2001 г. отмечается устойчивая тенденция снижения смертности населения РФ в трудоспособном возрасте, которая аппроксимируется линейным уравнением тренда, объясняющим 81,6% всех наблюдавшихся за рассматриваемый период изменений показателя (рис. 24). С 2011 по 2016 г. смертность в трудоспособном возрасте сократилась на 27%. Прогноз до 2022 г. предусматривает дальнейшее снижение показателя до 4,0 (ДИ 95% 3,0-5,0) на 1000 населения трудоспособного возраста.

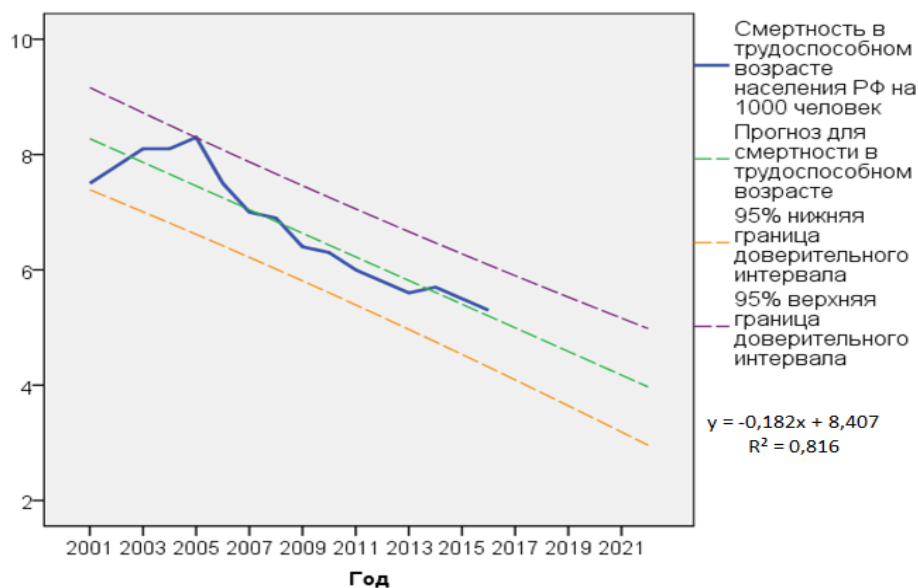


Рисунок 24. Динамика смертности населения РФ в трудоспособном возрасте на 1000 человек в 2001-2016 гг. с прогнозом до 2022 г.

Показатель младенческой смертности рассматривается как оперативный критерий оценки санитарного благополучия населения, уровня и качества медико-социальной помощи, эффективности работы акушерской и педиатрической службы. Динамика этого показателя представлена на рисунке 25.

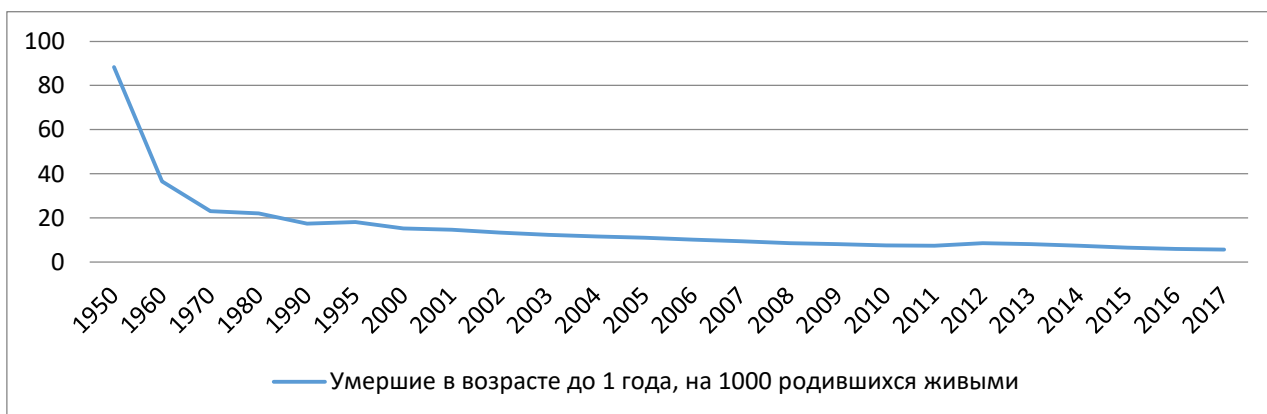


Рисунок 25. Динамика младенческой смертности в РФ на 1000 родившихся живыми, 1950-2017 гг.

На представленном графике видно, что за последние 60 лет младенческая смертность снизилась более чем в 15 раз: с 88,4 в 1950 г. до 5,6 в 2017 г. умерших в возрасте до 1 года (на 1000 родившихся живыми). Несмотря на переход с 2012 г. на расчет показателя по европейской методике (учет

смертности родившихся с массой тела 0,5 кг и выше), положительная динамика снижения этого показателя сохраняется до 2017 г.

По мнению экспертов, сокращение младенческой смертности могло быть более значительным, однако оно сдерживается неблагоприятными тенденциями в репродуктивном здоровье населения РФ. Из 4 млн. девушек в возрасте от 16 до 18 лет абсолютно здоровыми являются 3-20%, остальные страдают теми или иными заболеваниями (в том числе злоупотребляют алкоголем и принимают наркотики), влияющими на репродуктивную функцию женского организма. В структуре причин младенческой смертности более 2/3 случаев смерти приходится на перинатальный период и врожденные аномалии, т.е. на заболевания, связанные со здоровьем матери [158].

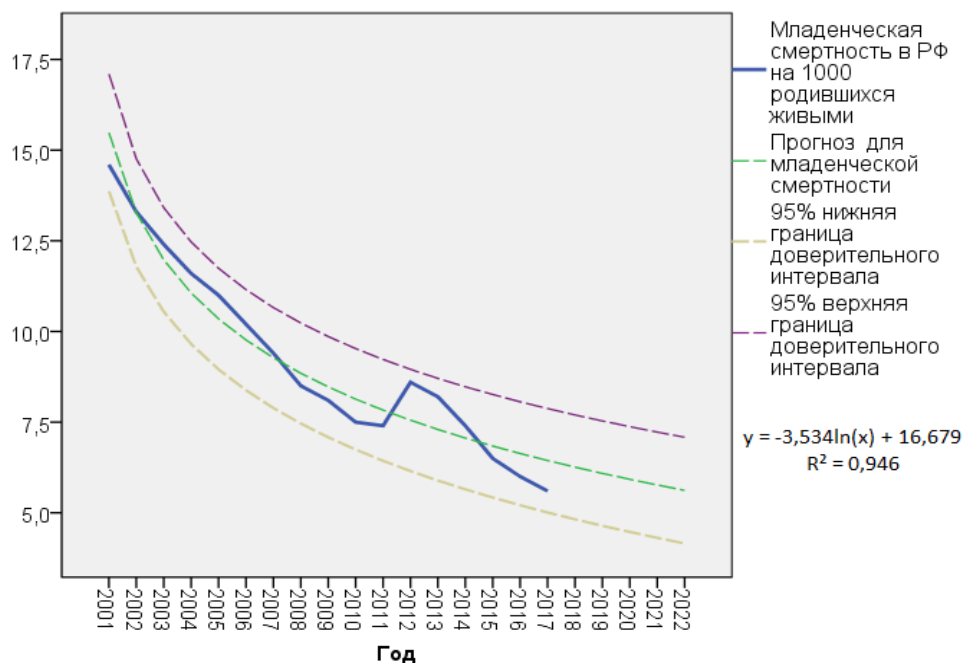


Рисунок 26. Динамика младенческой смертности в РФ на 1000 родившихся живыми, 2001-2017 гг. с прогнозом до 2022 г.

Динамика младенческой смертности характеризуется прогрессирующим, но неравномерным снижением данного показателя (рис. 26). Темп убыли младенческой смертности по отношению к 2001 г. в 2017 г. составил 60%. При этом был отмечен цепной темп роста данного показателя в 2012 г. на 16%. Логарифмическое уравнение тренда с коэффициентом детерминации 0,946 позволило сделать прогноз показателя на 2022 г., составивший 5,6 (ДИ 95% 4,1

– 7,0) на 1000 родившихся живыми. Учитывая существенный темп снижения признака, более вероятным представляется оптимистичный вариант прогноза, соответствующий нижней границе доверительного интервала.

На рисунке 27 представлены данные о смертности населения РФ по отдельным классам заболеваний.

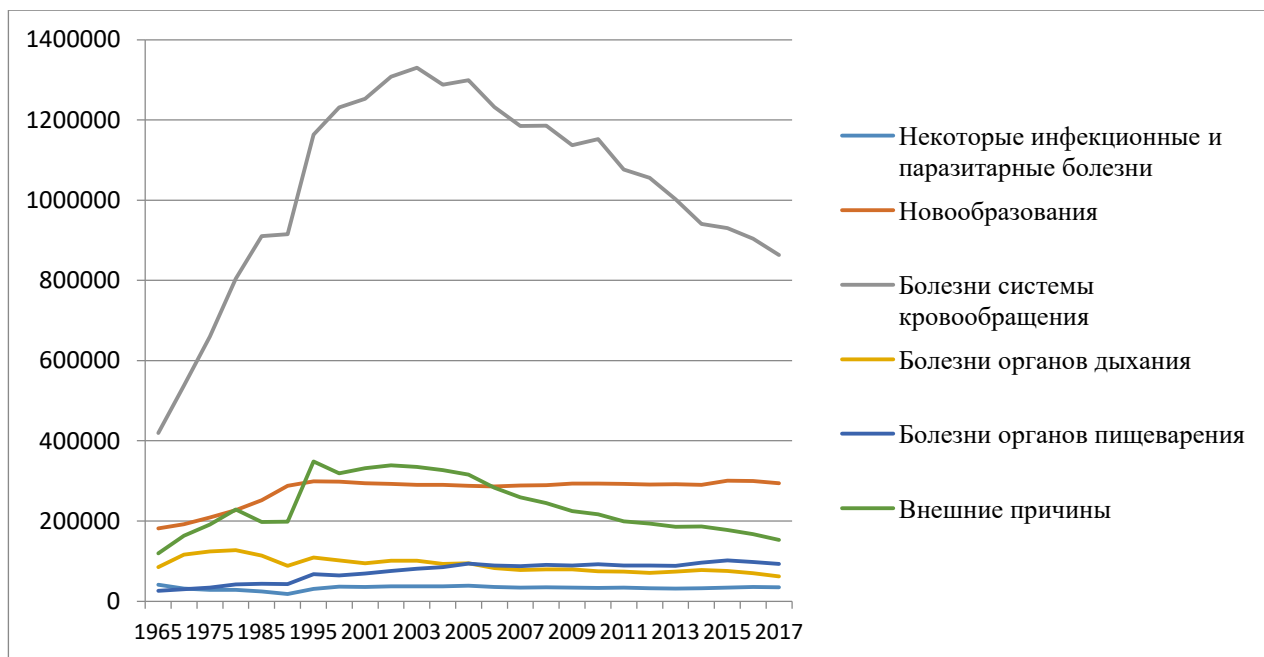


Рисунок 27. Динамика абсолютных случаев смерти от основных классов заболеваний среди населения РФ в 1965-2017 гг..

На рисунке видно, что последние 50 лет основной причиной смерти населения России являются болезни системы кровообращения (БСК). На втором месте по причинам смертности находятся новообразования. На третьем месте – смертность от внешних причин. В 1995-2005 гг. отмечался значительный рост смертности от внешних причин, который был связан с тяжелым социально-экономическим положением в стране. Необходимо отметить тенденцию увеличения смертности от болезней органов пищеварения, при снижении смертности от болезней органов дыхания в середине 2000-х гг.

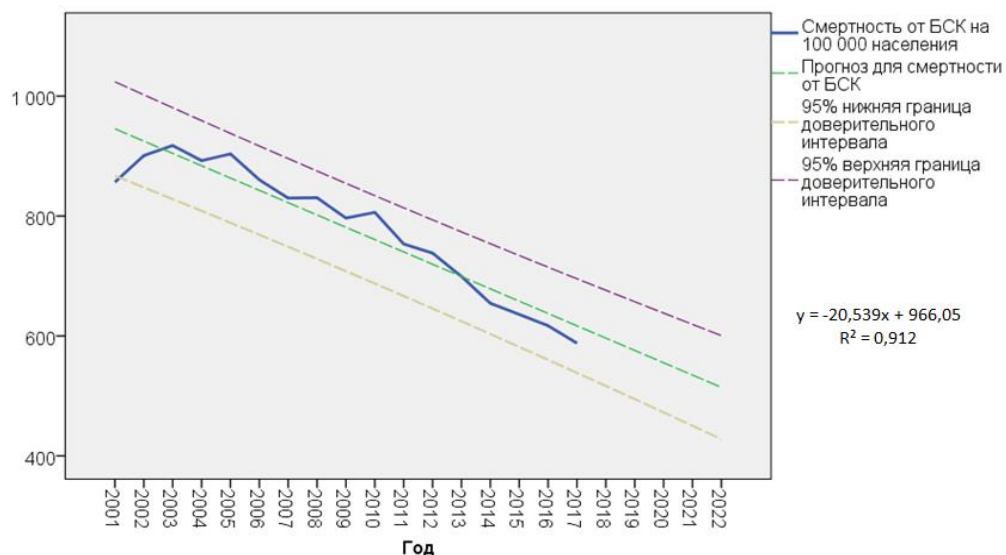


Рисунок 28. Динамика смертности населения РФ от болезней системы кровообращения на 100000 человек, 2001-2017 гг. с прогнозом до 2022 г.

В 2001-2017 гг. отмечается устойчивая тенденция снижения смертности от болезней органов кровообращения (рис 28). Относительно 2001 года смертность от БСК снизилась на 31,3% и составила 587,8 на 100000 населения. Устойчивость тенденции подтверждается ее аппроксимацией линейным трендом с коэффициентом детерминации 0,912. К 2022 году прогнозируется дальнейшее снижение смертности населения РФ от БСК до 514,2 (ДИ 95% 427,8 – 600,6) на 100000 населения.

Смертность населения РФ от новообразований характеризуется отсутствием устойчивой тенденции снижения или повышения показателя. Наибольший уровень показателя пришелся на 2009 г. и составил 205,7 на 100000 населения, наименьший был отмечен в 2006 г. – 199,9 на 100000 населения. В связи с этим прогностическую модель удалось создать только после выравнивания динамического ряда при помощи скользящих средних (рис. 29). Было получено полиномиальное уравнение тренда с коэффициентом детерминации 0,664.

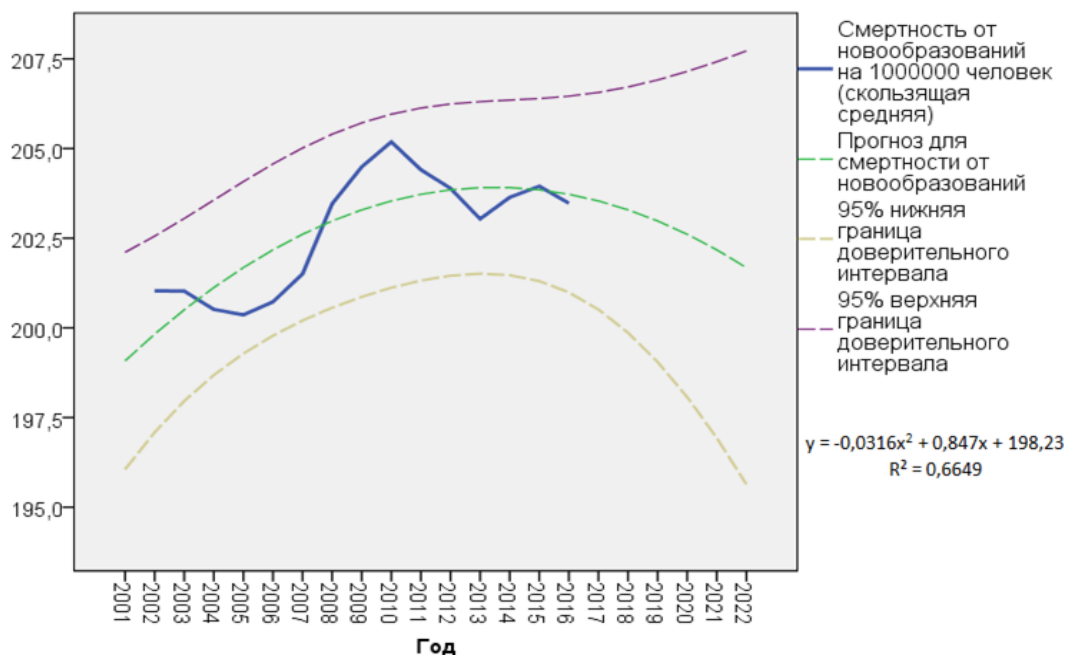


Рисунок 29. Динамика смертности населения РФ от новообразований на 100000 человек (скользящая средняя), 2002-2016 гг. с прогнозом до 2022 г.

Базовый уровень прогноза смертности населения РФ от новообразований отражает отсутствие существенных изменений и соответствует значению 201,7 на 100000 населения, в то время как оптимистичный и пессимистичный вариант прогноза варьируют в довольно широких пределах - ДИ 95% составил 195,6-207,7 на 100000 населения.

Динамика смертности от внешних причин в с 2001 г. в РФ характеризуется прогрессирующим, но неравномерным снижением. На протяжении анализируемого периода произошло снижение данного показателя на 54% - с 266,7 на 100000 населения до 104,0 на 100000 населения. Наилучшую аппроксимацию динамики смертности от внешних причин обеспечивает полиномиальное уравнение тренда ($R^2=0,966$). Прогноз динамики для данного показателя к 2022 г. показывает возможность снижения его уровня до 74,5 на 100000 населения с доверительным интервалом от 34,8 до 114,3 на 100000 населения (рис. 30).

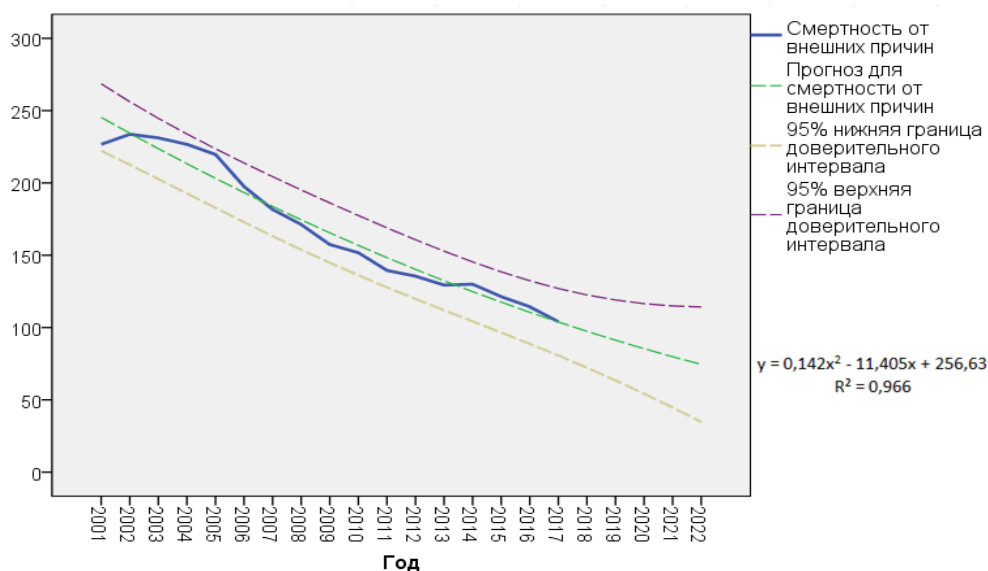


Рисунок 30. Динамика смертности населения РФ от внешних причин на 100000 человек, 2002-2017 гг. с прогнозом до 2022 г.

Для смертности от болезней органов дыхания в РФ на протяжении 2001-2017 гг. отмечен нисходящий тренд. Темп убыли показателя по отношению 2001 г. достиг 34,8%. Динамика сокращения смертности от болезней органов дыхания объясняется полиномиальным уравнением тренда на 84,7%. Согласно прогнозу, уровень смертности от данной причины к 2022 г. может составить 43,6 (ДИ 95% 29,3-58,0) на 100000 населения (рис. 31).

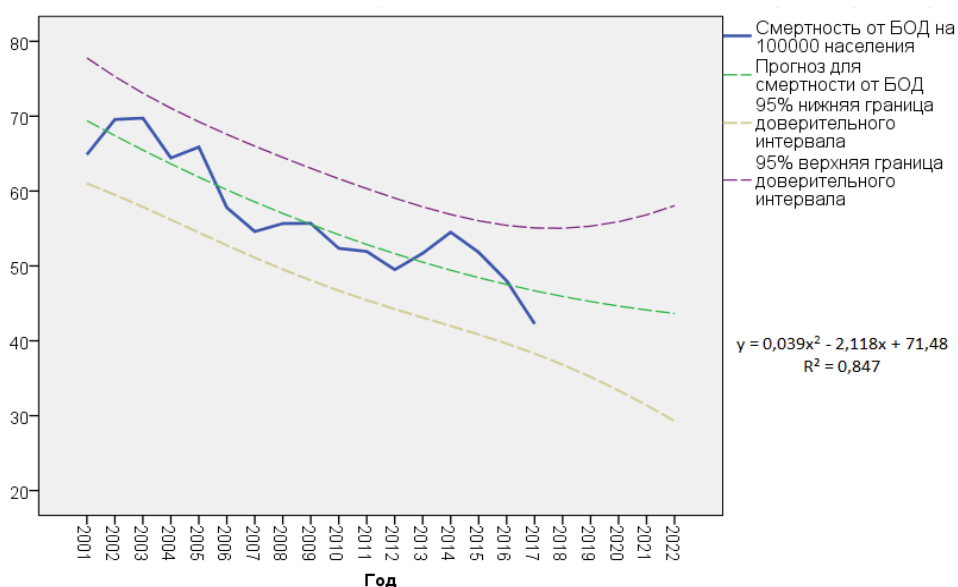


Рисунок 31. Динамика смертности населения РФ от болезней органов дыхания на 100000 человек, 2002-2017 гг. с прогнозом до 2022 г.

Смертность от болезней органов пищеварения характеризуется тенденцией роста показателя (рис. 32). Максимальное значение показателя было достигнуто в 2015 г. – 69,7 на 100000 населения, что составило 46,8% к уровню 2001 г. В 2017 г. прирост к базовому уровню составлял 33,5%. Для прогнозирования показателя к 2002 г. было выбрано логарифмическое уравнение тренда ($R^2=0,793$). Согласно прогнозу предполагается дальнейший рост смертности от данной причины до уровня до 68,5 (ДИ 95% 62,5-74,5) на 100000 населения.

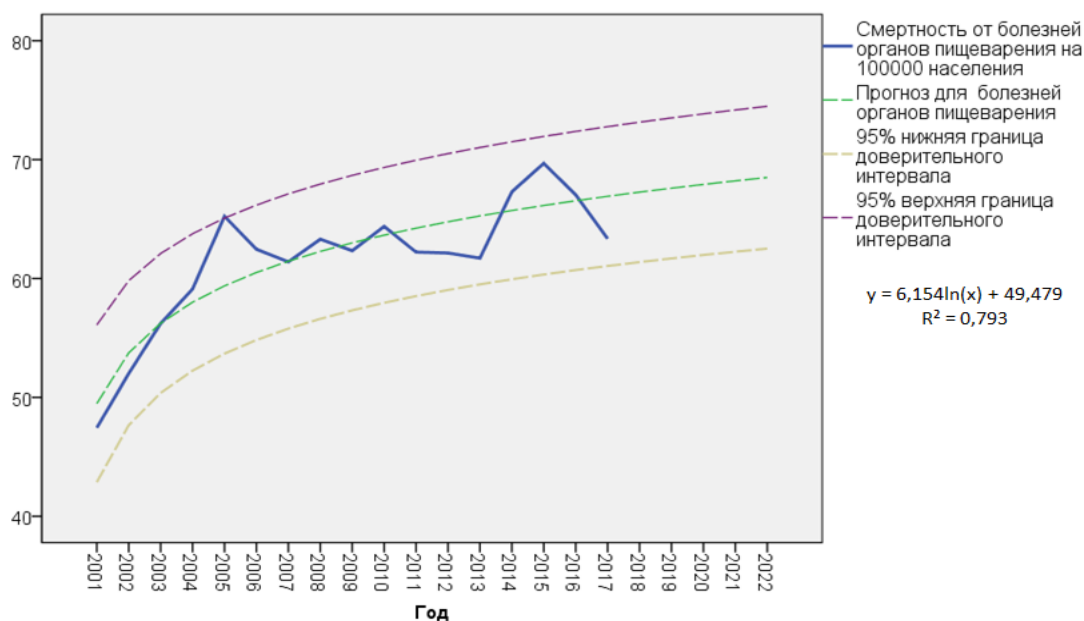


Рисунок 32. Динамика смертности населения РФ от болезней органов пищеварения на 100000 человек, 2002-2017 гг. с прогнозом до 2022 г.

Смертность от инфекционных и паразитарных болезней характеризуется неустойчивой тенденцией с чередованием периодов роста и снижения. Прогноз на 2022 г., полученный при помощи полиномиального уравнения тренда, составил 23,3 (ДИ 95% 19,4-27,2) на 100000 населения.

С 1992 г. первичная заболеваемость населения РФ (число впервые в жизни диагностированных заболеваний в течение 1 года) неуклонно растет. Это отчасти неизбежное следствие старения населения, отчасти же - результат изменения образа жизни и ухудшения состояния здоровья населения, о котором можно судить по данным, относящимся к определенным возрастно-половым

группам и отдельным группам заболеваний. Кроме того, уровень заболеваемости в значительной степени зависит также от полноты охвата населения медицинской помощью, ее качества и, соответственно, полноты выявления случаев заболеваний. В 1992 г. было зафиксировано 614,6 случаев заболеваний, а в 2016 г. уже 785,3 случаев на 1000 человек населения, при этом прирост показателя составил 27,8% (рис. 33).



Рисунок 33. Динамика первичной заболеваемости в РФ на 1000 человек, 1992-2016 гг.

К 2022 г. прогнозируется дальнейший рост показателя первичной заболеваемости населения РФ на 1000 человек. Учитывая наличие чередования периодов роста и снижения показателя, было проведено выравнивание динамического ряда при помощи скользящей средней (рис. 34). Для прогнозирования было выбрано логарифмическое уравнение тренда. Коэффициент аппроксимации уравнения тренда составил 0,864. Согласно базовому варианту прогноза к 2022 г. ожидается, что уровень первичной заболеваемости среди населения РФ составит 807,5 случаев на 1000 населения. Верхняя граница 95%-ного доверительного интервала для прогноза первичной заболеваемости определена на уровне 826,0 на 1000 человек. Прогностический уровень первичной заболеваемости для нижней границы доверительного интервала соответствует 788,9 на 1000 человек.

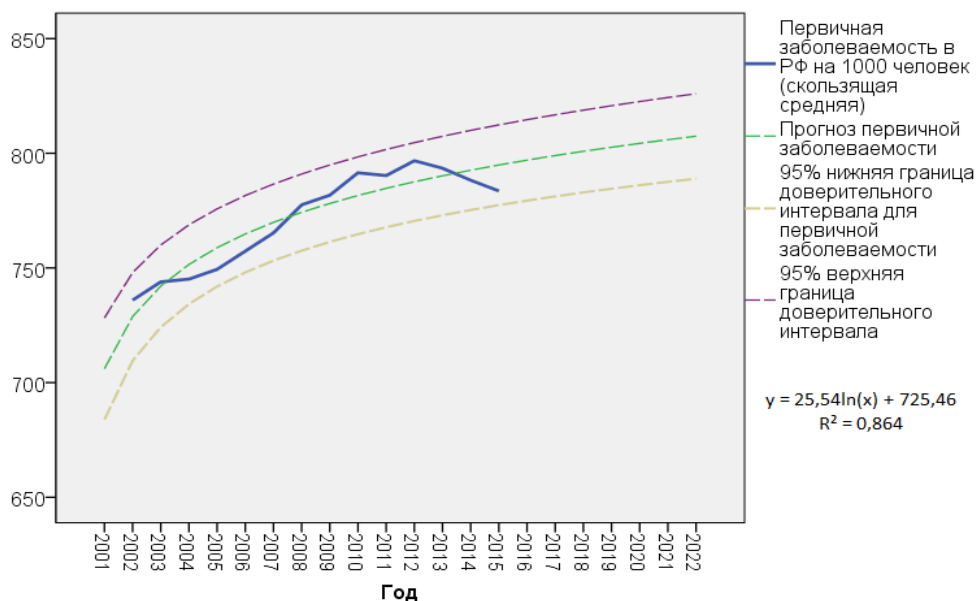


Рисунок 34. Динамика скользящей средней первичной заболеваемости в РФ на 1000 человек, 2001-2016 гг. с прогнозом до 2022 года.

Общая заболеваемость с 1992 г. также неуклонно растет, что объясняется, с одной стороны, ростом доли пожилого населения и более эффективной диагностикой заболеваний, с другой - ухудшением здоровья населения и неэффективностью системы профилактики и лечения заболеваний [43]. Если в 1992 г. было зарегистрировано 1046,2 случая заболеваний, то в 2016 г. было зарегистрировано уже 1617,7 случаев заболеваний (рис. 35). Прирост показателя в 2016 году к базовому уровню достиг 54,6%.

Реальная заболеваемость может быть еще выше, чем регистрируемая. Это связано с тем, что часть населения из-за низкой доступности медицинской помощи, особенно ПМСП, просто не обращается в медицинские организации.

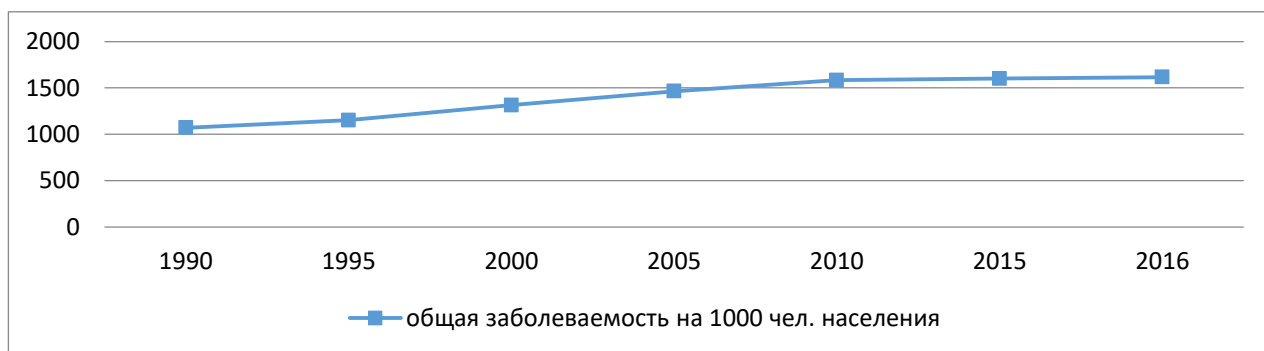


Рисунок 35. Динамика общей заболеваемости в РФ на 1000 человек, 1992-2016 гг.

Тенденция роста общей заболеваемости среди населения РФ на протяжении 2001-2016 гг. может быть отражена логарифмическим уравнением тренда с коэффициентом аппроксимации 0,942. Согласно прогнозу, в 2022 г. ожидается дальнейший рост уровня показателя до 1667,5 (ДИ 95% 1611,3–1723,7) случаев на 1000 человек (рис. 36).

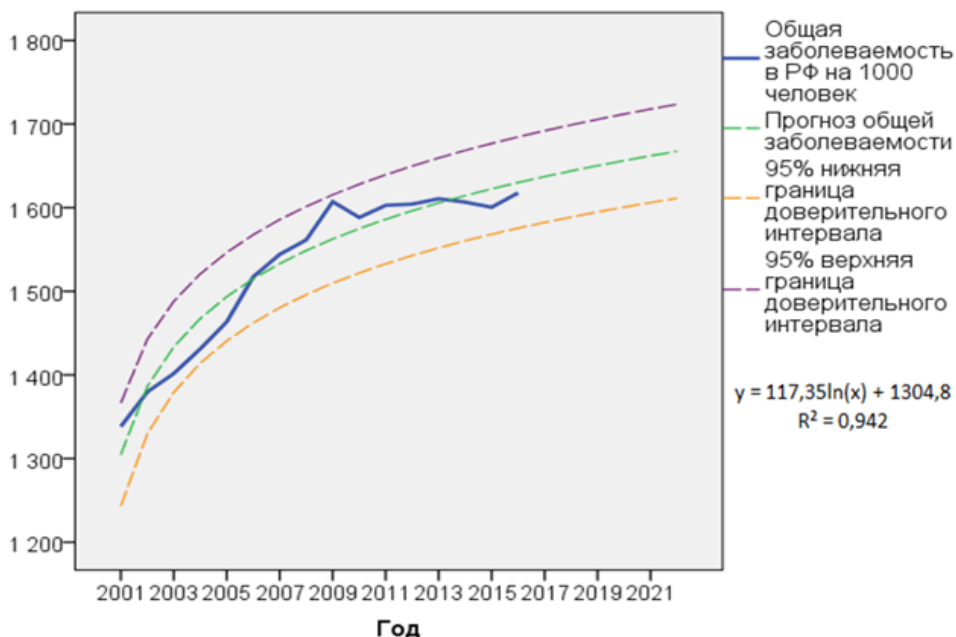


Рисунок 36. Динамика общей заболеваемости в РФ на 1000 человек, 2001-2016 гг. с прогнозом до 2022 года.

На фоне долговременной тенденции роста заболеваемости (от всех болезней в целом) постепенно изменяется ее структура. В совокупности первичной заболеваемости за последние 25 лет преобладают заболевания дыхательной системы. В 2016 г. этот показатель составлял 35161,2 на 100000 человек населения, что составило 46% от всех впервые выявленных заболеваний (рис. 37).

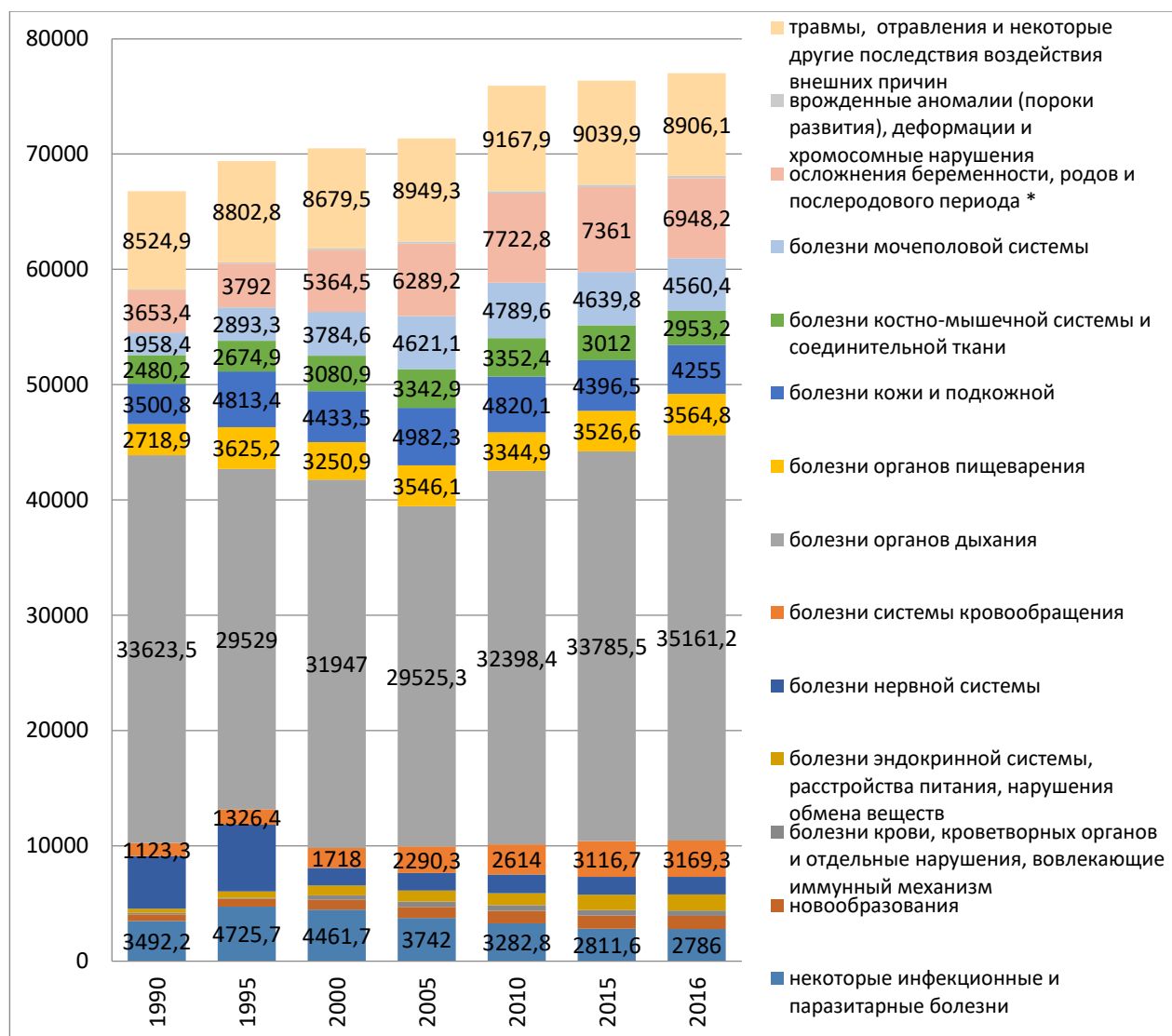


Рисунок 37. Динамика первичной заболеваемости по основным классам с 1990 г. по 2016 г. (на 100 тыс. населения).

Далее следуют травмы, отравления и др. последствия внешних причин: 8906,1 на 100000 человек населения в 2016 г (11% от всех случаев первичной заболеваемости). С 1990 по 2016 г. отмечается увеличение количества: осложнений беременности, родов и послеродового периода на 90% (с 3653,4 до 6948,2), болезней мочеполовой системы в 2,3 раза (с 1958,4 до 4560,4), болезней кожи и подкожной клетчатки на 21,5 % (с 3500,8 до 4255), болезней органов пищеварения на 31,1% (с 2718,9 до 3564,8), болезней системы кровообращения в 2,8 раз (с 1123,3 до 3169,3), новообразований в 2 раза (с 554,7 до 1137,3). За этот же период отмечается снижение количества: болезней нервной системы на

66,8% (с 4582,3 до 1521,2), а также снижение некоторых инфекционных и паразитарных болезней на 20,2% (с 3492,2 до 2786).

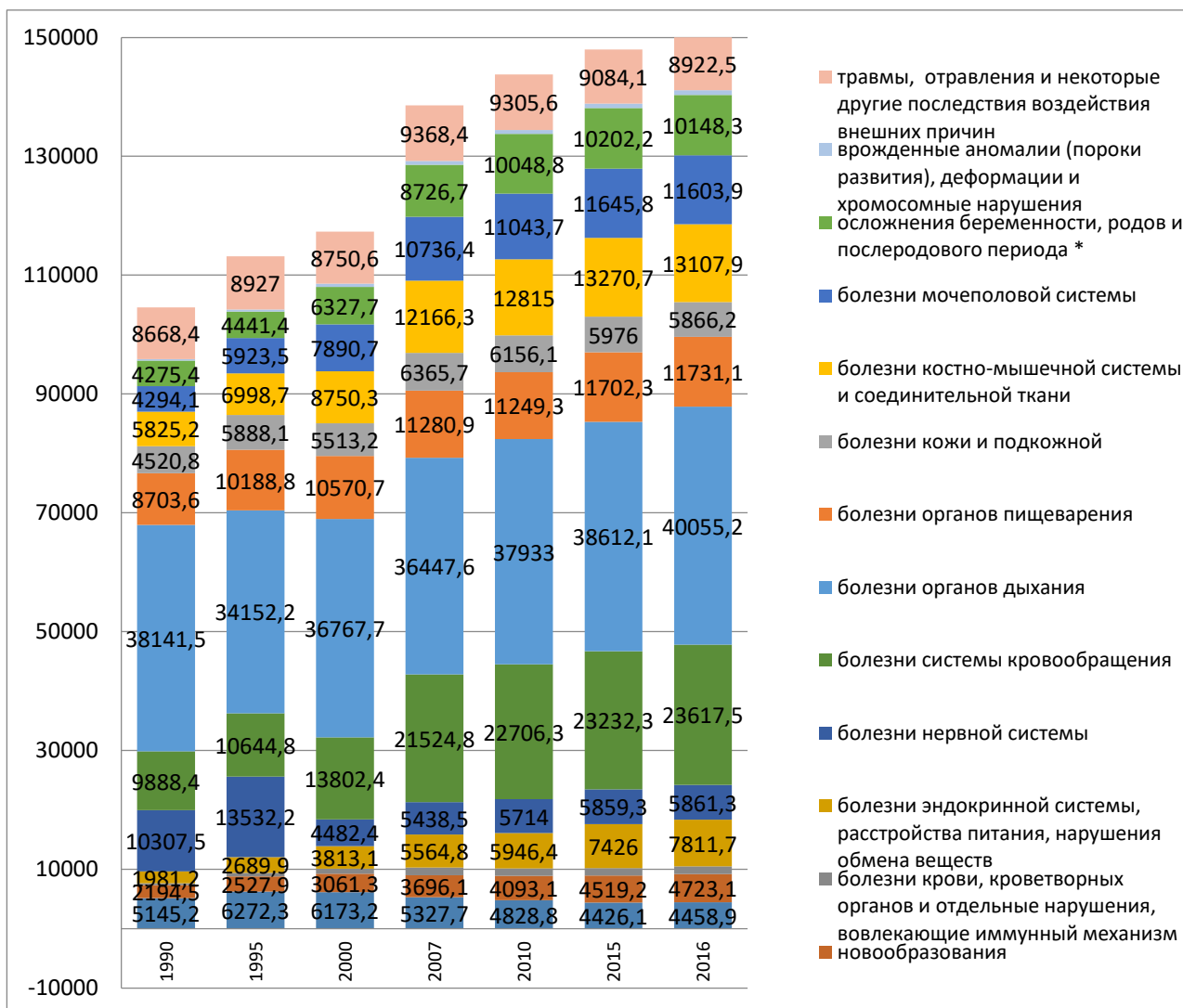


Рисунок 38. Динамика общей заболеваемости по основным классам с 1990 г. по 2016 г. (на 100 тыс. населения).

В общей заболеваемости на 100000 человек населения в 2016 г. преобладали заболевания органов дыхания – 26% (40055,2) и болезни системы кровообращения – 16% (23617,5). Далее следовали болезни костно-мышечной системы – 9% (13107,9), болезни мочеполовой системы и болезни органов пищеварения – по 8% (11603,9 и 11737,1), осложнения беременности, родов и послеродового периода -7% (10148,3), а также травмы, отравления и др. последствия внешних причин – 6% (8922,5).

На рисунке 38 видно, что в 2016 г., по сравнению с 1990 г., на 57% снизилось число болезней нервной системы (с 10307,5 до 5861,3 на 100000 человек населения), в 2,4 раза увеличилось количество заболеваний системы кровообращения, в 3,9 раз возросло количество болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, в 2,1 раза увеличилось количество новообразований, в 2,2 раза увеличилось количество заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, в 2,7 раз увеличилось количество болезней мочеполовой системы, в 2,4 раза увеличилось количество осложнений беременности, родов и послеродового периода.

Рассматривая динамику показателя первичной инвалидности в РФ видно, что с 1970 г. данный показатель значительно возрос к 2005 г. (с 26,6 до 156,9 на 10 000 чел. населения) (рис 39).

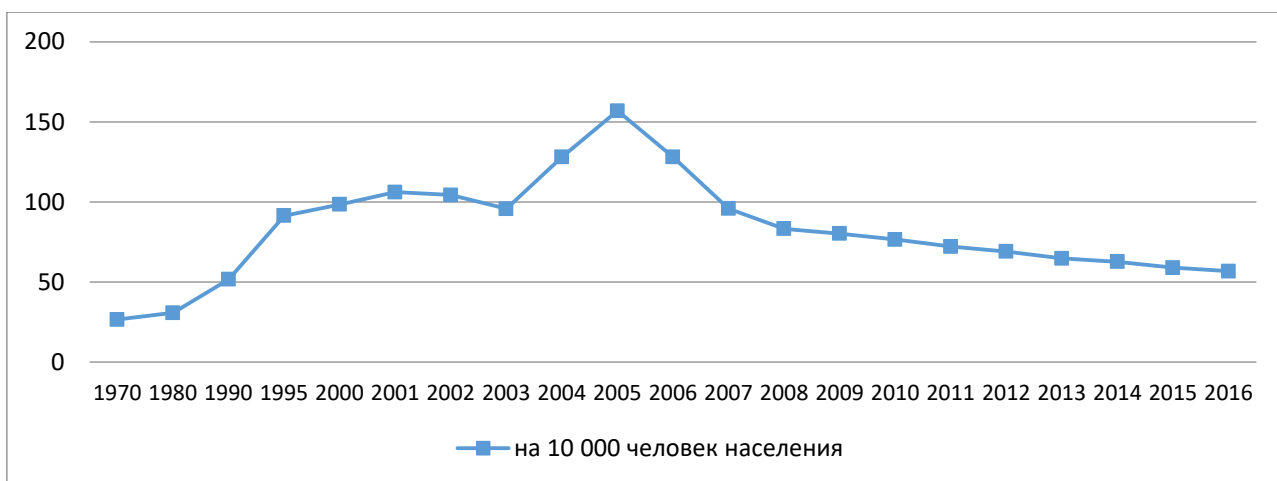


Рисунок 39. Динамика уровня первичной инвалидности в Российской Федерации в 2070-2016 гг. (на 10 тыс. населения)

Увеличение в 1995 г. численности инвалидов - результат вступившего в действие Федерального закона N 5-ФЗ «О ветеранах» от 12 января 1995 г., согласно которому участники войны, инвалиды получили право на получение двух пенсий — по возрасту и по инвалидности. Решающее значение имел всплеск инвалидности в 2004-2006 гг. (156,9 на 10 000 чел. населения в 2005 г.). Однако к 2006 г. показатель снизился в 2,7 раз и составил 56,8 в 2016 г. Всплеск инвалидности в 2005 г., скорее всего, был связан с введением федеральной

программы дополнительного лекарственного обеспечения, когда регионы предпочли увеличить число граждан, имеющих льготы по этой программе. А последующее снижение было связано с административным регулированием этого процесса.

Таким образом, рост инвалидности в РФ определялся следующими факторами: социальной политики в отношении инвалидов, социальными и экономическими трансформациями в России и в бывшем СССР (рост инфляции, увеличение безработицы и падение уровня жизни), развитием системы поддержки малообеспеченных категорий населения, ростом заболеваемости и инвалидности (в результате травм, ранений, отравлений и других причин, характерных для социальной ситуации 1990-х годов, в частности последствий боевых действий).

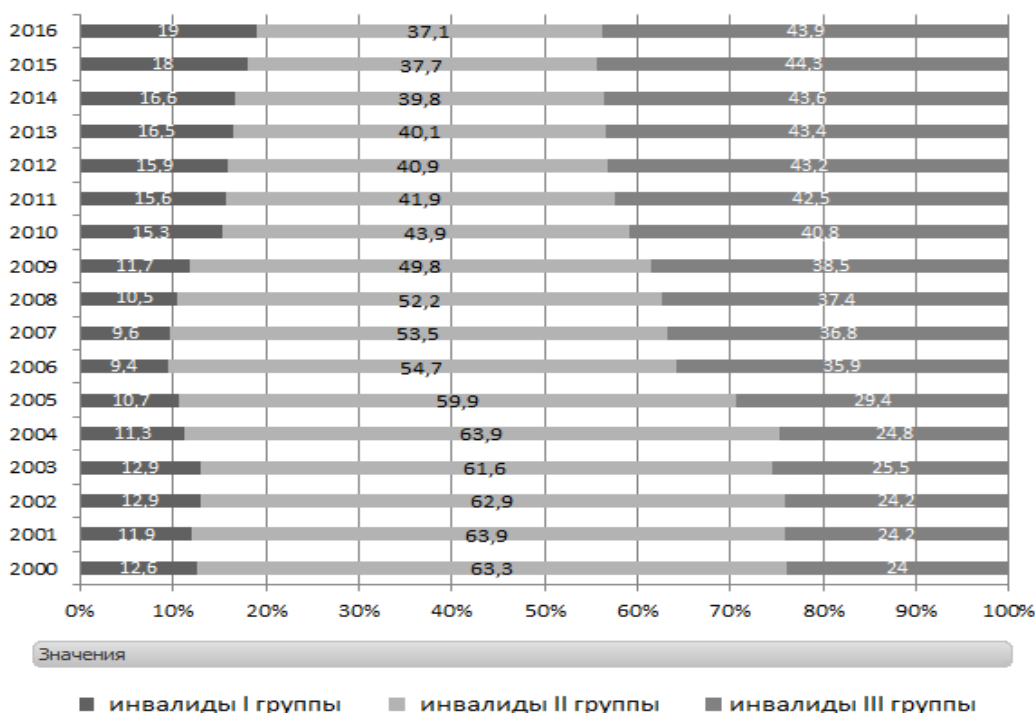


Рисунок 40. Динамика структуры первичной инвалидности в Российской Федерации в 2000-2016 гг.

В структуре впервые установленной инвалидности по группам за анализируемый период произошли существенные изменения (рис. 40). Можно отметить существенное сокращение доли первичной инвалидности второй группы с 63,3% в 2000 г. до 37,1% в 2016 г. Начиная с 2011 г. первое ранговое

место в структуре первичной инвалидности начинает занимать впервые установленная инвалидность третьей группы. В 2016 г. инвалиды I группы составляли 19% (11,3% в 1995 г.), II группы – 37,1% (74,2% в 1995 г.), III группы – 43,9% (14,5% в 1995 г.).

При прогнозировании показателя первичной инвалидности в РФ на 10000 населения приходится учитывать резкий скачок показателя в 2005 г. оставив его за пределами базы для формирования прогноза, в связи с этим период упреждения был сокращен с 2022 г. до 2020 г.

При анализе динамики первичной инвалидности взрослого населения РФ за 12 лет (2005-2016 гг.) можно отметить устойчивую тенденцию снижения данного показателя с величиной коэффициента аппроксимации для логарифмического уравнения тренда 0,957.

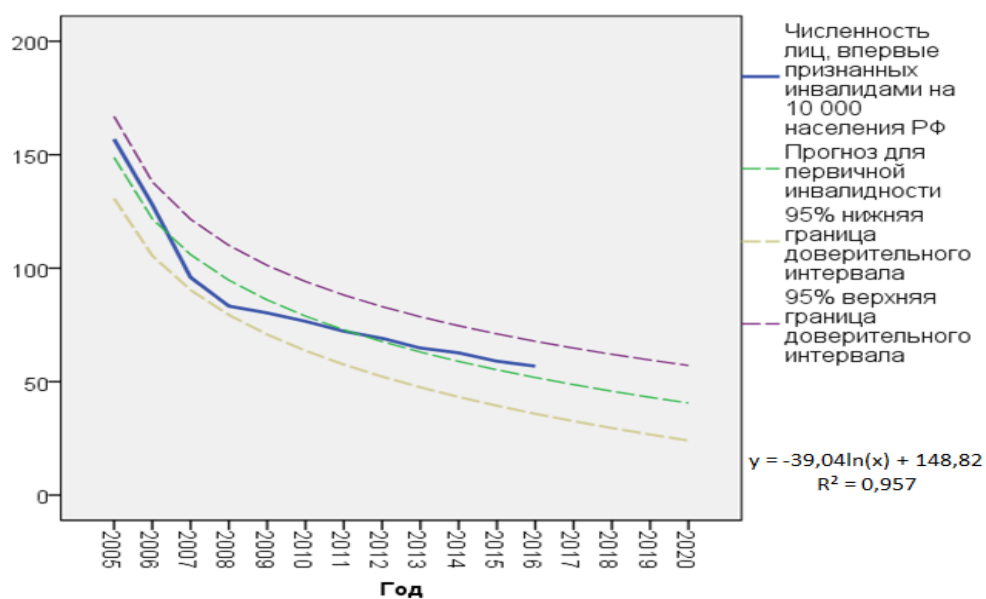


Рисунок 41 Динамика уровня первичной инвалидности на 10 тыс. населения в РФ в 2005-2016 гг. с прогнозом до 2020 г.

Прогноз первичной инвалидности на 10 000 населения в РФ к 2020 году предполагает дальнейшее снижение показателя до 40,6 (ДИ 95% 24,0–57,1) (рис 41).



Рисунок 42. Динамика доли лиц трудоспособного возраста среди лиц, впервые признанных инвалидами в РФ в 2005-2016 гг., с прогнозом до 2020 г.

Доля лиц трудоспособного возраста среди всех лиц, впервые признанных инвалидами, относительно стабильна и составила в 2016 г. 47,0%, в то время, как в 2000 г эта доля составляла 49,8% (37,7% в 1995 г.) (рис 42). Снижение доли лиц трудоспособного возраста в 2005 г. связано с введением федеральной программы дополнительного лекарственного обеспечения и повышения удельного веса старших возрастных групп среди лиц, впервые признанных инвалидами.

Таким образом, социально-экономические преобразования в России за последние три десятилетия привели к существенным изменениям в демографической ситуации населения страны. Неблагоприятные тенденции, ведущие к депопуляции, следует рассматривать как угрозу социальному благополучию и экономическому развитию страны.

Согласно прогнозам, выполненным при помощи уравнений тренда до 2022 г., при сохранении имеющихся тенденций, численность населения РФ может увеличиться до 150,3 (ДИ 95% 149,2-151,3) млн. человек, при этом ожидается сокращение численности трудоспособного населения до 76,5 (ДИ 95% 74,7-78,3) млн. человек с одновременным увеличением численности возрастных групп моложе и старше трудоспособного возраста до 33,4(ДИ 95% 32,1-34,6) и 42,9 (ДИ 95% 41,9-44,0) млн. человек соответственно.

Прогнозируется сохранение превышения численности женского населения над мужским на 9,9 млн. человек. Предполагается, что к 2022 г уровень рождаемости может составить 11,8 (ДИ95% 9,0-13,7) на 1000 населения, смертности - 11,1 (ДИ95% 10,1-12,0) на 1000 населения. Отсутствие перспектив роста рождаемости в условиях старения населения указывает на то, что положительного естественного прироста населения можно достигнуть только за счет снижения смертности. Сохранение к 2022 г. уровня суммарный коэффициент рождаемости ниже необходимого для воспроизводства населения - 1,74 (ДИ95% 1,54-1,95) указывает на то, что главным источником роста численности населения РФ будет являться миграционный прирост. К 2022 году ожидаемая продолжительность жизни населения РФ может достигнуть - 75,2 (ДИ95% 74,1-76,4). При этом сохранится существенная гендерная разница ОПЖ - 70,26 (ДИ 95% 68,9 – 71,6) для мужчин и 79,5 (ДИ 95% 78,8-80,3) для женщин.

С существенной долей вероятности к 2022 году можно ожидать дальнейшего снижения смертности населения в трудоспособном возрасте до 4,0 (ДИ 95% 3,0-5,0) на 1000 населения трудоспособного возраста и сохранения младенческой смертности на уровне 5,6 (ДИ 95% 4,1–7,0) на 1000 родившихся живыми. По отдельным классам заболеваний прогнозируется снижение смертности от БСК, внешних причин, БОД, рост смертности от болезней органов пищеварения и неустойчивая тенденция смертности от онкологических заболеваний. При прогнозировании динамики заболеваемости населения РФ, к 2022 г. предполагается дальнейший рост первичной (до 807,5 (ДИ95% 788,9-826,0) на 100000 человек) и общей (1667,5 (ДИ 95% 1611,3–1723,7) на 100000 человек) заболеваемости. При этом ожидается снижение показателя первичной инвалидности до 40,6 (ДИ 95% 24,0–57,1) на 10 000 человек, при преобладании среди впервые признанных инвалидами лиц, получивших третью группу.

4.2. Образ жизни и благосостояние населения

Н.А. Семашко еще в самом начале XX в. утверждал, что социальный фактор доминирует над генетическим, и в 1927 г. в предисловии к книге профессора П.Б. Бруханского «Самоубийцы» он писал: «Строго говоря, противопоставление “социально-бытовых условий и элементов личности” с научной точки зрения неточно. Ибо, чем же в конечном счете, определяются “элементы личности”, как не наследственностью и теми же “социально-бытовыми условиями”? И разве сама “наследственность” не определяется этими же “бытовыми условиями” родителей и предков, повлиявшими на их “элементы личности”» [12]. Таким образом, Н.А. Семашко никогда не отрицал значение конституции, наследственности и биологического фактора, но решающее значение в этиологии заболеваний предавал социальному фактору, условиям труда и быта населения [115].

Однако в то время еще не существовало строго научных доказательств, подтвержденных статистическими исследованиями, не было концепций, объединяющих и дифференцирующих их на основе ведущего положения – общей методологии. Подобная концепция, с представлениями о факторах риска для здоровья, была сформирована только в 1960-1970 гг. эпидемиологией неэпидемических заболеваний. Важнейшим положением этой концепции стало доказательство предположений Н.А. Семашко о преимущественно социальной обусловленности заболеваний. Более того, это положение подтверждается корреляцией основных медико-демографических показателей, показателей смертности, заболеваемости, инвалидности с социально-экономическими, политическими и другими факторами внешней среды [61].

Статистический анализ эпидемиологических данных позволил выявить влияние различных факторов внешней среды на показатели смертности и заболеваемости населения, а также определить конкретные факторы риска. Наличие фактора риска свидетельствует о повышенной вероятности развития того или иного заболевания, а его величина - об уровне этой вероятности.

Однако, среди всех факторов риска злоупотребление алкоголем, табакокурение и заболеваемость наркоманией являются ведущими факторами, способствующим глобальному бремени заболеваемости и смертности в странах с низкими и средними доходами населения. По данным исследований, эти факторы риска обходятся человеческому населению более четверти миллиарда лет жизни [239].

4.2.1. Злоупотребление алкоголем

Злоупотребление алкоголем увеличивает вероятность смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, несчастных случаев, травм и внезапной остановки сердца. Причины аномально высокой смертности из-за алкоголя в РФ связаны с потреблением крепких алкогольных напитков. Высокое потребление алкоголя населением наряду с массовым распространением курения, считается главной причиной высокой смертности мужчин трудоспособного возраста в России [13].

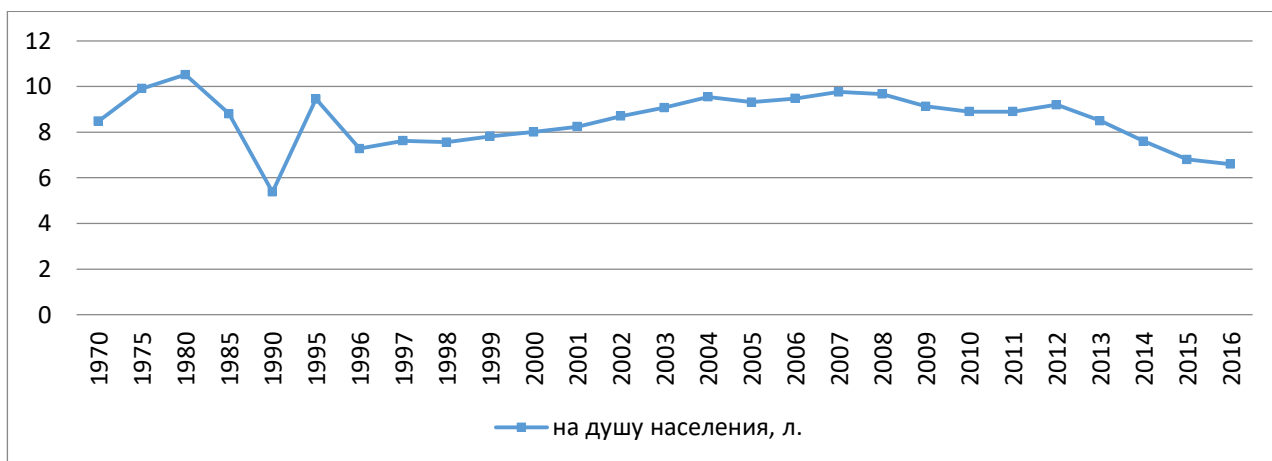


Рисунок 43. Динамика продажи населению РФ алкогольных напитков, литров в год в абсолютном алкоголе, в 1970-2016 гг. (литров на душу населения).

К 1980 г. продажа населению алкогольных напитков в абсолютном алкоголе достигла рекордных 10,52 (на душу населения, л.). После реализации «сухого» закона, к 1990 г., продажа упала до 5,38. Однако выбывшая из статистики продукция перешла в область нелегального производства. После

отмены «сухого» закона продажа алкогольных напитков выросла до 9,45 к 1995 г. Несмотря на некоторое снижение в 1996-2000 гг., объем продаж увеличился к 2007 г. до 9,76. По данным Росстата, к 2016 г. объем продаж снизился до 6,6 (рис. 43).

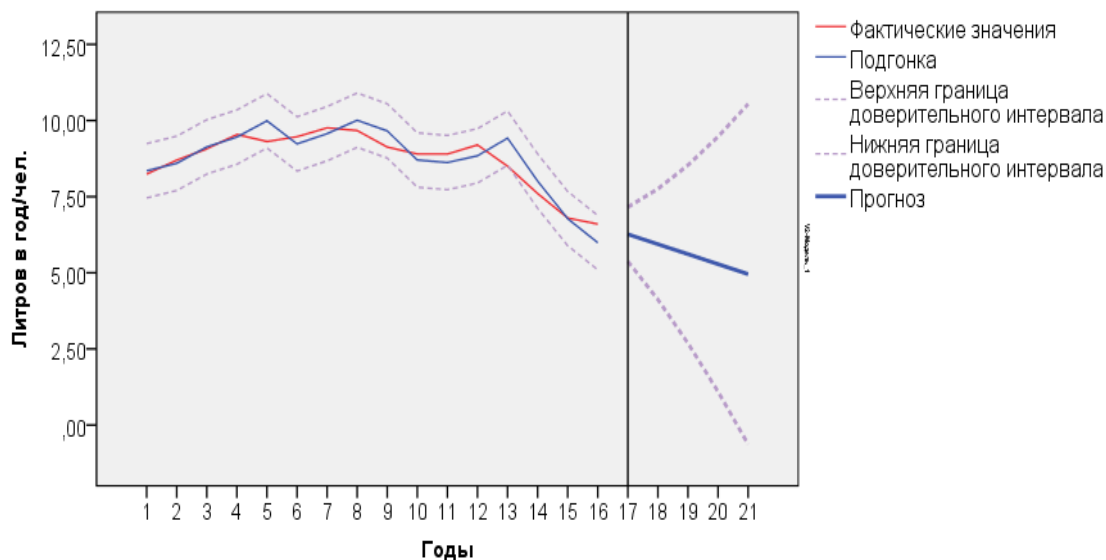


Рисунок 44. Динамика продажи населению РФ алкогольных напитков, литров в год в абсолютном алкоголе в 2001-2016 гг. с прогнозом до 2021 г.

Учитывая отсутствие устойчивой тенденции динамики данного показателя, для прогнозирования использовался метод экспоненциального сглаживания. Коэффициент детерминации данной модели составил 0,811. При этом к 2021 г. уровень продаж населению РФ алкогольных напитков в абсолютном алкоголе может сократиться до 4,96 литров на душу населения (рис. 44).

Однако имеются факторы, которые заставляют сомневаться в снижении потребления алкогольных напитков населением РФ [97].

Например, данные Росстата по преступлениям, совершенным в состоянии алкогольного опьянения. В 2007 г. (когда продажа населению алкогольных напитков была 9,76 л. на душу населения) зарегистрировано 262,3 тыс. подобных нарушений, в 2016 г. (при снижении продажи на 48%) — 440,2 тысячи (на 68% больше) [41].

Отсюда можно предположить, что при снижении продажи легального алкоголя возросло производство и продажа контрафактной и суррогатной алкогольной продукции.

4.2.2. Табакокурение

По данным ВОЗ, в настоящее время потребление табака является ведущей причиной смерти (10% смертности взрослого населения – почти 6 миллионов смертей в год) и инвалидности в мире, представляет существенную угрозу для здоровья граждан РФ и несет за собой негативные медицинские, демографические и другие социально-экономические последствия [50].

В РФ ежегодно от болезней, связанных с потреблением табака, погибают от 300 тысяч до 400 тысяч граждан. С потреблением табака связано развитие тяжелых хронических заболеваний, в том числе, рака и других онкологических заболеваний, болезней органов дыхания (ХОБЛ, бронхитов) сердечно-сосудистых заболеваний (инфарктов миокарда, инсультов, атеросклероза, гипертонии), потери слуха, слепоты, катаракты. Его потребление также приводит к бесплодию, выкидышам и импотенции, другим тяжелым последствиям, инвалидности и смерти.

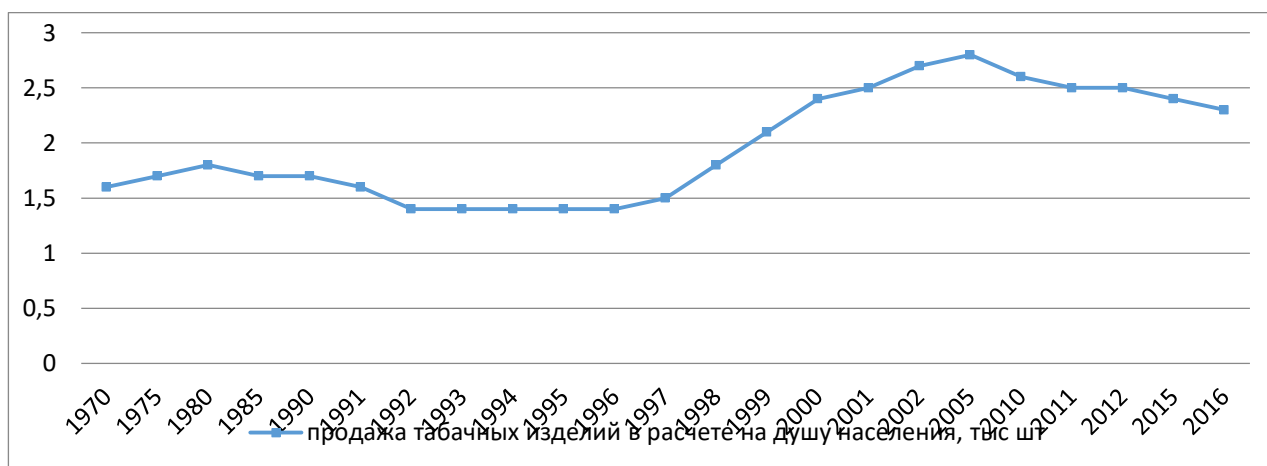


Рисунок 45. Динамика продажи населению РФ табачных изделий в 1970-2016 гг.(тыс. шт. на душу населения).

На рисунке 45 видно, что с 1970 по 1980 г. было увеличение продажи табачных изделий (сигарет и папирос) с 1,6 до 1,8 тыс. шт. на душу населения.

Затем, до 1996 г. наблюдалось планомерное снижение продаж (до 1,4 тыс. шт.). С 1997 г. по 2005 г. продажа возросла до 2,8 тыс. табачных изделий на душу населения. Российская Федерация входила в число стран с самой высокой распространенностью курения в мире - табак в той или иной форме употребляли почти 40% взрослых граждан. Более того, в стране росло число постоянных курильщиков среди молодых взрослых и среди женщин.

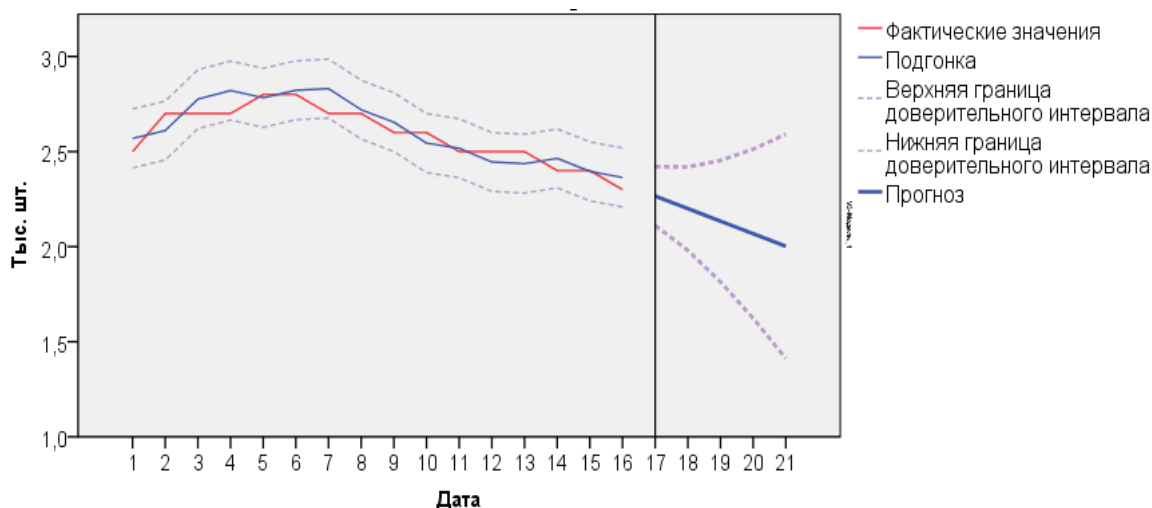


Рисунок 46. Динамика продажи населению РФ табачных изделий в 2001-2016 гг.(тыс. шт. на душу населения) с прогнозом до 2021 г.

Согласно прогнозу, полученному при помощи модели экспоненциального сглаживания ($R^2=0,784$), продажи населению табачных изделий могут упасть до 2,0 тыс. шт. на человека (рис. 46).

В 2008 г. РФ присоединилась к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ). Благодаря этому было положено начало реализации мер, направленных на снижение потребления табака и созданию базовых условий для защиты здоровья россиян от последствий потребления табака и воздействия табачного дыма.

В 2013 г. в РФ принят закон № 15-ФЗ, ставший одним из самых комплексных антитабачных законов в мире. В 2016 г. в стране было отмечено значительное снижение продаж табачных изделий (с 2,8 в 2005 г. до 2,3 тыс. шт. на душу населения в 2016 г.).

В соответствии с Планом мероприятий по реализации Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010–2015 годы был принят Федеральный закон от 23.02.2015 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», в котором осуществлен системный подход при реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака, заложен принцип непрерывности и последовательности их реализации.

В результате, распространенность потребления табака среди взрослого населения РФ снизилась с 39,4% в 2009 г. до 30,9% в 2016. В 2015 г. выявлено резкое снижение распространенности потребления табака среди подростков 13-15 лет в 2 раза по сравнению с 2004 г., в том числе курения сигарет в 2,7 раза, а количества потенциальных курильщиков в будущем - в 3,5 раза. Кроме того, в 2 раза снизилась распространенность пассивного курения дома, а в общественных местах – в 2,5 раза. В среднем в 2 раза снизилась доступность табачных изделий. Также увеличилась поддержка подростками запрета курения табака внутри закрытых общественных мест, увеличилось воздействие антитабачной рекламы и осведомленность подростков о вреде табака. Однако показатели распространенности потребления табака остаются высокими. Потери потенциальных лет жизни в трудоспособном возрасте, связанные с преждевременной смертностью, обусловленной курением, в среднем составляют у мужчин 9 лет, у женщин 5,6 года. С учетом потерь лет потенциальной жизни или непрожитых лет вследствие преждевременных смертей от всех причин, связанных с курением, упущенная выгода в производстве ВВП составляет около 2% ВВП. В связи с этим, Министерство здравоохранения Российской Федерации планирует принятие дополнительных мер, направленных на снижение потребления табака [92].

4.2.3. Наркомания

Среди многих проблем, стоящих сегодня перед российским обществом, проблема наркомании, как глобальная угроза здоровью населения страны и национальной безопасности, занимает одно из первых мест. Распространение наркомании на территории бывшего СССР и, в первую очередь, в РФ в последнее десятилетие происходило угрожающими темпами.

Сведения о числе наркоманов и токсикоманов в СССР систематически занижались по идеологическим соображениям. До начала 1980-х гг. наркомания в стране держалась на одном уровне, и лишь позднее наметился ее рост. По данным официальной статистики, в 1985 г. во всем СССР было зарегистрировано 46 000 наркоманов (за все предшествующие годы), в том числе 8 999 лиц поставлены на учет впервые в 1985 г. А в 1987 г., по сообщению министра МВД СССР, в стране насчитывалось уже около 50 тыс. больных наркоманией. По уточненным официальным данным, на январь 1987 г. в СССР насчитывалось на учете в органах здравоохранения 43 203 больных наркоманией и 4 744 – токсикоманией, из них около 1 тыс. человек составляли подростки. Согласно официальным данным, в 1989 г. численность наркоманов в СССР достигла 64 210 человек, а в 1990 г., по данным СМИ, увеличилась до 1,5 млн. человек [62].

Если с 1970 по 1990 г. первичная заболеваемость наркоманией и токсикоманией в России увеличилась в 6 раз (с 1,2 до 6,4 тыс. человек), то с 1990 г. по 2000 г. она возросла почти в 12 раз (до 74,6 тыс. человек). Причиной послужившей катастрофической наркотизации страны является внесение изменений в 1991 г. в УК РСФСР и КоАП РСФСР исключая уголовную и административную ответственность за употребление или хранение наркотиков в личных целях. Вплоть до 1998 г. в Российской Федерации, по сути, было легализовано употребление наркотиков в личных целях (рис 47).

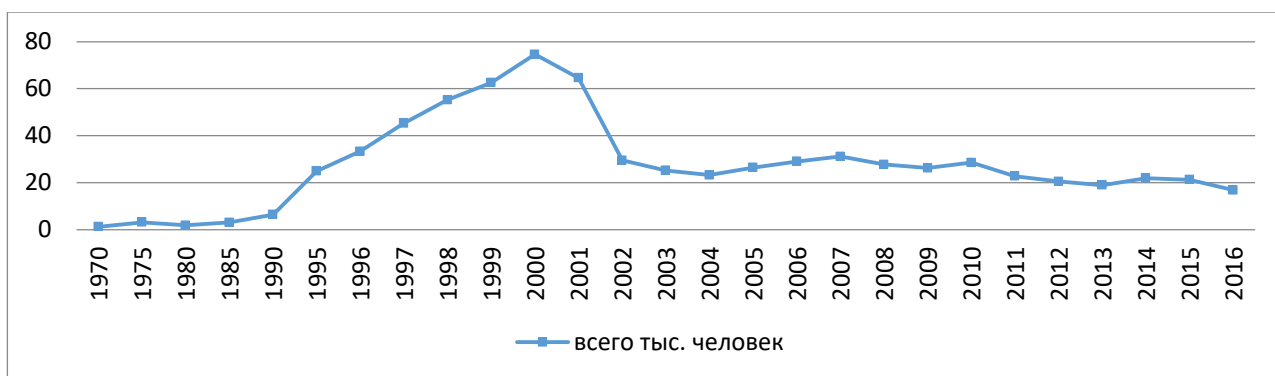


Рисунок 47. Динамика первичной заболеваемости населения РФ наркоманией и токсикоманией в 1970-2016 гг.(тыс. чел, абсол. значения).

Только с 2001 г., благодаря государственной антинаркотической стратегии, первичная заболеваемость наркоманией и токсикоманией пошла на убыль, достигнув в 2016 г. показателя 16,8 тыс. человек.

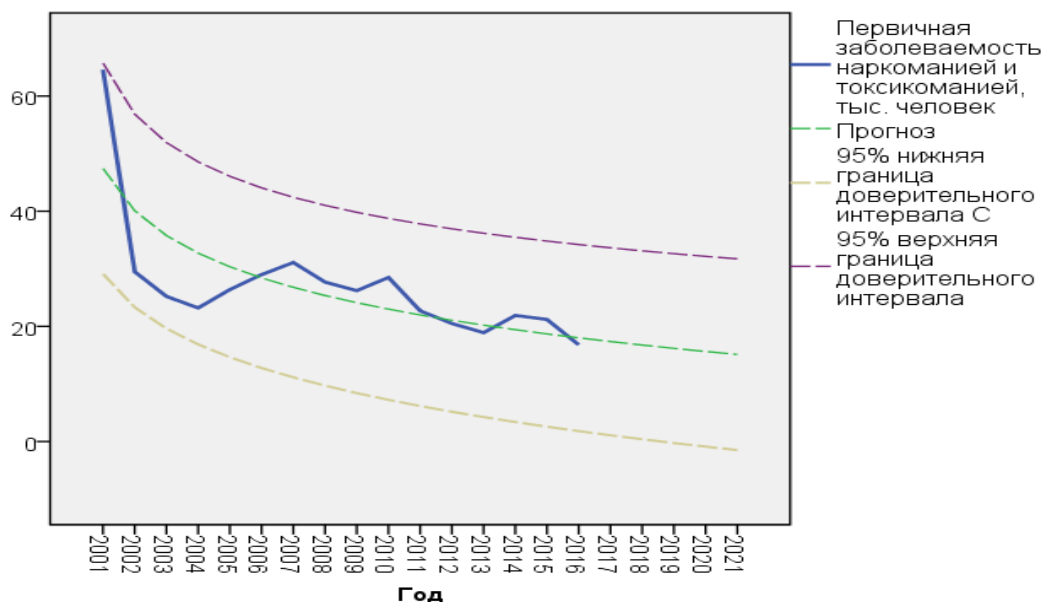


Рисунок 48. Динамика первичной заболеваемости населения РФ наркоманией и токсикоманией в 2001-2016 гг. (тыс. чел, абсол. значения) с прогнозом до 2021 г.

Динамика количества впервые выявленных случаев наркомании и токсикомании среди населения РФ может быть задана логарифмическим уравнением тренда с коэффициентом аппроксимации 0,775. Согласно прогнозу к 2021 г. уровень данного показателя может составить - 18,9 (ДИ 95% 10,6-27,3) (рис 48).

4.2.4.Благосостояние населения

В РФ, наряду с недостаточным финансированием здравоохранения, сложилась крайне высокая степень неравенства в распределении национального дохода между различными группами населения.

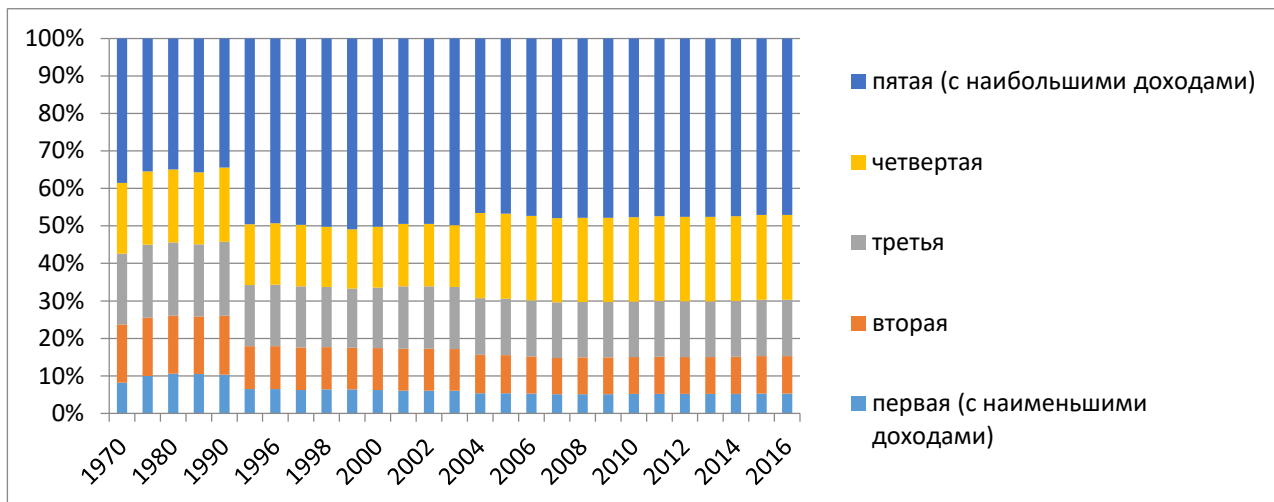


Рисунок 49. Динамика распределения общего объема денежных доходов по 20% группам населения РФ 1970-1990 гг. (совокупный доход с учетом стоимости чистой продукции личных подсобных хозяйств населения).

На рисунке 49 видно, что в 1970–1990 гг. неравенство в распределении общего объема денежных доходов снижалось: в 1970 г. соотношение между общими доходами верхней и нижней 20-процентных доходных групп населения составляло 4,7 раза, а в 1990 г. уже 3,4 раза. После 1990 г. произошел резкий слом сложившихся ранее распределительных отношений. К 1995 г. соотношение между общими доходами верхней и нижней 20-процентных доходных групп увеличилось до 7,5. Доля доходов наименее обеспеченной части населения уменьшилась с 9,8 (в 1990 г.) до 6,1 (в 1995 г.). Это соотношение сохранялось почти без изменений до 2000 г. Затем вплоть до 2007 г., отмечалось монотонное уменьшение доходов нижней и постепенный рост доходов верхней 20-процентной группы. В 2008-2016 гг. это соотношение стабилизировалось на уровне 9-кратного превышения общих доходов 20% наиболее обеспеченного населения над доходами 20% наименее обеспеченного. Необходимо также отметить, что после 1990 г. постоянно снижалась доля

доходов второй и третьей 20-процентных групп населения. Относительно стабильной была и остается доля доходов четвертой 20-процентной группы населения.

Для комплексной оценки неравенства в распределении общего объема денежных доходов населения РФ необходимо также привести данные коэффициентов, инвариантных к масштабу денежных единиц, в которых измеряется общий объем денежных доходов – коэффициент фондов и коэффициент Джини. Первый показывает, во сколько раз доходы 10% наиболее обеспеченной категории населения превышают доходы 10% наименее обеспеченной. А коэффициент Джини показывает степень отклонения фактического распределения доходов от полностью равного их распределения между всеми жителями страны.

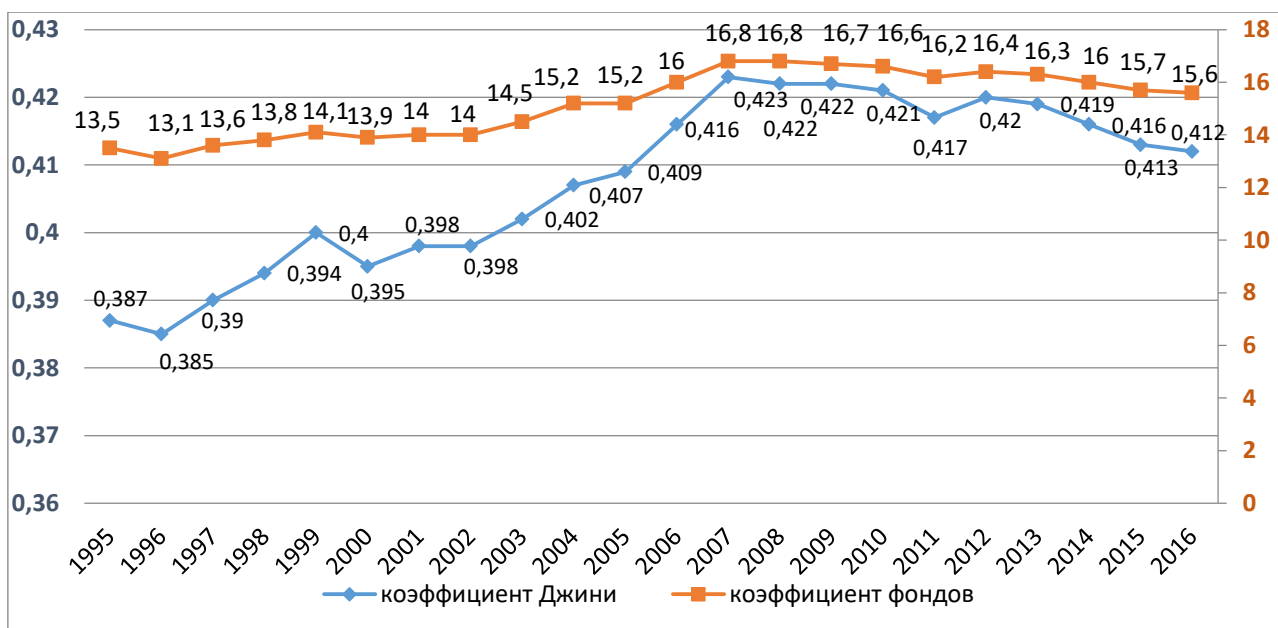


Рисунок 50. Динамика коэффициента Джини и коэффициента фондов в РФ в 1995-2016 гг.(тыс. чел, абсол. значения).

На рисунке 50 видно, что начиная с 1996 г. коэффициент Джини и коэффициент фондов неуклонно растет вплоть по 2007 г., что свидетельствует об углублении дифференциации денежных доходов между населением страны. Несмотря на незначительное снижение этих показателей в 2008-2016 гг., их уровень остается высоким. Коэффициент фондов в 2016 г. составил 15,6,

коэффициент Джини – 0,413. Таким образом, согласно данным Росстата можно констатировать, существенный разрыв в уровне денежных доходов самых богатых и самых бедных слоев населения Российской Федерации.

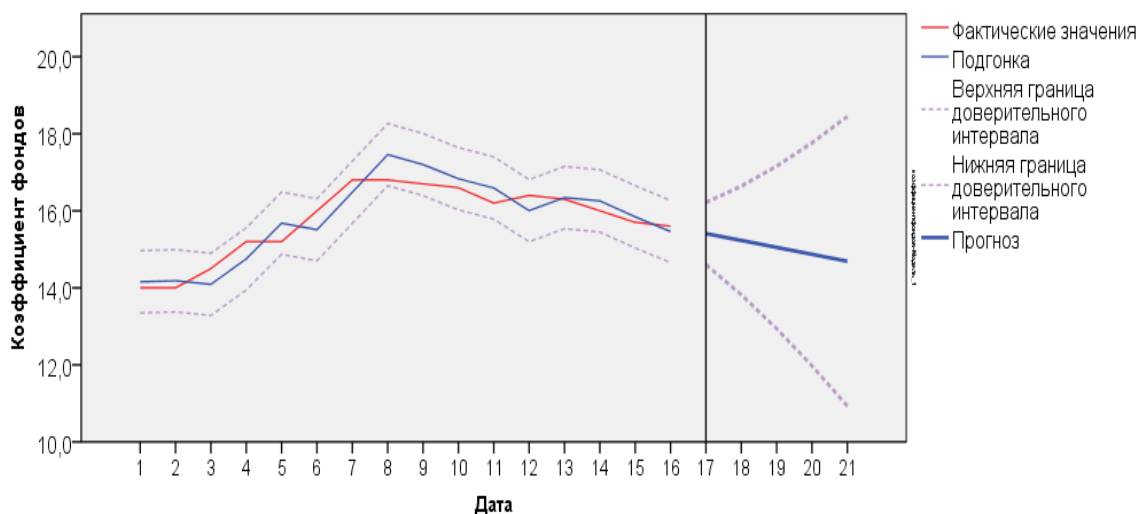


Рисунок 51. Динамика коэффициента фондов в РФ в 2001-2021 гг. с прогнозом до 2021 г.

При помощи моделей экспоненциального сглаживания получены прогнозы коэффициента фондов ($R^2=0,837$) и коэффициента Джини ($R^2=0,847$) (рис. 51,52).

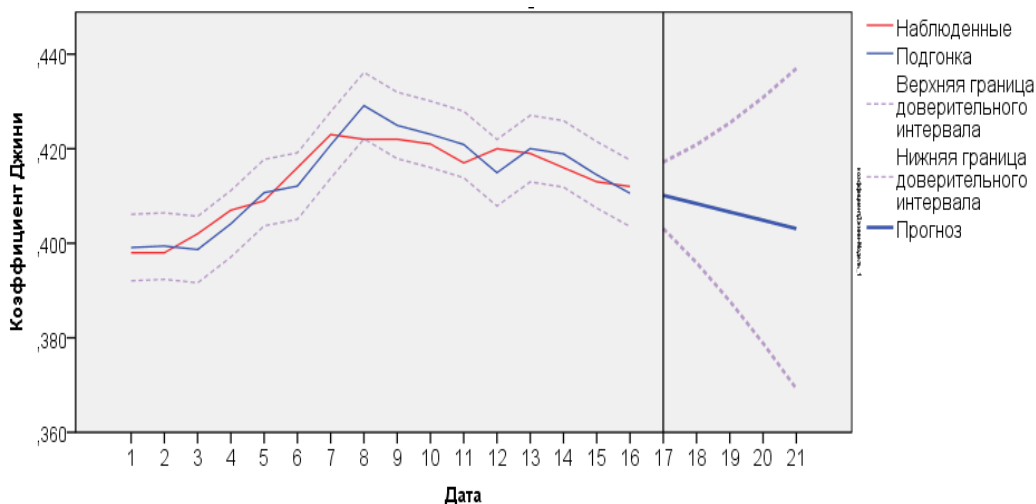


Рисунок 52. Динамика коэффициента Джини в РФ в 2001-2021 гг. с прогнозом до 2021 г.

Согласно данным, полученным при помощи прогностических моделей, к 2021 году коэффициент фондов может составить – 14,7, а коэффициент Джини

– 0,403, что говорит о сохранении на ближайшую перспективу выраженного расслоения населения РФ по уровню доходов.

Таким образом, за последние три десятилетия прослеживаются не только существенные изменения демографической ситуации и здоровья населения, но также изменения в образе жизни и благополучии населения страны.

Согласно прогнозу, выполненному при помощи модели экспоненциального сглаживания до 2021 г., при сохранении имеющихся тенденций уровень продажи населению РФ алкогольных напитков в абсолютном значении может сократиться до 4,96 литров на душу населения. Прогнозируется снижение продажи населению табачных изделий до 2,0 тыс. шт. на человека. При этом, согласно прогнозу, выполненному при помощи уравнения тренда к 2021 г. уровень показателя впервые выявленных случаев наркомании и токсикомании среди населения РФ может составить - 18,9 (ДИ 95% 10,6-27,3).

Ситуация с социальным расслоением в Российской Федерации складывается не лучшим образом. После 1990 г. наблюдается неравенство в распределении доходов, негативно влияющее на дальнейших перспективах развития страны. Согласно прогнозам, выполненным при помощи моделей экспоненциального сглаживания к 2021 г. коэффициент фондов может составить – 14,7, а коэффициент Джини – 0,403. Важнейшей задачей государства в настоящее время является коррекция существующей социально-экономической модели развития государства, а также разработка перечня мероприятий, направленных на выравнивание социального неравенства. Одним из таких методов может стать внедрение прогрессивной шкалы налогообложения.

4.3. Ресурсы системы здравоохранения

В 2016 г. численность врачей всех специальностей в РФ составила 680 900 человек или 46,4 на 10 000 человек населения. Численность среднего медицинского персонала – 1 537 900 человек или 104,8 на 10 000 человек населения (рис. 53).

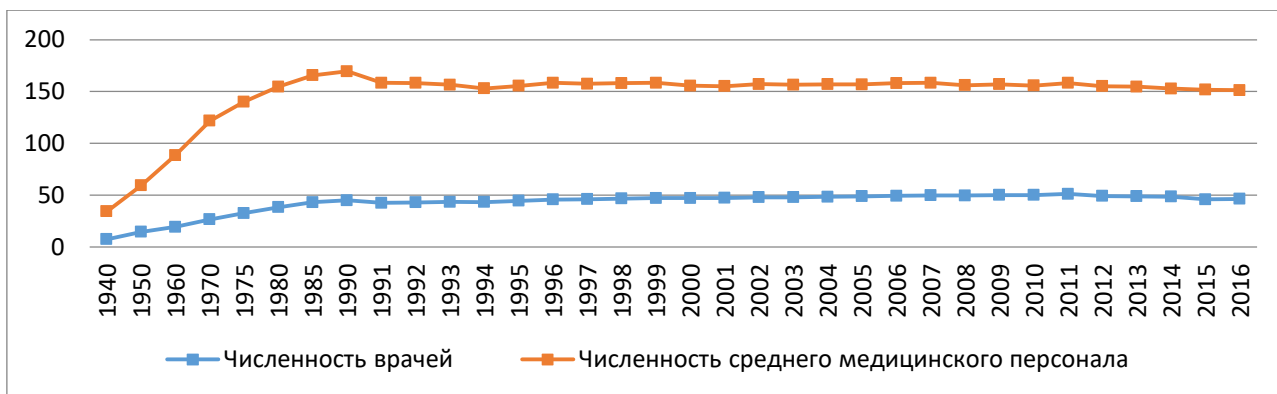


Рисунок 53. Динамика численности медицинских кадров в РФ на 10000 населения 1940-2016 гг.

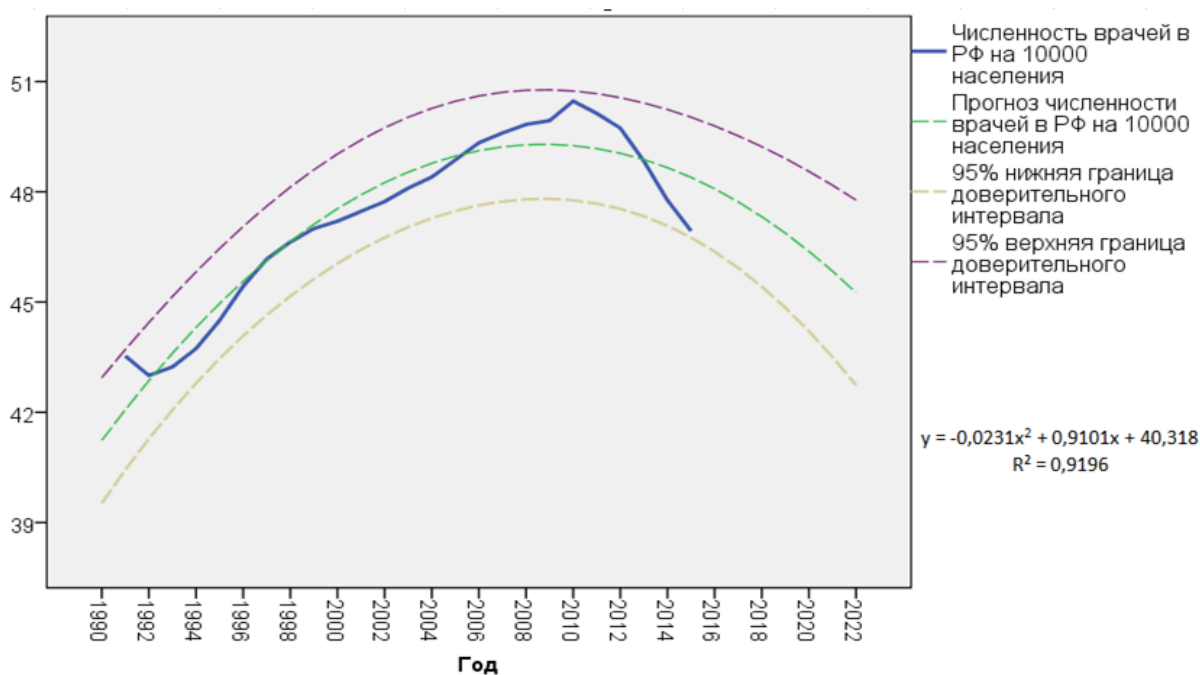


Рисунок 54. Динамика численности врачей в РФ на 10000 населения 1990-2016 гг. с прогнозом до 2022 г.

С 1992 по 2011 г отмечался рост численности врачей с 45 до 51,2. на 10000 населения. Однако в 2016 г численность врачей снизилась относительно 2001 г. на 9,3% - до 46,4 на 10000 населения. Данная тенденция описывается

полиномиальным уравнением тренда с коэффициентом детерминации 0,916. При сохранении указанной тенденции к 2022 году численность врачей может сократиться до 45,3 (ДИ 95% 42,7-47,7) (рис. 54).

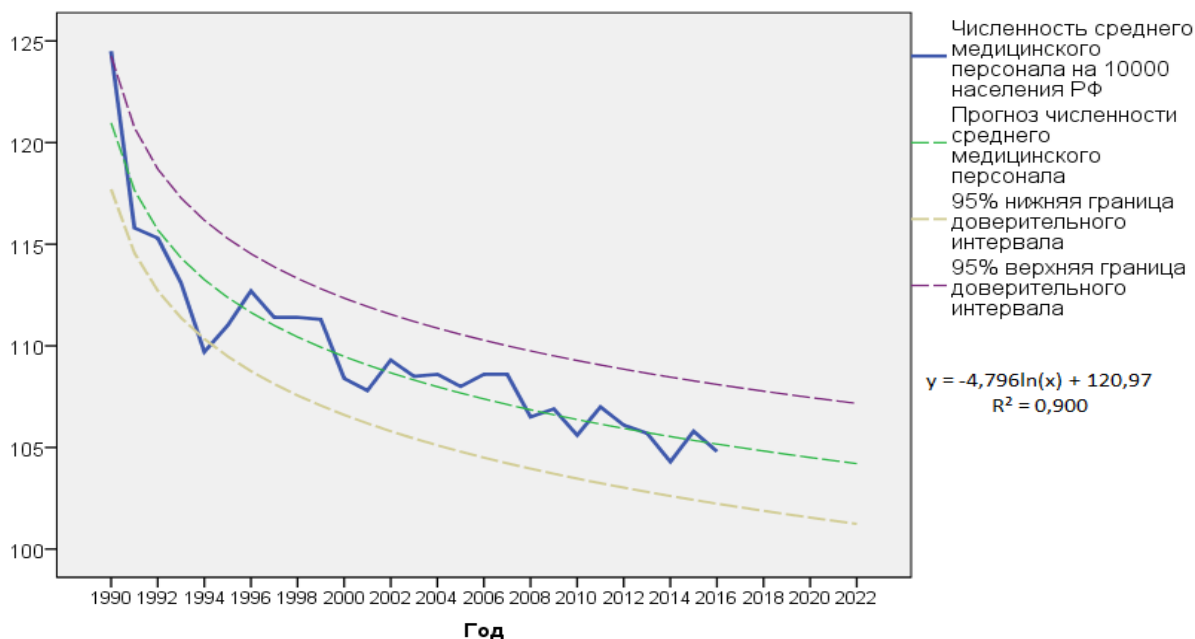


Рисунок 55. Динамика численности среднего медицинского персонала в РФ на 10000 населения 1990-2016 гг. с прогнозом до 2022 г.

С 1990 года в РФ отмечается динамика снижения численности среднего медицинского персонала (рис. 55). В 2006 г. темп убыли данного показателя относительно базового уровня составил – 15,8%. Данная тенденция может быть описана при помощи логарифмического уравнения тренда с коэффициентом детерминации 0,900.

Согласно прогнозу, численность среднего медицинского персонала в РФ на 10000 населения к 2022 г. может стабилизироваться на уровне 104,2 (ДИ 95% 101,2-107,2).

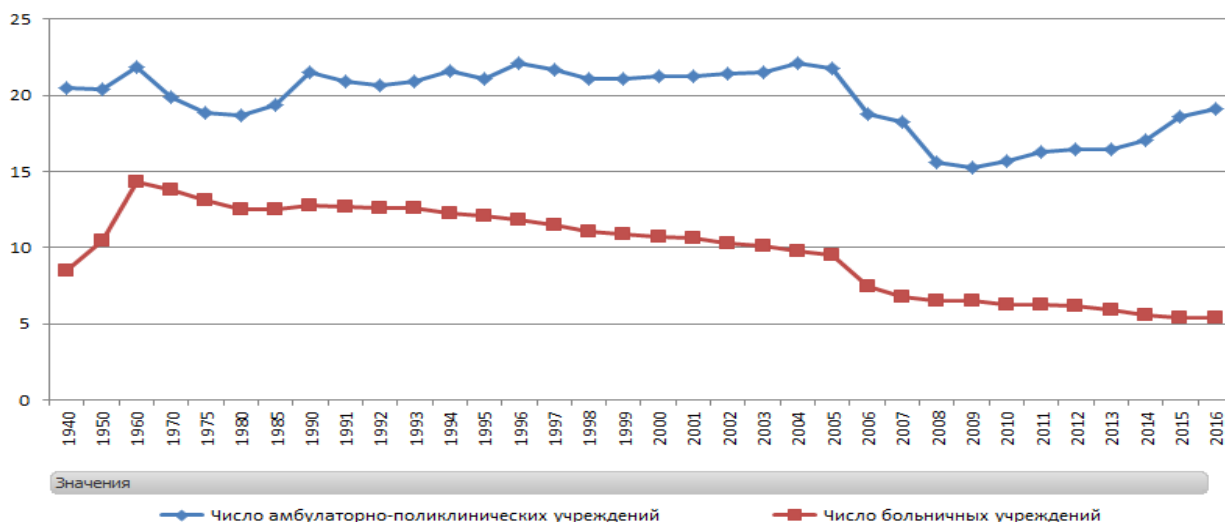


Рисунок 56. Динамика численности медицинских организаций в РФ, тыс. в 1940-2016 гг.

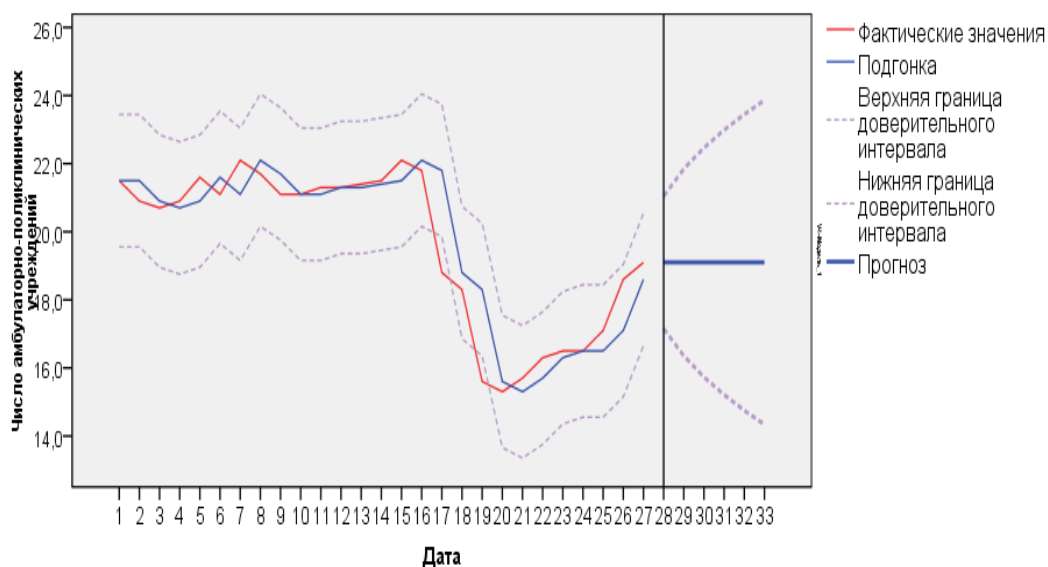


Рисунок 57. Динамика численности амбулаторно-поликлинических учреждений, тыс. в 1990-2016 гг. с прогнозом до 2022 г.

Чередование периодов снижения и роста численности амбулаторно-поликлинических учреждений в РФ указывает на отсутствие устойчивой тенденции. С 2009 года отмечен рост числа амбулаторно-поликлинических учреждений на 24,8%. При использовании метода экспоненциального сглаживания с коэффициентом детерминации 0,837 предполагается стабилизация данного показателя, на уровне 19,1 тыс. учреждений.

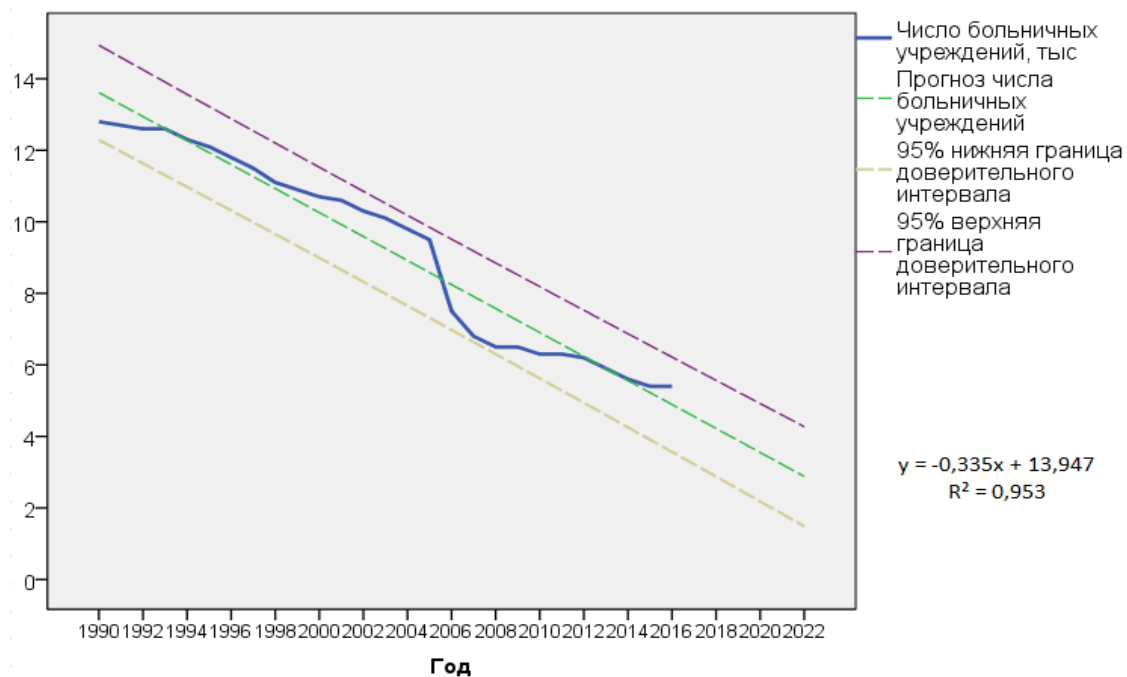


Рисунок 58. Динамика численности больничных учреждений, тыс. в 1990-2016 гг. с прогнозом до 2022 г.

Динамика численности больничных учреждений имеет устойчивую тенденцию, описываемую нисходящим линейным трендом с коэффициентом детерминации 0,953. С 1990 года число больничных учреждений в РФ сократилось на 57% с 12,8 до 5,4 тыс. При сохранении темпов сокращения больничных учреждений к 2022 году их количество может уменьшиться до 2,8 (ДИ 95% 1,4-4,3) тыс.

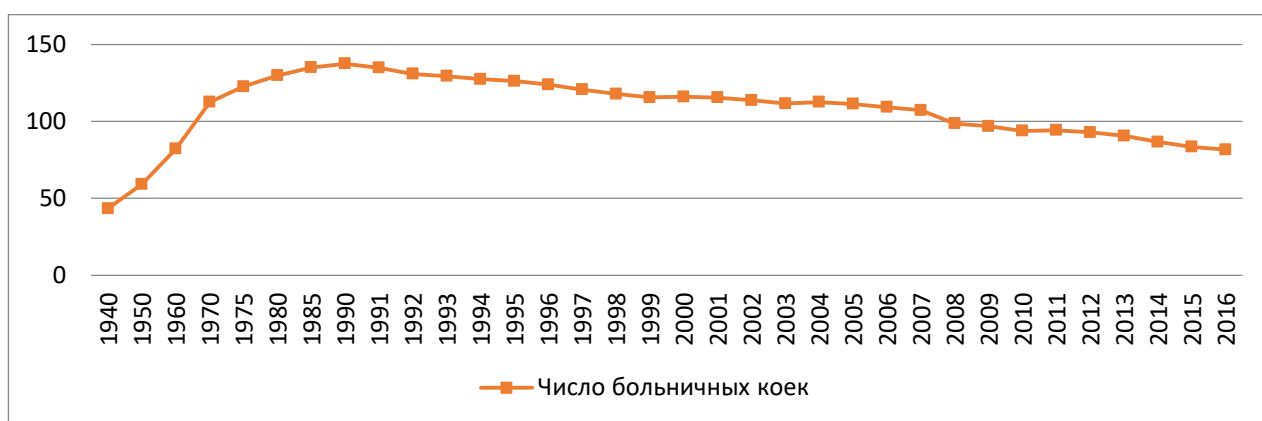


Рисунок 59. Динамика численности больничных коек в РФ, на 10000 населения 1940-2016 гг.

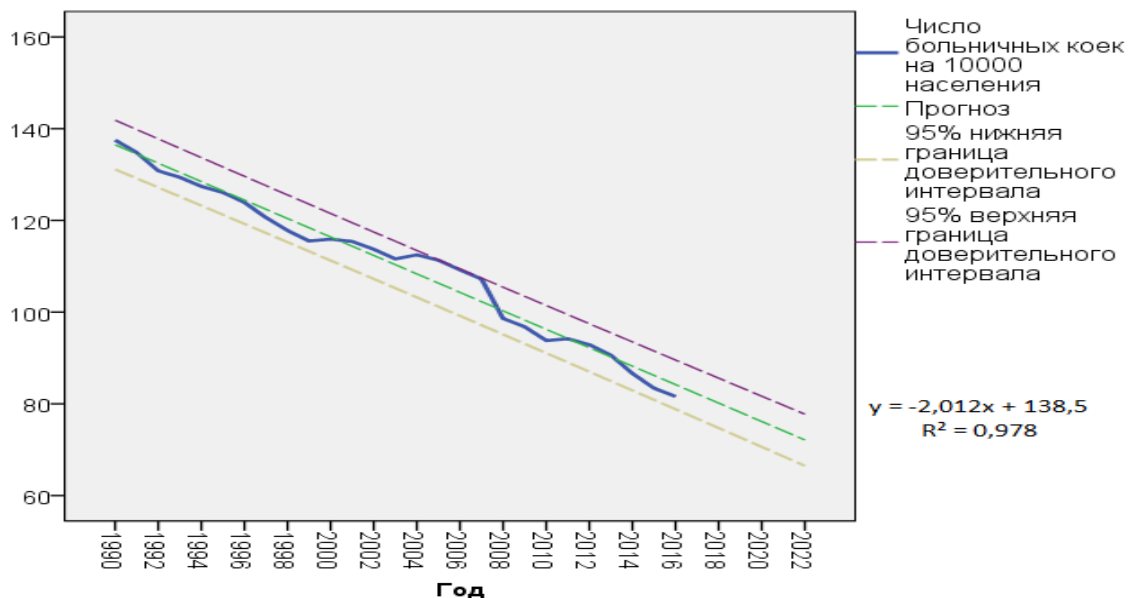


Рисунок 60. Динамика численности больничных коек в РФ, на 10000 населения 1990-2016 гг., с прогнозом на 2022 г.

Устойчивая тенденция сокращения больничных коек в РФ на протяжении 1990-2016 гг. описывается линейным уравнением тренда на 97,8. В 2016 г. число коек на 10000 населения сократилось на 40,6% - со 137,5 до 81,6. К 2022 г. число коек может снизиться до 72,1 (ДИ 95% 66,5-77,7).

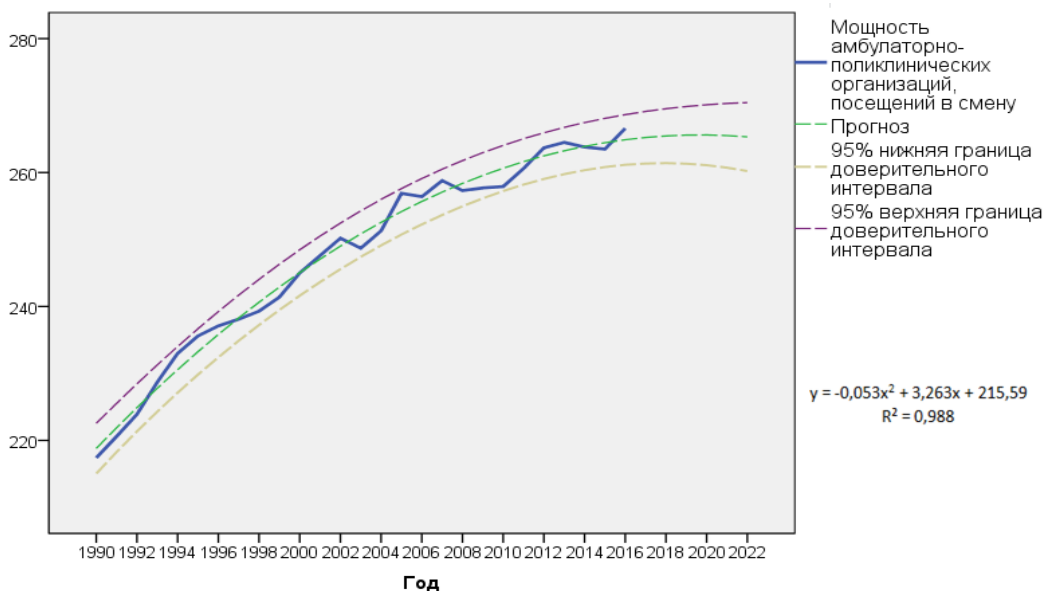


Рисунок 61. Динамика мощности амбулаторно-поликлинических организаций в РФ, посещений в смену на 10000 населения 1990-2016 гг., с прогнозом на 2022 г.

Одновременно с тенденцией сокращения больничных коек наблюдается тенденция увеличения мощности амбулаторно-поликлинических учреждений, выражающаяся в росте числа посещений в смену на 10000 населения. В 2016 году этот показатель вырос до 266,6 посещений на 10000 населения. Данная тенденция может быть отражена при помощи полиномиального уравнения тренда ($R^2=0.988$). К 2022 г. прогнозируется стабилизация данного показателя на уровне 265,3, нижняя граница доверительного интервала прогнозируется на уровне - 260,2, верхняя - 270,4 посещений на 10000 населения.

Таким образом, за последние три десятилетия, отмечаются негативные тенденции в показателях, отражающих ресурсы системы здравоохранения. Согласно прогнозу, выполненному при помощи уравнения тренда, к 2022 году численность врачей может сократиться до 45,3 (ДИ 95% 42,7-47,7) на 10000. Численность среднего медицинского персонала в РФ на 10 000 населения может стабилизироваться на уровне 104,2 (ДИ 95% 101,2-107,2) на 10000 населения. При сохранении темпов сокращения больничных учреждений их количество может уменьшиться до 2,8 (ДИ 95% 1,4-4,3) тысяч. Число больничных коек может снизиться до 72,1 (ДИ 95% 66,5-77,7) на 10000 населения. Прогнозируется стабилизация показателя мощности амбулаторно-поликлинических организаций на уровне 265,3 (ДИ 95% 260,2 -270,4) на 10000 населения. При использовании метода экспоненциального сглаживания к 2022 г. предполагается стабилизация показателя численности амбулаторно-поликлинических учреждений, на уровне 19,1 тыс. учреждений. Негативные тенденции в показателях, отражающих ресурсы системы здравоохранения, следует рассматривать как ведущий фактор, снижающий доступность медицинских услуг для населения РФ, гарантируемой ПГГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

ГЛАВА 5. АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ СОВРЕМЕННОЙ СМЕШАННОЙ МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЧАСТНОСТИ.

5.1. Анализ методом экспертных оценок преимуществ и недостатков современной смешанной модели здравоохранения в части, касающейся государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Оценка состояния современной российской системы здравоохранения, проблем, препятствующих ее развитию, а также возможных вариантов их решения, проводилась с помощью опроса, в котором приняли участие тридцать экспертов, представляющих руководящий состав МО и СМО, имеющих опыт работы по обеспечению граждан РФ государственными гарантиями бесплатного оказания медицинской помощи.

Средний возраст экспертов составил – $49,9 \pm 9,3$ года. Эксперты имели общий медицинский стаж не менее 15 лет, средний стаж работы составил – $27,5 \pm 8,3$ года. Продолжительность стажа работы варьировала от 15 до 43 лет. Стаж работы на руководящих, административно-управленческих, должностях в среднем составил $20,4 \pm 8,2$ года (от 11 до 43 лет). Мужчин среди участников опроса было 63,3%, женщин – 36,7%. В качестве основной медицинской специальности - 8 (26,7%) экспертов указали специальности клинических направлений, 13 (43,3%) – общественное здоровье и здравоохранение и 9 (30,0%) указали ОЗЗ в сочетании с лечебной специальностью. У 14 (46,6%) экспертов имелась ученая степень (по 7 (23,3%) специалистов имели степени кандидатов и докторов наук).

При проведении самооценки экспертов 83,3% опрошенных оценили уровень своих теоретических знаний по предмету опроса как высокий. Высокую оценку своему практическому опыту дали 60% экспертов.

Способность предвидеть развитие событий оценили как высокую - 76,7% опрошенных.

Средний уровень индекса компетентности для сформированной экспертной группы составил $0,87 \pm 0,17$, что говорит о высоком уровне самооценки экспертов.

Для оценки согласованности результатов опроса экспертов был применен метод расчета коэффициента конкордации. Расчет данного коэффициента включал в себя несколько этапов:

Этап 1. Создание экспертной комиссии. Число факторов $n = 31$, число экспертов $m = 30$.

Этап 2. Сбор мнений специалистов путем анкетного опроса. Фактору, которому эксперт давал наивысшую оценку, присваивался ранг 1. Если эксперт признавал несколько факторов равнозначными, то им присваивался одинаковый ранговый номер. На основе данных анкетного опроса составлялась сводная матрица рангов.

Этап 3. Составление сводной матрицы рангов.

$$d = \sum x_{ij} - \frac{\sum \sum x_{ij}}{n} = \sum x_{ij} - 480$$

Проверка правильности составления матрицы на основе исчисления контрольной суммы:

$$\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+31)31}{2} = 496$$

Сумма по столбцам матрицы и контрольная сумма были равны между собой, значит, матрица составлена правильно.

Этап 4. Оценка средней степени согласованности мнений всех экспертов при помощи коэффициента конкордации для случая, когда имеются связанные ранги (одинаковые значения рангов в оценках одного эксперта): где $S = 890228$, $n = 31$, $m = 30$ (см стр. 3).

$$W = \frac{890228.5}{\frac{1}{12} \cdot 30^2(31^3 - 31) - 30 \cdot 8359} = 0.45$$

Коэффициент конкордации (W) = 0,45 говорит о наличии средней степени согласованности мнений экспертов.

Этап 6. Оценка статистической значимости коэффициента конкордации. Для этой цели был вычислен критерий согласия Пирсона:

$$\chi^2 = \frac{890228.5}{\frac{1}{12} \cdot 30 \cdot 31(31+1) + \frac{1}{31-1} \cdot 8359} = 404.4$$

Так как χ^2 расчетный 404,4 больше табличного (43,8), то $W = 0,45$ - величина не случайная, а потому полученные результаты имеют смысл и могут использоваться в дальнейших исследованиях, а значит, гипотеза о согласии экспертов в оценках принимается.

В первой части опросника экспертам было предложено оценить по пятибалльной системе степень важности наиболее актуальных проблем современного российского здравоохранения (где 5 – наибольшая важность). Результаты балльной оценки экспертов представлены на рисунке 62.

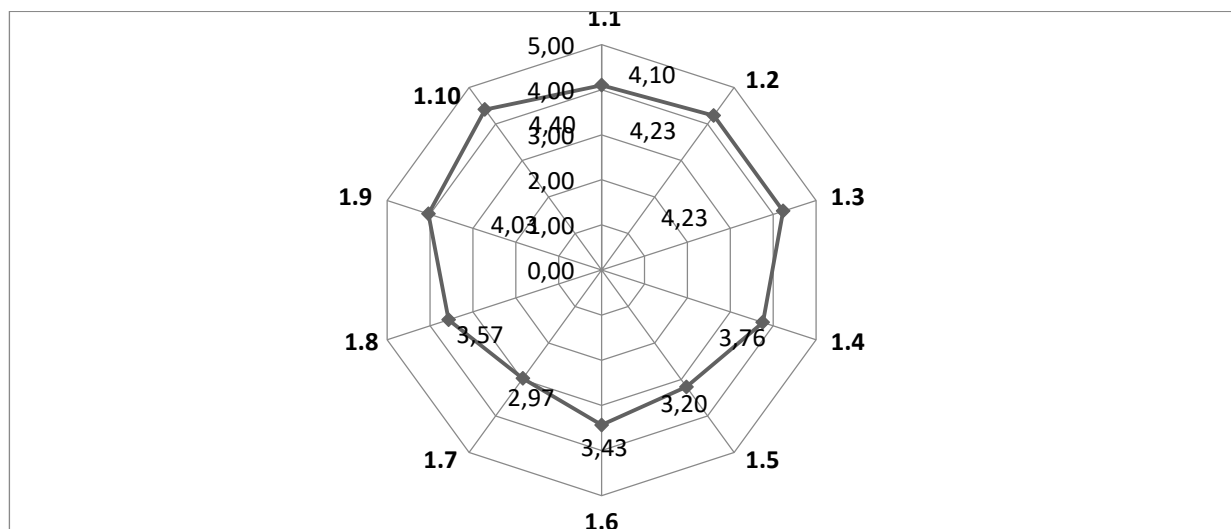


Рисунок 62. Балльная оценка экспертами наиболее актуальных проблем в современном российском здравоохранении (1.1 - Низкая обеспеченность государственного сектора здравоохранения высококвалифицированными кадрами; 1.2 - Неравномерное распределение современной материально-

технической базы по субъектам РФ; 1.3 - Неравномерная доступность медицинской помощи по субъектам РФ; 1.4 - Проблема качества оказания медицинской помощи; 1.5 - Недостаточное развитие информационно-телекоммуникационных технологий; 1.6 - Тенденция к замещению бесплатных медицинских услуг платными услугами; 1.7 - Теневые механизмы медицинской деятельности; 1.8 - Низкая юридическая грамотность медицинских работников и пациентов; 1.9 - Недостаточный уровень заработной платы медицинского персонала; 1.10 - Недостаточная квалификация специалистов в области управления государственной системой здравоохранения)

На основании оценки экспертов было выделено 5 ведущих проблем, получивших среднюю оценку выше 4-х баллов. При этом наивысшую оценку с точки зрения значимости ($4,40 \pm 0,86$ баллов) получила проблема недостаточной квалификации специалистов в области управления государственной системой здравоохранения. Второе и третье ранговые места с оценкой $4,23 \pm 1,10$ баллов поделили неравномерное распределение современной материально-технической базы по субъектам РФ и неравномерная доступность медицинской помощи по субъектам РФ. Следующее по значимости ранговое место со средним баллом $4,10 \pm 1,10$ баллов экспертами было отдано проблеме низкой обеспеченности государственного сектора здравоохранения высококвалифицированными кадрами. Пятое ранговое место – $4,03 \pm 1,5$ баллов получила проблема недостаточного уровня заработной платы медицинского персонала.

Наименее значимыми проблемами российского здравоохранения экспертами были признаны: теневые механизмы медицинской деятельности ($2,97 \pm 1,5$ баллов) и недостаточное развитие информационно-телекоммуникационных технологий ($3,20 \pm 1,24$ балла).

Далее экспертам было предложено оценить результаты проведенных реформ в российском здравоохранении за последние двадцать лет. По данному вопросу мнения экспертов разделились – по 40% дали положительную и

отрицательную оценку результатам реформ, а 20% - затруднились с ответом (рис. 63).

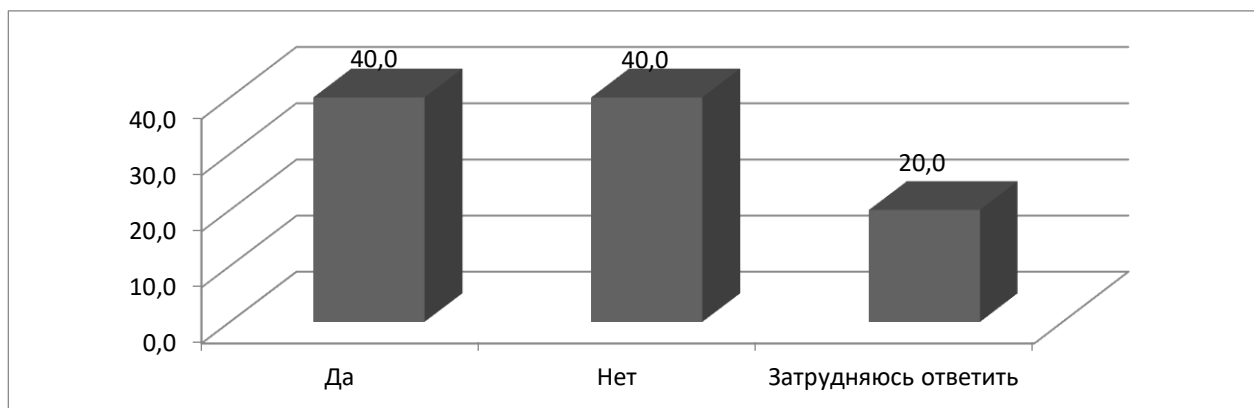


Рисунок 63. Оценка экспертами результата проведенных реформ в российском здравоохранении за последние двадцать лет (%).

В открытой части вопроса при объяснении положительной оценки эксперты выделяли такие факторы, как внедрение новых методов и технологий лечения, модернизация материально-технической базы, закупка современного оборудования, применение информационных систем, введение протоколов и стандартов лечения, увеличение доли высокотехнологической медицинской помощи.

В качестве объяснений отрицательной оценки результатов реформ экспертами отмечены, недофинансирование государством оказания медицинской помощи, сокращение числа врачей, растущая недоукомплектованность первичного звена оказания медицинской помощи, увеличение нагрузки на врачей, особенно в части работы с документацией, снижение эффективности управления на всех уровнях, снижение качества медицинской помощи, уменьшение доступности медицинской помощи, сокращение числа медицинских организаций, рост доли платных услуг.

При этом большинство (56,7%) экспертов полагает, что доступность медицинских услуг по ПГГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за последние двадцать лет все-таки увеличилась. 26,7% полагают, она ухудшилась и 10,0% - не увидели существенных изменений (рис. 64).

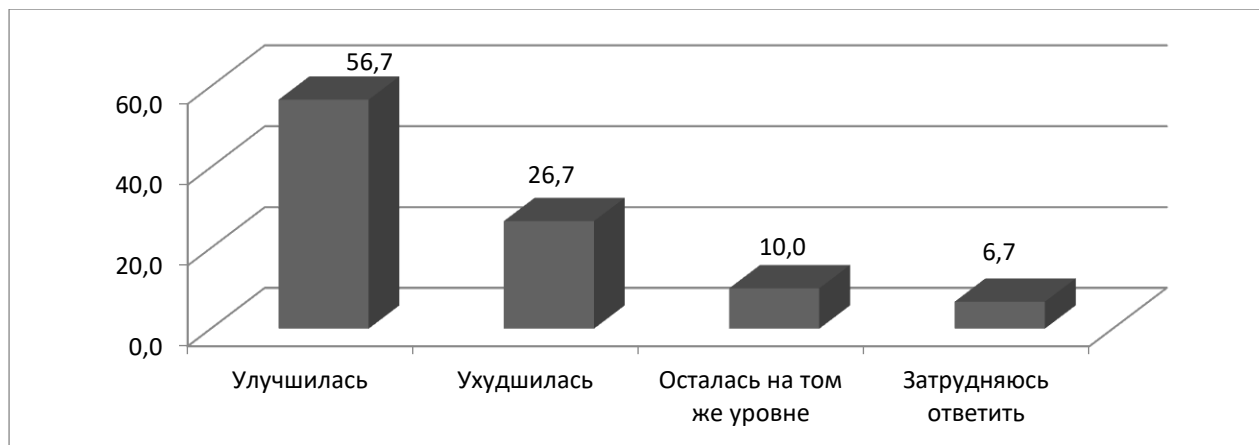


Рисунок 64. Оценка экспертами доступность медицинских услуг по программе государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за последние двадцать лет (%).

В открытом вопросе, в качестве основных препятствий эффективному реформированию российского здравоохранения, наиболее часто (26,7% экспертов) указывались существующие проблемы финансирования (недостаточность и неэффективность), 20,0% - экспертов отметили недостаточную профессиональную грамотность управленцев в здравоохранении, 13,3% - экспертов указывали на отсутствие системности и стратегического плана при проведении реформ и концепции развития здравоохранения, 10,0% - выделили важность проблем, связанных с коррупцией. Кроме этого, экспертами отмечены низкая грамотность медицинских работников, неэффективная работа страховых компаний и социальный фактор (снижение доходов населения, рост числа бедных и малоимущих и, как следствие, низкий уровень ответственности и мотивации пациентов на ЗОЖ). Так же было указано на отсутствие единого планирования по включению медицинских организаций (в том числе частной формы собственности) в реализацию программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи с учетом потребности в определенных видах медицинской помощи в субъектах РФ. Среди мнений экспертов можно отметить взгляд на отсутствие единой системы целевого распределения студентов образовательных организаций высшего медицинского

образования в медицинские организации как на одну из причин проблем обеспеченности медицинскими кадрами.

Объем текущей ПГГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи достаточным считают недостаточным 60,0% экспертов и только 33,3% посчитали его удовлетворительным (рис. 65).

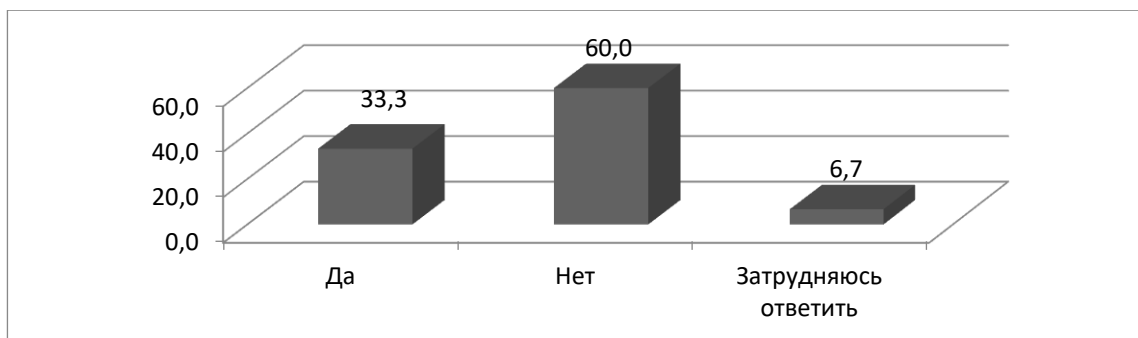


Рисунок 65. Оценка экспертами достаточности объема текущей ПГГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (%).

Далее экспертам было предложено оценить по пятибалльной системе значимость мер, которые необходимо предпринять для обеспечения сбалансированности между видами, объемами и финансовым обеспечением ПГГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (рис. 66).

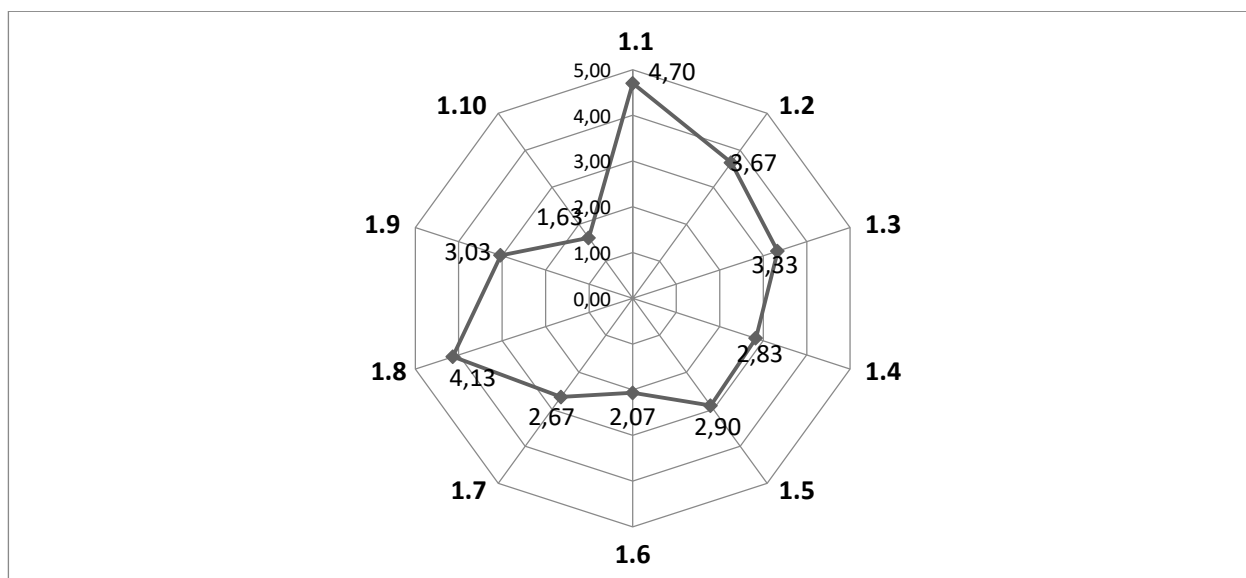


Рисунок 66. Балльная оценка экспертами значимости мер по обеспечению сбалансированности между видами, объемами и финансовым обеспечением ПГГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

(1.1 - Увеличение финансирования здравоохранения государством; 1.2 - Совершенствование системы контрольных мероприятий за использованием средств ОМС; 1.3 - Увеличение размера отчислений в фонд ОМС; 1.4 - Внедрение системы соплатежей граждан за медицинские услуги, предусмотренные в рамках ПГГ; 1.5 - Развитие сектора ДМС; 1.6 - Сокращение категорий граждан, имеющих право на получение медицинских услуг по ПГГ; 1.7 - Развитие государственно-частного партнерства; 1.8 - Развитие профилактической медицины; 1.9 - Ужесточение наказаний за несоблюдение ответственными лицами плана Минздрава РФ по противодействию коррупции; 1.10 - Закрепить на законодательном уровне обязательное приобретение полиса ДМС гражданами с высокими доходами).

В качестве наиболее значимой меры большинство экспертов оценило необходимость увеличения финансирования здравоохранения государством ($4,70 \pm 0,90$ баллов). Второе ранговое место среди оценок экспертов получило развитие профилактической медицины ($4,13 \pm 1,2$ балла). В диапазоне от 3 до 4 баллов экспертами было оценено три направления - совершенствование системы контрольных мероприятий за использованием средств ОМС ($3,67 \pm 1,18$ баллов), увеличение размера отчислений в фонд ОМС ($3,33 \pm 1,65$ баллов) и ужесточение наказаний за несоблюдение ответственными лицами плана Минздрава РФ по противодействию коррупции ($3,03 \pm 1,99$ баллов). Сравнительно невысокую оценку в интервале от 2 до 3 баллов получили меры по развитию сектора ДМС, внедрению системы соплатежей граждан за медицинские услуги, предусмотренные в рамках ПГГ, развитию государственно-частного партнерства. Наименьшую оценку среди экспертов получило предложение закрепить на законодательном уровне обязательное приобретение полиса ДМС гражданами с высокими доходами ($1,63 \pm 1,51$ баллов), так же невысоко было оценено сокращение категорий граждан, имеющих право на получение медицинских услуг по ПГГ ($2,07 \pm 1,46$ баллов).

Среди других возможных мер ряд экспертов высказали мнение о

необходимости внедрения различных способов мотивации граждан к ведению здорового образа жизни предусматривающих как поощрение («премирование путевками тех, кто не болел в течение года»), так и элементы ответственности со стороны пациента («законодательно решить вопрос об обязательном проведении диспансеризации, и в случае не прохождения - оказание медицинской помощи осуществлять за плату»).

Экспертам было предложено выделить функции страховых медицинских организаций системы ОМС, выполняемые ими не в полном объеме (рис. 67). Наибольшее количество экспертов – 63,3% считают, что не в полном объеме выполняется информационное обеспечение застрахованных, 56,7% - критически относятся к выполнению функции решения конфликтных ситуаций между пациентом и медицинской организацией. Менее половины экспертов, соответственно 43,3% и 40,0%, к числу не должным образом исполняемых функций относят контроль качества медицинской помощи и защиту прав застрахованных граждан. Только 3,3% экспертов полагают, что страховые медицинские организации выполняют все свои функции в полном объеме.

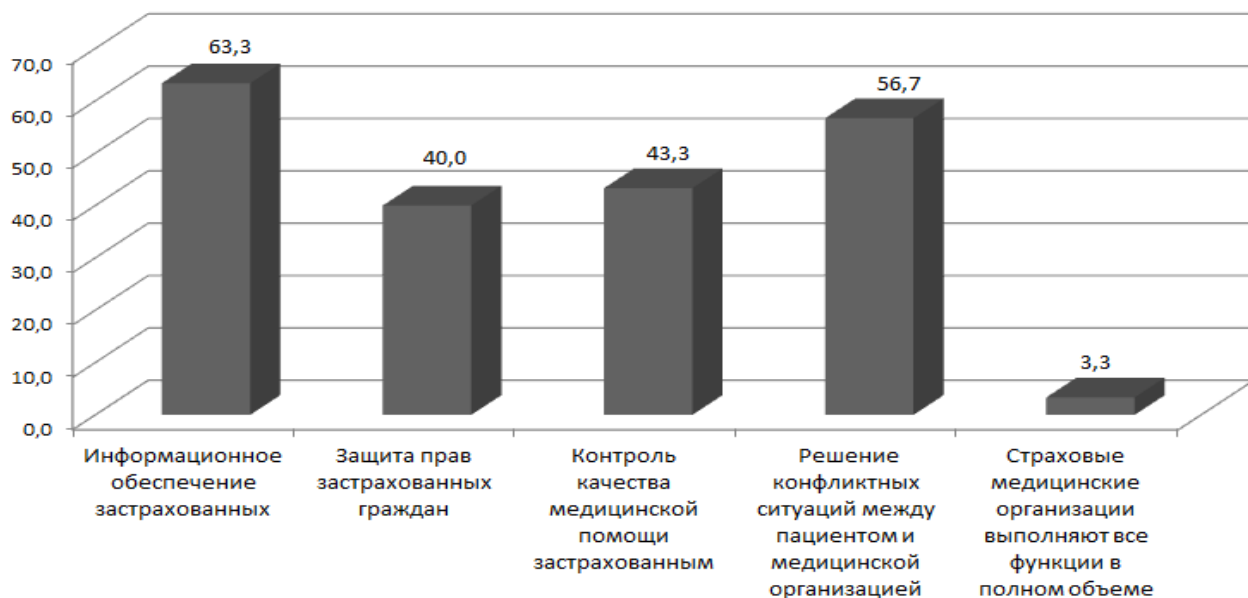


Рисунок 67. Оценка экспертами функций, выполняемых страховыми медицинскими организациями системы ОМС не в полном объеме (%).

Среди экспертов нет согласованного мнения по поводу целесообразности такой меры, как внедрение в РФ всеобщего лекарственного страхования (рис. 68).

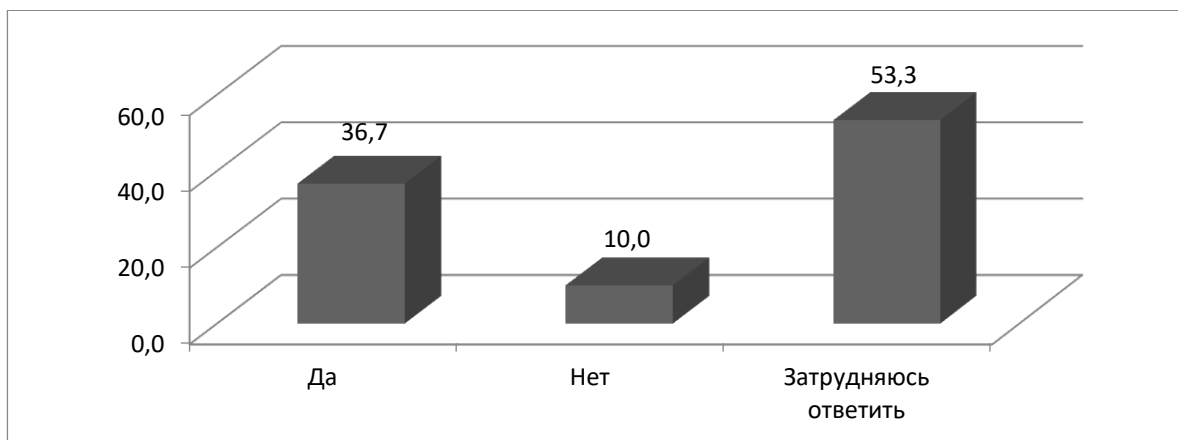


Рисунок 68. Оценка экспертами целесообразности внедрения всеобщего лекарственного страхования в РФ (%).

Большинство экспертов (53,3%) затруднились ответить на данный вопрос. 36,7% экспертов считают внедрение лекарственного страхования целесообразным, отрицательное отношение к данной мере – у 10,0% экспертов. Большинство положительно ответивших на данный вопрос – 13,4% отметили, что это приведет к повышению доступности лекарств для пациентов и систематизации работы врача. При объяснении положительной оценки эксперты ссылались на общемировую практику и указывали, что это приведет к снижению смертности (в т.ч. от ССЗ).

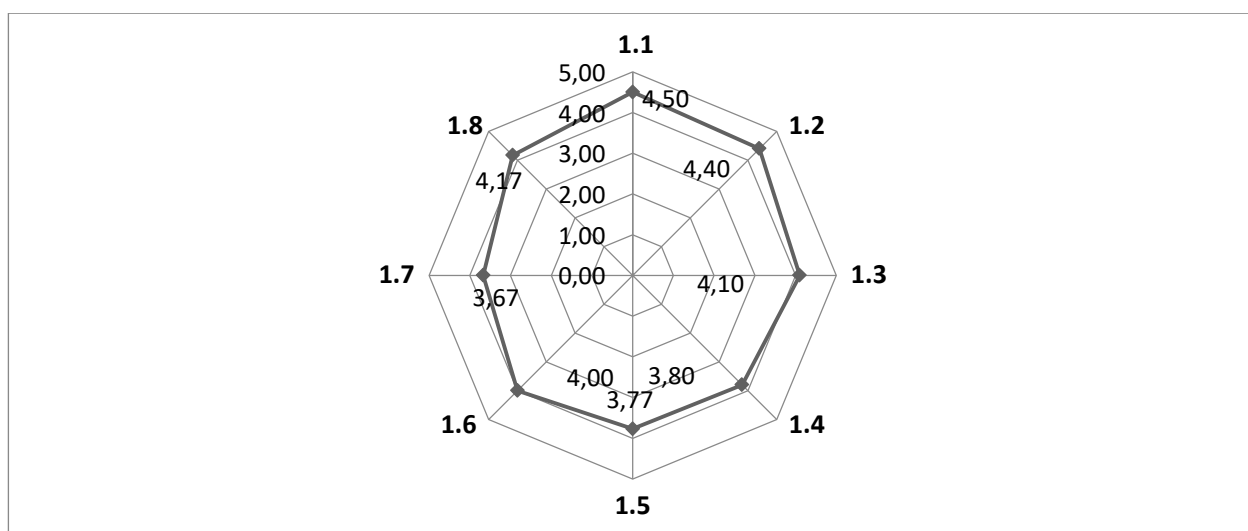


Рисунок 69. Балльная оценка экспертами значимости мер по повышению

привлекательности работы в государственном секторе здравоохранения и снижению оттока высококвалифицированных медицинских кадров (1.1 -

Повышение размера заработной платы; 1.2 - Улучшение условий и нормирования труда; 1.3 - Исключение из обязанностей врача «бумажной работы»; 1.4 - Снижение нагрузки на медицинских работников; 1.5 - Внедрение информационно-телекоммуникационных технологий; 1.6 - Создание условий карьерного и профессионального роста; 1.7 - Повышение привлекательности профессии медицинского работника с помощью СМИ; 1.8 - Оплата дополнительного профессионального образования за счет медицинской организации).

При оценке по пятибалльной системе мер направленных на повышение привлекательности работы в государственном секторе здравоохранения и снижение оттока высококвалифицированных медицинских кадров, наиболее важным эксперты признали необходимость повышения заработной платы – $4,50 \pm 1,17$ баллов (рис. 69). Второе ранговое место экспертами было отдано улучшению условий и нормирования труда ($4,40 \pm 1,00$ баллов). Так же достаточно высокую оценку с точки зрения значимости экспертами получили меры по оплате дополнительного профессионального образования за счет медицинской организации ($4,17 \pm 1,35$ баллов) и исключение из обязанностей врача «бумажной работы» ($4,10 \pm 0,96$ баллов). Ниже других направлений были оценены внедрение информационно-телекоммуникационных технологий ($3,76 \pm 1,30$ баллов) и повышение привлекательности профессии медицинского работника с помощью СМИ ($3,67 \pm 0,96$ баллов).

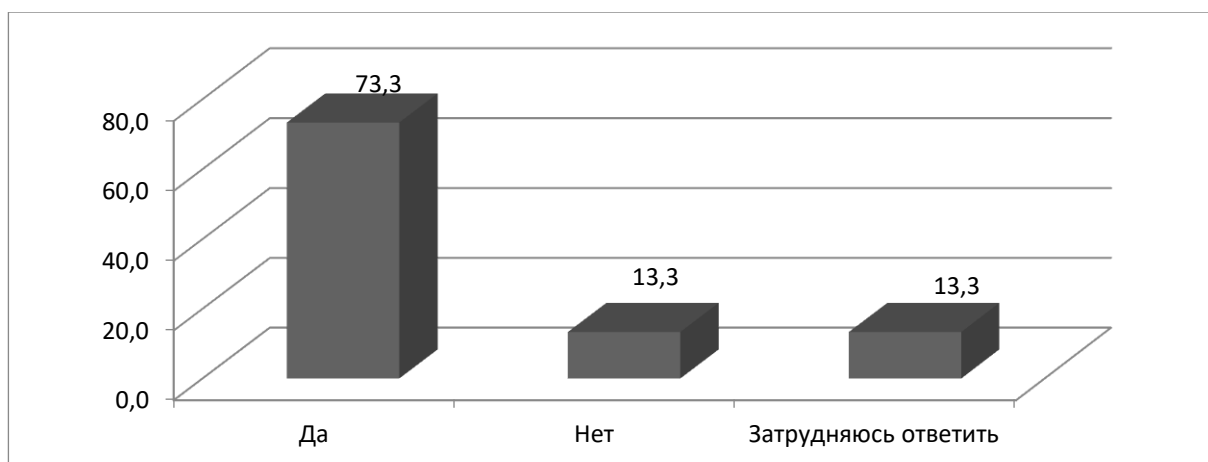


Рисунок 70. Оценка экспертами эффективности развития целевой подготовки медицинских кадров для восполнения дефицита врачей в регионах (%).

По мнению большинства экспертов, (73,3%), развитие целевой подготовки медицинских кадров является действенной мерой для восполнения дефицита врачей в регионах. При объяснении своей позиции в открытой части вопроса 46,7% экспертов выразили уверенность, что эта мера позволит восполнить дефицит медицинских кадров, прежде всего, в сельской местности и регионах, имеющих проблемы с территориальной и транспортной доступностью (рис. 70). В качестве примера объяснения положительного ответа можно привести следующее: «В настоящее время около 25% выпускников медицинских ВУЗов не трудоустраиваются по специальности. Среди «целевиков» этот показатель значительно меньше. При этом направляющая организация знает кто, когда и, нередко, по какой специальности придёт на работу. Финансовые обязательства в определённой степени обязывают выпускника трудоустроиться в направившую организацию, а по истечении срока «отработки» врач часто остаётся работать и дальше».

Среди объяснения негативного отношения к данной мере можно отметить мнение, что «в виду небольшого спектра нозологий, по которым оказывается помощь в условиях сельской больницы, молодой врач может со временем потерять квалификацию». В связи с этим предложено ротировать кадры, направляя врачей на месяц по производственной необходимости для работы в

районные больницы, которые при такой организации должны стать филиалами областной больницы (или филиалами межрайонного центра).

По вопросу о целесообразности введения обязательного страхования профессиональных рисков врачей в РФ большинство экспертов (76,7%) дали положительный отклик. Только 3,3% опрошенных экспертов отрицательно оценили данный подход (рис. 71).

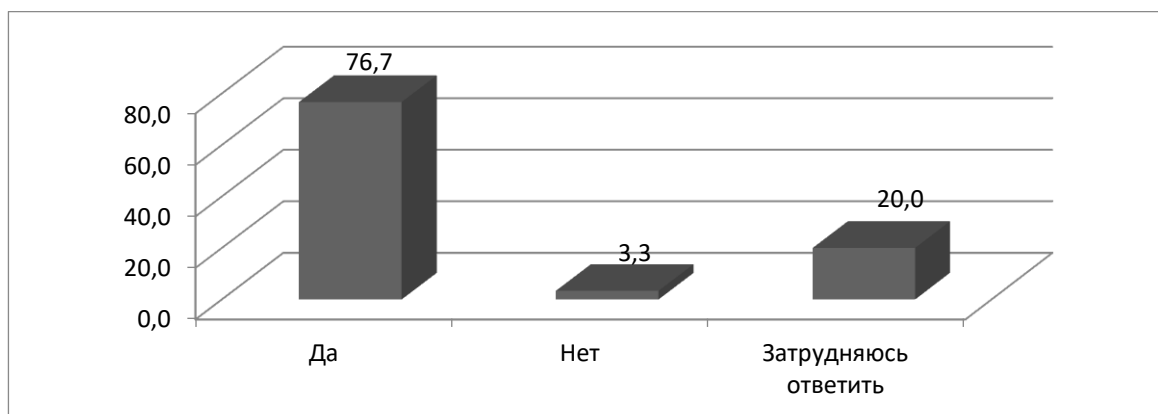


Рисунок 71. Оценка экспертами целесообразности введения обязательного страхования профессиональных рисков врачей в РФ (%).

Среди объяснений положительной оценки введения обязательного страхования профессиональных рисков преобладало мнение, что это позволит врачу «чувствовать себя защищенным от неумышленных ошибок, работать, не перестраховываясь и не перекладывая ответственность», а пациент сможет рассчитывать на материальную компенсацию за оказанную ему некачественную медицинскую помощь без обращения в судебные органы.

Негативную оценку при опросе экспертов получило предложение о внедрении штрафов для врачей при оказании медицинской помощи. 50,0% экспертов считают, что эта мера не повысит качество медицинской помощи. Только 30,0% экспертов поддержали внедрение данной меры (рис. 72).

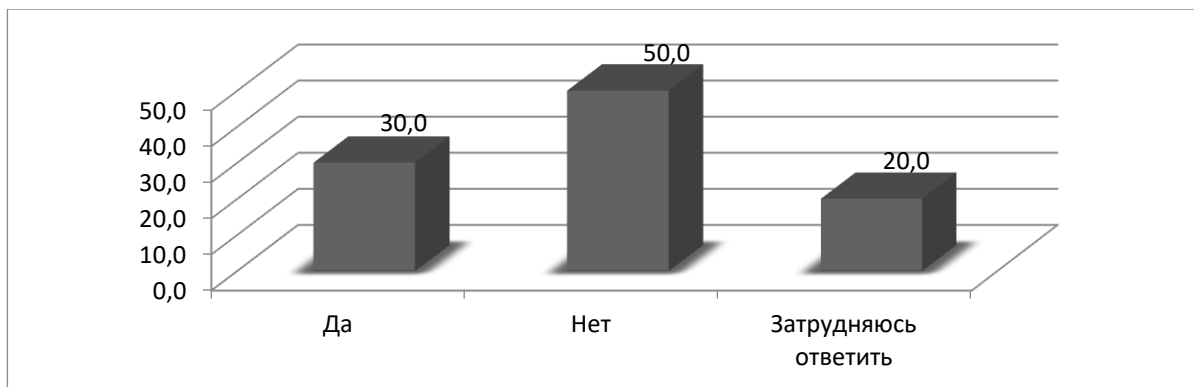


Рисунок 72. Оценка экспертами внедрения штрафов для врачей при оказании медицинской помощи с целью повышения качества медицинских услуг.

При объяснении положительной оценки по данному вопросу, эксперты указывали, что введение штрафов позволит повысить ответственность врача за оказываемые медицинские услуги, исключит назначение необоснованных медицинских услуг.

Среди противников штрафов преобладали мнения о том, что истинными причинами недостаточного качества медицинской помощи являются низкий уровень профессиональной подготовки среднестатистического медицинского работника, недостаточное материально-техническое обеспечение здравоохранения, неудовлетворительное лекарственное обеспечение, невысокий уровень жизни медицинских работников, и ни одна из этих проблем не решается наложением штрафных санкций на врачей. Высказывались опасения, что введение штрафов может усилить отток кадров. Эксперты указывали на возможное снижение качества медицинской помощи вследствие выбора врачами, во избежание возможных штрафов, назначений с наименьшими рисками и осложнениями, и при этом с меньшей результативностью. Преобладало мнение, что поскольку, оказание медицинских услуг, является результатом деятельности всей организации, штраф логичнее накладывать на МО, а не на врача.

В заключительном вопросе экспертам было предложено дать прогностическую оценку в рамках открытого вопроса: «Как Вы считаете, что

изменится в системе здравоохранения Российской Федерации в ближайшие десять лет?»).

В ответах 26,7% экспертов преобладали пессимистичные оценки ожидания ухудшения ситуации, 16,7% экспертов не прогнозируют каких-либо существенных изменений. Вместе с тем в ответах 50,0% экспертов преобладали оптимистичные оценки.

Резюмируя пессимистичные прогнозы можно выделить следующие основные моменты:

1) Снижение конкурса, и низкое заполнение целевых мест приема в образовательные организации высшего медицинского образования (из-за тяжелых условий работы, высоких штрафов, плохих условий для жизни в районах, низкой заработной платы). Как следствие этого, прогрессирующий кадровый дефицит.

2) Продолжится профессиональная миграция (потоки лучших специалистов в центральные регионы страны и другие страны).

3) Продолжится снижение доступности медицинской помощи, особенно населению сельских районов регионов России и малых городов, связанное с отсутствием государственной политики формирования населенных пунктов при одновременно продолжающемся процессе урбанизации.

4) Снижение доступности медицинской помощи городскому населению в связи с ужесточением требований к госпитализации в круглосуточные стационары и неготовностью поликлинической сети оказывать медицинскую помощь в большем объеме (неотложную, при обострениях заболеваний, но отсутствию показаний к госпитализации), отсутствием подготовленных кадров, оборудования, менталитетом населения и др.

5) Рост доли платных медицинских услуг, оказываемых населению, развитие частной системы здравоохранения

Эксперты, оптимистично оценивающие перспективы развития здравоохранения Российской Федерации среди положительных моментов

развития ситуации эксперты прогнозируют:

1) Рост качества медицинского обслуживания в связи с интегрированностью врачей в современную систему обучения и их заинтересованностью в повышении своих профессиональных навыков.

2) Расширение масштабов и эффективности диспансеризации населения, увеличение объема мероприятий по профилактике заболеваний.

3) Развитие стационар замещающих технологий.

4) Расширение доступности высокотехнологичной медицинской помощи, в т.ч. в регионах РФ.

5) Совершенствование системы подготовки медицинских кадров.

6) Создание центров, где будет концентрироваться диагностические и кадровые ресурсы специализированной медицинской помощи.

7) Внедрение информационных технологий в здравоохранение, снижение нагрузки на медицинский персонал в части заполнения первичной медицинской документации

8) В связи с ростом ожидаемой продолжительности жизни, нацеленность медицины на гериатрию, развитие здоровье сберегающих технологий и повышение качества жизни пожилых людей

9) Внедрение элементов ответственности пациента за состояния своего здоровья, в том числе с использованием финансовых инструментов (льготные страховки, поощрения, бонусы и другие методы экономической заинтересованности)

10) Увеличение доли отечественных расходных материалов, оборудования, методик лечения.

11) Повышение надежности юридической защищенности врачей.

Таким образом, эксперты не смогли дать однозначную оценку результатов проведенных реформ в российском здравоохранении за последние двадцать лет. Среди наиболее актуальных проблем российского здравоохранения экспертами были выделены: недостаточная квалификация

специалистов в области управления государственной системой здравоохранения, неравномерное распределение современной материально-технической базы по субъектам РФ и неравномерная доступность медицинской помощи по субъектам РФ.

Главными проблемами на пути реформирования здравоохранения РФ эксперты считают недостаточность и неэффективность финансирования, недостаточную профессиональную грамотность управленцев в здравоохранении, отсутствие стратегического плана при проведении реформ.

При этом они отмечают рост доступности медицинских услуг по программе государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В то же время ее объем признается экспертами не достаточным.

Для обеспечения сбалансированности между видами, объемами и финансовым обеспечением ПГГ наиболее важным по мнению экспертов являются необходимость увеличения финансирования здравоохранения государством, развитие профилактической медицины и совершенствование системы контрольных мероприятий за использованием средств ОМС.

Из функций страховых медицинских организаций системы ОМС, по мнению экспертов, наиболее не удовлетворительно на сегодняшний день выполняются информационное обеспечение застрахованных и разрешение конфликтных ситуаций между пациентом и медицинской организацией.

Для повышения привлекательности работы в государственном секторе здравоохранения и снижения оттока высококвалифицированных медицинских кадров наиболее важным эксперты признали необходимость повышения заработной платы, улучшение условий и нормирования труда, оплате дополнительного профессионального образования за счет медицинской организации.

Экспертами были положительно оценены такие меры, как развитие целевой подготовки медицинских кадров для восполнения дефицита врачей в

регионах, введение обязательного страхования профессиональных рисков врачей. В целом негативную оценку экспертов получило внедрение штрафов для врачей при оказании медицинской помощи, как мера для повышения качества медицинских услуг.

В целом, среди экспертов относительно изменений в системе здравоохранения Российской Федерации в ближайшие десять лет преобладали оценки в большей степени, склоняющиеся к оптимистическому варианту развития.

5.2. Проблемы и возможные направления совершенствования современной смешанной модели здравоохранения.

По результату проведенного социологического исследования, экспертами были выделены следующие проблемы современной смешанной модели здравоохранения и возможные направления ее совершенствования:

Проблемы	Направления совершенствования
1. Недостаточная квалификация специалистов в области управления государственной системой здравоохранения	• Повышение профессиональной грамотности субъектов-управленцев в здравоохранении
2. Отсутствие системы стратегического планирования при проведении реформ	• Разработка системы стратегического планирования при проведении реформ
3. Неэффективная система финансирования	• Совершенствование системы финансирования и контрольных мероприятий за использованием средств ОМС
4. Несбалансированность между видами, объемами и финансовым	• Увеличение финансирования здравоохранения государством (в

<p>обеспечением ПГГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи</p> <p>5. Неравномерное распределение кадровых и материально-технических ресурсов по субъектам РФ и как следствие - неравномерная доступность медицинской помощи</p> <p>6. Снижение доступности медицинской помощи городскому населению в связи с ужесточением требований к госпитализации в круглосуточные стационары и неготовностью поликлинической сети оказывать медицинскую помощь в большем объеме</p> <p>7. Рост доли платных медицинских услуг, оказываемых населению, развитие частной системы здравоохранения</p>	<p>частности здравоохранения регионов РФ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Развитие целевой подготовки медицинских кадров для восполнения дефицита врачей в регионах • Дальнейшее внедрение профилактической медицины • Укрепление первичного звена высококвалифицированными медицинскими кадрами и материально-техническими ресурсами
<p>8. Неисполнение страховыми компаниями функций по информационному обеспечению застрахованных и разрешению конфликтных ситуаций между пациентом и медицинской организацией</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Повышение роли страховых медицинских организаций в организации медицинской помощи застрахованным в системе ОМС
<p>9. Низкая привлекательность работы в государственном секторе</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Повышение заработной платы • Улучшения условий и

<p>здоровоохранения и снижение оттока высококвалифицированных медицинских кадров</p> <p>10. Профессиональная миграция в центральные регионы страны и другие страны</p>	<p>нормирования труда</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оплата дополнительного профессионального образования за счет медицинских организаций • Введение обязательного страхования профессиональных рисков врачей
--	---

Многие из направлений, отмеченных экспертами, были выделены президентом В.В. Путиным в августе 2019 г. на совещании по вопросам модернизации первичного звена здравоохранения (совершенствование системы стратегического планирования, увеличение объема финансирования здравоохранения государством, обеспечение равномерной доступности медицинской помощи по субъектам, дальнейшее развитие профилактической медицины, равномерное распределение кадровых и материально-технических ресурсов по субъектам, совершенствование системы мотивации медицинских работников) [147].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как показали проведенные в рамках настоящего исследования анализ и систематизация архивных источников о жизни и деятельности Н.А. Семашко – первого наркома здравоохранения можно отнести к категории людей, которые берут ответственность за происходящие вокруг события. Опираясь на собственное мировоззрение и миропонимание, невзирая на трудности, он настойчиво воплощал в жизнь идеи, в которые верил и считал правильными. В самые трудные моменты пережитого периода пример Н.А. Семашко, его беспредельная преданность делу, неистощимая энергия и отзывчивое и душевное отношение к людям поднимали самосознание окружающих, вселяли в них уверенность в достижении реальных успехов и приближении к тем идеалам, которые ставило себе отечественное здравоохранение.

Н.А. Семашко в этой трудной творческой работе на посту народного комиссара здравоохранения пришлось преодолевать много препятствий. Эпидемии, Гражданская война, голод, блокада – вот условия, при которых приходилось преобразовывать здравоохранение. Борьба с этими факторами осложнялась еще и внутренними противоречиями среди медицинского персонала, многим, из которых было трудно понять и дать верную оценку тем новым началам и задачам, которые поставила перед медициной централизованная модель здравоохранения. И в этой внутренней борьбе первый нарком здравоохранения проявил большую стойкость и непреклонность, в собирании и объединении отечественной медицины, что и прежние противники стали убежденными ее участниками.

В период стихийного процесса падения старых устоев он проявил большую стойкость, силу воли, энергию творчества, среди бурных волн разрушения неуклонно шел к конечной цели отечественной медицины – созданию новой модели здравоохранения. Популярность Н.А. Семашко, объясняется именно тем, что участвуя в разрушительной работе революции

большевиков в октябре 1917 г., по ликвидации основ прежнего государственного устройства, он в то же время твердо и неуклонно направлял процесс строительства отечественного здравоохранения. В процессе созидания и организации Народного комиссариата здравоохранения, твердо проводя свою идею единой, централизованной медицины. Н.А. Семашко по праву может считаться основоположником советского здравоохранения.

Большой вклад Н.А. Семашко внес в организацию курортного дела в Крыму. Основы санаторно-курортного дела, заложенные первым наркомом здравоохранения, успешно развивались и в дальнейшем. В настоящее время, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, Российская Федерация берет на себя обязательства по обеспечению санаторно-курортным лечением отдельных категорий граждан, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета.

Немаловажным является вклад Н.А. Семашко в международное сотрудничество в области здравоохранения. Благодаря личным усилиям Н.А. Семашко были восстановлены связи между русскими учеными и зарубежными представителями медицинской науки. Он выступал за рубежом с докладами и лекциями о новой модели здравоохранения, рассказывал о ее преимуществах и достижениях в печатных изданиях. Происходил обмен литературой, советские ученые стали принимать участие в конференциях, посещать зарубежные научные институты.

Отдельной заслугой наркома является его участие в привлечении помощи зарубежных общественных организаций во время Гражданской войны. Наркомздраву, под руководством Н.А. Семашко, удалось установить контакты со многими общественными организациями США, которые собирали средства для закупки гуманитарной помощи для РСФСР. Некоторые теоретико-методологические подходы созданной Н.А. Семашко модели здравоохранения (общегосударственный характер здравоохранения и всеобщий охват населения социальными гарантиями) впоследствии использовались в международной

практике.

Методологические основы организации здравоохранения, заложенные Н.А. Семашко, в настоящее время, пройдя этап трансформации, успешно реализуются в Российской Федерации. Государственный и централизованный характер регулирования программ ОМС, плановый характер развития здравоохранения, профилактическое направление, территориально-участковый принцип организации здравоохранения, а также приоритет охраны материнства и младенчества в настоящее время реализованы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В настоящее время в здравоохранении РФ остается актуальной, поставленная Н.А. Семашко в 1918 г. цель отечественного здравоохранения: обеспечение всех граждан качественной, общедоступной и бесплатной медицинской помощью.

Как уже было указано выше, многие теоретико-методологические подходы советской модели здравоохранения (модели Семашко) были трансформированы в 1991г.: монопольный государственный характер организации был трансформирован в систему государственного регулирования программы ОМС. Менее централизованным стал способ управления системой здравоохранения. Неизменным остался территориально-участковый принцип организации здравоохранения, развитие которого происходит непрерывно до настоящего времени, в связи с территориальной особенностью страны. Внедрены новые формы профилактики заболеваний, гигиенического обучения и воспитания населения, диспансеризации, охраны материнства и детства. В системе высшего медицинского образования сохраняется единство науки и практики, с переходом на систему непрерывного образования специалистов, основной целью которой является обеспечение гарантий граждан на получение качественной и безопасной медицинской помощи в соответствии с международными стандартами. Участие населения в вопросах организации

здравоохранения происходит через различные общественные организации (Общероссийский народный фронт, Национальная медицинская палата и др.).

Роль общественных организаций в системе здравоохранения Российской Федерации возрастает с каждым годом. Волонтерские движения и объединения медицинских сообществ в настоящее время являются главными инструментами участия населения в вопросах организации здравоохранения. Утратил свое формальное значение классовый принцип организации здравоохранения.

Несмотря на то, что современное российское здравоохранение во многом основано на теоретико-методологических подходах советской модели здравоохранения (модели Семашко), в современных условиях требуется дальнейшее реформирование системы здравоохранения. Однако существует ряд проблем, препятствующих этому процессу, среди которых можно отметить следующие: дефицит финансовых средств для реализации реформ; несбалансированность государственных гарантий с финансовыми возможностями их реализации; недостаточная нормативно-правовая база; несбалансированность коечного фонда; низкое развитие стационар замещающих технологий; дефекты оказания медицинской помощи в регионах; низкая интенсивность внедрения в практическое здравоохранение новых научных разработок; слабый уровень развития информационно-телекоммуникационных технологий; низкая профилактическая активность в работе первичного звена здравоохранения; низкая социальная привлекательность работы в первичном медико-санитарном звене.

Все эти проблемы существенно усугубляют исторически сложившиеся стереотипы поведения населения: низкая мотивация к соблюдению ЗОЖ, высокая распространенность поведенческих факторов риска (курение, злоупотребление алкоголем, наркомания, недостаточная двигательная активность наряду с нерациональным несбалансированным питанием, избыточная масса тела и т.д.), а также низкая юридическая грамотность в области здравоохранения.

Большинство вышеуказанных проблем, как отметил президент В.В. Путин на совещании по вопросам модернизации первичного звена здравоохранения, можно решить с помощью укрепления системы ПМСП. Приоритет ПМСП, ее интеграция с возможностями, современных технологий, а также информирование населения по вопросам охраны здоровья позволят достичь наивысшего возможного уровня здоровья, являющегося важнейшей социальной задачей в мире, а также фундаментальным правом человека, проживающего в любой политической и социально-экономической системе.

Необходимо отметить, что достижение, поставленных президентом, задач требует не только наличия финансовых и материальных ресурсов, но и в первую очередь, наличия квалифицированных кадровых ресурсов (субъектов управления системой здравоохранения) на всех уровнях отрасли. Из чего можно заключить, что для успешного реформирования здравоохранения и достижения намеченных, президентом и правительством РФ долгосрочных целей, необходимо, прежде всего, сконцентрировать внимание на подготовке квалифицированных управленцев, владеющих методологией организации здравоохранения, мировоззрение которых не ограничивается знанием отдельных, фактологических, элементов государственных образовательных стандартов.

Анализ особенностей предоставления бесплатной медицинской помощи за рубежом показал, что, несмотря на различные организационные и структурные особенности организации здравоохранения за рубежом, практически все развитые страны гарантируют гражданам бесплатную первичную медико-санитарную медицинскую помощь, в определенном объеме, вне зависимости от формального источника финансирования: государственные (налоги) или общественные средства (страхование)).

Актуальной задачей, современного, глобального здравоохранения, по-прежнему, остается задача всеобщего охвата населения мира, и развивающихся стран в частности, услугами здравоохранения. Равное право населения мира на

доступ к ПМСП впервые было признано, на официальном уровне, в 1978 г. на Алма-Атинской конференции ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи. Однако прогресс развития системы ПМСП в мире на протяжении четырех последних десятилетий был неравномерным.

Таким образом, методологические основы организации здравоохранения за рубежом, как и в Российской Федерации, и нацелены на предоставление гражданам определенного объема и перечня бесплатной, общедоступной и квалифицированной первичной медико-санитарной медицинской помощи. Однако, в условиях ограниченности финансовых ресурсов, объем и перечень медицинских услуг, предоставляемый гражданам на бесплатной основе, отличается в разных странах.

Проведенный комплексный сравнительный анализ состояния здоровья населения, факторов, влияющих на него, ресурсов системы здравоохранения в советский период и на современном этапе показал, что социально-экономические преобразования в России за последние три десятилетия привели к существенным изменениям в демографической ситуации населения страны. Неблагоприятные тенденции, ведущие к депопуляции, следует рассматривать как угрозу социальному благополучию и экономическому развитию страны.

Согласно прогнозам, выполненным при помощи уравнений тренда до 2022 г., при сохранении имеющихся тенденций, численность населения РФ может увеличиться до 150,3 (ДИ 95% 149,2-151,3) млн. человек, при этом ожидается сокращение численности трудоспособного населения до 76,5 (ДИ 95% 74,7-78,3) млн. человек с одновременным увеличением численности возрастных групп моложе и старше трудоспособного возраста до 33,4 (ДИ 95% 32,1-34,6) и 42,9 (ДИ 95% 41,9-44,0) млн. человек соответственно. Прогнозируется сохранение превышения численности женского населения над мужским на 9,9 млн. человек. Предполагается, что к 2022 г уровень рождаемости может составить 11,8 (ДИ95% 9,0-13,7) на 1000 населения, смертности - 11,1 (ДИ95% 10,1-12,0) на 1000 населения. Отсутствие

перспектив роста рождаемости в условиях старения населения указывает на то, что положительного естественного прироста населения можно достигнуть только за счет снижения смертности. Сохранение к 2022 г. уровня суммарный коэффициент рождаемости ниже необходимого для воспроизводства населения - 1,74 (ДИ95% 1,54-1,95) указывает на то, что главным источником роста численности населения РФ будет являться миграционный прирост. К 2022 году ожидаемая продолжительность жизни населения РФ может достигнуть – 75,2 (ДИ95% 74,1-76,4). При этом сохранится существенная гендерная разница ОПЖ - 70,26 (ДИ 95% 68,9 – 71,6) для мужчин и 79,5 (ДИ 95% 78,8-80,3) для женщин.

С существенной долей вероятности к 2022 году можно ожидать дальнейшего снижения смертности населения в трудоспособном возрасте до 4,0 (ДИ 95% 3,0-5,0) на 1000 населения трудоспособного возраста и сохранения младенческой смертности на уровне 5,6 (ДИ 95% 4,1–7,0) на 1000 родившихся живыми. По отдельным классам заболеваний прогнозируется снижение смертности от БСК, внешних причин, БОД, рост смертности от болезней органов пищеварения и неустойчивая тенденция смертности от онкологических заболеваний. При прогнозировании динамики заболеваемости населения РФ, к 2022 г. предполагается дальнейший рост первичной (до 807,5 (ДИ95% 788,9-826,0) на 100000 человек) и общей (1667,5 (ДИ 95% 1611,3–1723,7) на 100000 человек) заболеваемости. При этом ожидается снижение показателя первичной инвалидности до 40,6 (ДИ 95% 24,0–57,1) на 10 000 человек, при преобладании среди впервые признанных инвалидами лиц, получивших третью группу.

За последние тридцать лет прослеживаются не только существенные изменения демографической ситуации и здоровья населения, но также изменения в образе жизни и благополучии населения страны.

Согласно прогнозу, выполненному при помощи модели экспоненциального сглаживания до 2021 г., при сохранении имеющихся тенденций уровень продаж населению РФ алкогольных напитков в

абсолютном алкоголе может сократиться до 4,96 литров на душу населения. Прогнозируется снижение продажи населению табачных изделий до 2,0 тыс. шт. на человека. При этом, согласно прогнозу, выполненному при помощи уравнения тренда к 2021 г. уровень показателя впервые выявленных случаев наркомании и токсикомании среди населения РФ может составить - 18,9 (ДИ 95% 10,6-27,3).

Ситуация с социальным расслоением в Российской Федерации складывается не лучшим образом. После 1990 г. наблюдается неравенство в распределении доходов, негативно влияющее на дальнейших перспективах развития страны. Согласно прогнозам, выполненным при помощи моделей экспоненциального сглаживания к 2021 г. коэффициент фондов может составить – 14,7, а коэффициент Джини – 0,403. Важнейшей задачей государства в настоящее время является коррекция существующей социально-экономической модели развития государства, а также разработка перечня мероприятий, направленных на выравнивание социального неравенства. Одним из таких методов может стать внедрение прогрессивной шкалы налогообложения.

Негативные тенденции отмечаются также в показателях, отражающих ресурсы системы здравоохранения. Согласно прогнозу, выполненному при помощи уравнения тренда, к 2022 году численность врачей может сократиться до 45,3 (ДИ 95% 42,7-47,7) на 10000. Численность среднего медицинского персонала в РФ на 10 000 населения может стабилизироваться на уровне 104,2 (ДИ 95% 101,2-107,2) на 10000 населения. При сохранении темпов сокращения больничных учреждений их количество может уменьшиться до 2,8 (ДИ 95% 1,4-4,3) тысяч. Число больничных коек может снизиться до 72,1 (ДИ 95% 66,5-77,7) на 10000 населения. Прогнозируется стабилизация показателя мощности амбулаторно-поликлинических организаций на уровне 265,3 (ДИ 95% 260,2 - 270,4) на 10000 населения. При использовании метода экспоненциального сглаживания к 2022 г. предполагается стабилизация показателя численности

амбулаторно-поликлинических учреждений, на уровне 19,1 тыс. учреждений. Негативные тенденции в показателях, отражающих ресурсы системы здравоохранения, следует рассматривать как ведущий фактор, снижающий доступность медицинских услуг для населения РФ, гарантируемой ПГГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Проведенный, методом экспертных оценок, анализ состояния современной смешанной модели здравоохранения, и программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в частности, показал, что эксперты не смогли дать однозначную оценку результатов проведенных реформ в российском здравоохранении за последние двадцать лет. Среди наиболее актуальных проблем российского здравоохранения экспертами были выделены: недостаточная квалификация специалистов в области управления государственной системой здравоохранения, неравномерное распределение современной материально-технической базы по субъектам РФ и неравномерная доступность медицинской помощи по субъектам РФ.

Главными проблемами на пути реформирования здравоохранения РФ эксперты считают недостаточность и неэффективность финансирования, недостаточную профессиональную грамотность управленцев в здравоохранении, отсутствие стратегического плана при проведении реформ.

При этом они отмечают рост доступности медицинских услуг по программе государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В то же время ее объем признается экспертами не достаточным.

Для обеспечения сбалансированности между видами, объемами и финансовым обеспечением ПГГ наиболее важным по мнению экспертов являются необходимость увеличения финансирования здравоохранения государством, развитие профилактической медицины и совершенствование системы контрольных мероприятий за использованием средств ОМС.

Из функций страховых медицинских организаций системы ОМС, по мнению экспертов, наиболее не удовлетворительно на сегодняшний день выполняются информационное обеспечение застрахованных и разрешение конфликтных ситуаций между пациентом и медицинской организацией.

Для повышения привлекательности работы в государственном секторе здравоохранения и снижения оттока высококвалифицированных медицинских кадров наиболее важным эксперты признали необходимость повышения заработной платы, улучшение условий и нормирования труда, оплате дополнительного профессионального образования за счет медицинской организации.

Экспертами были положительно оценены такие меры, как развитие целевой подготовки медицинских кадров для восполнения дефицита врачей в регионах, введение обязательного страхования профессиональных рисков врачей. В целом негативную оценку экспертов получило внедрение штрафов для врачей при оказании медицинской помощи, как мера для повышения качества медицинских услуг. В целом, среди экспертов относительно изменений в системе здравоохранения Российской Федерации в ближайшие десять лет преобладали оценки в большей степени, склоняющиеся к оптимистическому варианту развития.

Комплексный анализ результатов проведенного исследования позволил прийти к формированию выводов и практических рекомендаций.

ВЫВОДЫ

1. Методологические основы советской модели здравоохранения (модели Семашко), заложенные Н.А. Семашко, обеспечили стабильность и устойчивость данной модели на протяжении многих лет. В период социально-экономических потрясений, происходивших в России в XX веке методологические основы советской модели здравоохранения, внедренные в практическую деятельность Н.А. Семашко и его единомышленниками, позволили обеспечить население качественной, общедоступной и бесплатной медицинской помощью.

2. Несмотря на переход от советской модели (модели Семашко) на смешанную модель здравоохранения в постсоветский период, методологическое наследие Н.А. Семашко позволило сохранить для населения Российской Федерации реализацию принципа бесплатного оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3. В настоящее время в здравоохранении РФ остается актуальной цель советской модели (модели Семашко): обеспечение всех граждан качественной, общедоступной и бесплатной медицинской помощью. Теоретико-методологические подходы организации здравоохранения были трансформированы в постсоветский период: монопольный государственный характер организации в систему государственного регулирования программы ОМС. Неизменным остался территориально-участковый принцип организации здравоохранения, развитие которого происходит непрерывно до настоящего времени, в связи с территориальной особенностью страны. Внедрены новые формы профилактики заболеваний, гигиенического обучения и воспитания населения, диспансеризации, охраны материнства и детства. В системе высшего медицинского образования сохраняется единство науки и практики с переходом на систему непрерывного образования специалистов. Участие населения в

вопросах организации здравоохранения происходит через различные общественные организации. Утратил свое формальное значение классовый принцип организации здравоохранения.

4. Несмотря на различные организационные и структурные особенности организации здравоохранения за рубежом, практически все развитые страны (за исключением США) гарантируют гражданам бесплатную первичную медико-санитарную медицинскую помощь определенного перечня и объема, вне зависимости от формального источника финансирования: государственные или общественные средства.

5. Анализ состояния здоровья населения и организации медицинской помощи в советский период и на современном этапе в РФ продемонстрировал, что социально-экономические преобразования за последние три десятилетия привели к существенным изменениям в демографической ситуации и здоровье населения страны. Неблагоприятные тенденции, ведущие к депопуляции, следует рассматривать как угрозу социальному благополучию и экономическому развитию страны. Согласно прогнозам, к 2022 г. численность населения может увеличиться до 150,3 (ДИ 95% 149,2-151,3) млн. человек, при этом ожидается сокращение численности трудоспособного населения до 76,5 (ДИ 95% 74,7-78,3) млн. человек с одновременным увеличением численности возрастных групп моложе и старше трудоспособного возраста до 33,4 (ДИ 95% 32,1-34,6) и 42,9 (ДИ 95% 41,9-44,0) млн. человек. К 2022 г. уровень рождаемости может составить 11,8 (ДИ95% 9,0-13,7) на 1000 населения, смертности - 11,1 (ДИ95% 10,1-12,0) на 1000 населения. В условиях продолжительного воздействия комплекса неблагоприятных социальных и экономических факторов на состояние здоровья населения в Российской Федерации сохраняется угроза депопуляции в стране.

6. Сохранение к 2022 г. уровня СКР ниже необходимого для воспроизводства населения - 1,74 (ДИ95% 1,54-1,95) указывает на то, что главным источником роста численности населения РФ будет являться

миграционный прирост. К 2022 году ожидаемая продолжительность жизни населения РФ может достигнуть – 75,2 (ДИ95% 74,1-76,4). При этом сохранится существенная гендерная разница ОПЖ - 70,26 (ДИ 95% 68,9 – 71,6) для мужчин и 79,5 (ДИ 95% 78,8-80,3) для женщин. К 2022 г. можно ожидать дальнейшего снижения смертности населения в трудоспособном возрасте до 4,0 (ДИ 95% 3,0-5,0) на 1000 населения трудоспособного возраста и сохранения младенческой смертности на уровне 5,6 (ДИ 95% 4,1–7,0) на 1000 родившихся живыми.

7. При прогнозировании динамики заболеваемости населения РФ, к 2022 г. предполагается дальнейший рост первичной (до 807,5 (ДИ95% 788,9-826,0) на 1000 человек) и общей (1667,5 (ДИ 95% 1611,3–1723,7) на 1000 человек) заболеваемости. При этом ожидается снижение показателя первичной инвалидности до 40,6 (ДИ 95% 24,0–57,1). К 2021 г. уровень продажи населению РФ алкогольных напитков в абсолютном алкоголе может сократиться до 4,96 литров (на душу населения), продажи населению табачных изделий могут упасть до 2,0 тыс. шт. (на человека), а уровень показателя первичной заболеваемости наркоманией и токсикоманией может составить - 18,9 (ДИ 95% 10,6-27,3). К 2021 г. коэффициент фондов может составить – 14,7, а коэффициент Джини – 0,403, что говорит о сохранении на ближайшую перспективу выраженного расслоения населения РФ по уровню доходов.

8. Проведенный анализ методом экспертных оценок показал, что наиболее актуальными проблемами российского здравоохранения являются: недостаточная квалификация специалистов в области управления государственной системой здравоохранения (4,40±0,86 балла); неравномерное распределение современной материально-технической базы и неравномерная доступность медицинской помощи по субъектам (4,23±1,10 балла); низкая обеспеченность государственного сектора высококвалифицированными кадрами (4,10±1,10 балла); недостаточный уровень заработной платы медицинского персонала (4,03±1,5 балла); недостаточный уровень

финансирования здравоохранения государством ($4,70 \pm 0,90$ балла); низкий уровень развития профилактической медицины ($4,13 \pm 1,2$ балла).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При оценке эффективности принятых управленческих решений по реформированию системы здравоохранения необходимо проведение регулярных социологических исследований методом экспертного опроса, среди специалистов в области управления здравоохранением, направленных на разработку прогноза развития отрасли, интерпретацию происходящих явлений, формулирование проблемных вопросов.

2. Формирование социальной активности врачебного сообщества возможно при помощи включения медицинских специалистов в работу профессиональных общественных организаций в целях их сотрудничества с Федеральными и территориальными органами управления здравоохранением, участия и расширения возможностей при принятии решений.

3. С целью изменения неблагоприятных тенденций в показателях, отражающих состояние здоровья населения Российской Федерации, целесообразно приступить к реализации следующих направлений совершенствования российского здравоохранения: повышение квалификации специалистов в области управления государственной системой здравоохранения, совершенствование системы стратегического планирования при проведении реформ, совершенствование системы финансирования и контрольных мероприятий за использованием средств ОМС, развитие целевой подготовки медицинских кадров для восполнения дефицита врачей в регионах, укрепление первичного звена высококвалифицированными медицинскими кадрами и материально-техническими ресурсами, повышение роли страховых медицинских организаций в организации медицинской помощи застрахованным в системе ОМС.

4. Рассмотрение вопроса по расширению объема медицинских услуг, гарантируемых по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, является неотъемлемым условием

реализации на практике принципа бесплатного оказания медицинской помощи населению Российской Федерации.

5. Для повышения привлекательности работы в государственном секторе здравоохранения и снижения оттока высококвалифицированных медицинских кадров целесообразным представляется совершенствование системы мотивации и стимулирования медицинских работников (увеличение заработной платы, улучшение условий и нормирования труда), а также внедрение обязательного страхования профессиональных врачебных рисков.

6. Образовательным организациям, подведомственным Министерству здравоохранения и Министерству образования Российской Федерации, рекомендовано включить в образовательные программы высшего образования по специальностям 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение и 07.00.10 – история науки и техники результаты настоящего исследования.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- БСК – болезни системы кровообращения
- ВАК – Высшая аттестационная комиссия
- ВВП – внутренний валовой продукт
- ВМП - высокотехнологичная медицинская помощь
- ВОЗ – всемирная организация здравоохранения
- ВЧК - всероссийская чрезвычайная комиссия
- ГАРФ – Государственный архив Российской Федерации
- ДМС – добровольное медицинское страхование
- ЗОЖ – здоровый образ жизни
- ИМУ - Императорский Московский университет
- ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение
- МО – медицинская организация
- МОЛМИ – 1-й Московский ордена Ленина медицинский институт
- НАРТ - Национальный архив Республики Татарстан
- НЭП – новая экономическая политика
- ОКС – общий коэффициент смертности
- ОМС – обязательное медицинское страхование
- ОППЖ – ожидаемая продолжительность предстоящей жизни
- ОЭСР - организации экономического сотрудничества и развития
- ПГГ – программа государственных гарантий
- ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
- СКР – суммарный коэффициент рождаемости
- СМО – страховая медицинская организация
- ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования
- ФАП – фельдшерско-акушерский пункт
- ФФОМС - федеральный фонд обязательного медицинского страхования

ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких

ЦК РСДРП – Центральный комитет Российской социал-демократической рабочей партии

ЦК ВКП(б) - Центральный комитет всероссийской коммунистической партии (большевиков).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Архивные источники:

1. Государственный архив Российской Федерации (далее ГАРФ) - Ф. 1235. - Оп. 74.
2. ГАРФ. - Ф. А482. - Оп. 1. - Д. 226 «Переписка с Всероссийской чрезвычайной комиссией об арестах и освобождении из-под ареста врачей».
3. ГАРФ. - Ф. 353. - Оп. 2. - Д. 772. «Заявление Народного комиссара здравоохранения Семашко в Совнарком о разъяснении на местах причин ареста врачей, виновных политически, а не в результате профессиональной деятельности».
4. ГАРФ. - Ф. А482. - Оп. 35. - Д. 17. «Переписка с американскими учреждениями, организациями и частными лицами об оказании советскому народу медицинской и материальной помощи».
5. ГАРФ. - Ф. А482. - Оп. 42. - Д. 5465.
6. ГАРФ. - Ф. 1235. - Оп. 74 «Дело по протесту Народного комиссара здравоохранения тов. Семашко и председателя Общества борьбы с алкоголизмом Ю. Ларина на распоряжение Московского Совета о разрешении продажи спиртных напитков в праздничные и предпраздничные дни».
7. ГАРФ. - Ф. Р1235 - Оп. 75. - Д. 117. «Дело об освобождении Семашко Н.А. от обязанностей народного комиссара здравоохранения РСФСР и о назначении его в Президиум ВЦИК».
8. ГАРФ. - Ф. Р1235. - Оп. 104. - Д. 656. «Дело по протесту Наркома здравоохранения РСФСР на постановление Совнаркома РСФСР от 30 октября 1925 г. «О реорганизации курортного дела».
9. Национальный архив Республики Татарстан (далее НАРТ) - Ф. 977. - Оп. МФ. - Д. 2266.
10. НАРТ. - Ф. 977. - Оп. Инспектор студентов. – Д. 183. «Переписка инспектора студентов с ректором университета и казанским полицмейстером».

11. Семейный архив Е.Г. Фаробиной (внучки Н.А. Семашко)

Литературные источники:

1. *Агаев Э.Р.* Некоторые вопросы сельского здравоохранения в трудах Н.А. Семашко // *Фельдшер и акушерка.* – 1954. - №8. – С. 43-46.
2. Алматы отмечает официальную 40-ю годовщину появления на свет концепции первичной медико-санитарной помощи. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/pages/news/news/2018/9/almaty-celebrates-the-official-40th-birthday-of-primary-health-care> (дата обращения: 02.11.2019).
3. *Барсуков М.И., Слонимская И.А.* Основные черты жизненного и творческого пути Н.А. Семашко // *Вести АМН СССР.* – 1949. - №4. – С. 45-64.
4. *Батиевская В.Б., Шабашев В.А.* Трансформация подходов к государственному регулированию российского здравоохранения // *Вестник Омского университета. Серия «Экономика».* – 2013. № 2. - С. 66-72.
5. *Баянова Н.А., Пужалин Я.Д., Мамедов В.Г.* Плюсы и минусы системы здравоохранения на примере системы Н.А. Семашко // *Молодой ученый.* - 2016. - № 26 (130). - С. 196-199
6. *Беляев Е.Н., Подунова Л.Г.* Роль Н.А. Семашко в становлении государственной санитарно-эпидемиологической службы РСФСР (к 90-летию принятия декрета СНК «О санитарных органах республики») // *Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья.* - 2012. - №1. - С. 27-29.
7. *Беляцкий Д.П.* Н.А. Семашко и становление здравоохранения в БССР (к 90-летию со дня рождения). // *Здравоохранение Белоруссии.* – 1964. - №9. – С. 74-79.
8. *Бенюмов Р.Я.* Семашко Н.А. // *Педиатрия акушерство и гинекология.* – 1954. №3. – С. 59-62.

9. *Блинкин С.А.* Н.А. Семашко. М.: Просвещение, 1976. 126 с.
10. Большая медицинская энциклопедия под редакцией Петровского Б.В. 3-е издание. Том 18. - М.: Советская Энциклопедия, 1982. – 528 с.
11. *Брусиловский Л.Я.* Как создавалась Большая медицинская энциклопедия. - М., 1936. – 122 с.
12. *Бруханский Н.П.* Самоубийцы: социально-психиатрическое обследование 359-ти случаев оконченных и неоконченных самоубийств, с 1 декабря 1923 г. по 31 мая 1924 г. в городе Москве. Ленинград, 1927. 108 с.
13. В Российской Федерации существенно снизилась смертность, ассоциированная с употреблением алкоголя. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2019/10/01/12588-v-rossiyskoy-federatsii-suschestvenno-snizilas-smertnost-assotsiirovannaya-s-upotrebleniem-alkogolya> (дата обращения: 02.11.2019).
14. *Виноградов Н.А., Майстрах К.В.* Н.А. Семашко и его литературное наследство (к годовщине со дня смерти) // Советское здравоохранение. – 1950. - №4. – С. 25-38.
15. *Витько А.В., Кораблев В.Н.* Модернизация здравоохранения Хабаровского края. – Хабаровск, 2014. - 288 с.
16. *Вялков А.И., Щепин В.О.* Проблемы и перспективы реформирования здравоохранения (материалы социологического исследования). Под ред. Щепина О.П. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2001. - 224 с.
17. *Главацкий М.Е.* Философский пароход: год 1922-й. Историографические этюды. Екатеринбург: Изд-во Уральского университета, 2002. С. 72–101.
18. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. План действий на 2013–2020 гг. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/ru> (дата обращения: 02.11.2019).

19. *Глуценко А.Н.* Административно-правовое регулирование охраны здоровья граждан в Российской Федерации. дис. на соиск. учен. степ. канд. юрид. наук. код спец. 12.00.14 — Воронеж. — 2016— 286 с.
20. *Горелова Л.Е., Касимовская Н.А.* Вклад Н.А. Семашко и И.Д. Страшуна в создание высшей медицинской школы страны // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2014. - № 1. - С. 62-64.
21. *Горелова Л.Е., Суровцева Т.И.* Земская медицина и благотворительность в России // История медицины. - 2014. - №4(4). - С. 29-34.
22. *Горомосов И.С.* Во всесоюзном научном обществе гигиенистов (о пленуме правления Всесоюзного научного гигиенического общества 28-29 июня 1949 г., посвященная памяти Н.А. Семашко) // Гигиена и санитария. – 1949. - №9. – С. 53.
23. *Горфин Д.В.* Вопросы сельского здравоохранения в трудах и деятельности Н.А. Семашко. - М.: Медгиз, 1959. – 60 с.
24. *Горфин Д.В.* Н.А. Семашко о связи профилактики и лечебной медицины // Гигиена и санитария. – 1958. - №7. – С. 3-8.
25. *Горфин Д.В.* Теоретик советского здравоохранения (к 75-летию со дня рождения Н.А. Семашко) // Советское здравоохранение. – 1949. - №5. – С. 10-20.
26. *Горшков М.К., Шереги Ф.Э.* Прикладная социология. Методология и методы. - М.: ФГАНУ «Центр социологических исследований», Институт социологии РАН, 2012. - 404 с.
27. Государственный бюджет СССР 1981-1985 // Статистический сборник. М.: Финансы и статистика, 1987. 214 с.
28. *Гришина Е.Н., Трусова Л.Н.* Развитие системы здравоохранения России и ожидаемая продолжительность жизни // Символ науки. - 2017. - №2. – С. 43-45.

29. *Гусев Н.В.* Николай Александрович Семашко. Липецк: Кн. изд-во, 1960. 27 с.
30. *Дмитриев М.Л.* Война с «Системой Семашко» - 2: разрушение иммунобиологической безопасности страны // Духовно-нравственное воспитание. - 2014. - № 3. - С. 66-71.
31. *Ершов А.Е.* Николай Александрович Семашко - первый нарком здравоохранения // В сборнике: Роль и значение РУДН в системе международного образования Материалы XX Всероссийской научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых. - 2018. - С. 34-38.
32. *Жидкова А.А.* Международные научные связи в первой трети XX в.: деятельность в СССР зарубежных филантропических фондов в 1920-е – начале 1930-х гг. Дис. канд. ист. наук. - М., 2004. 247с.
33. Запад и Восток: Сборник Всесоюзного общества культурной связи с заграницей: Книга первая и вторая. М.: Всесоюзное общество культурной связи с заграницей, 1926. 262 с.
34. Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР: Стат. сб. / под ред. И.А. Краваля. -М.: ЦУНХУ Госплана СССР, Союзоргучет, 1936. 224 с.
35. Здравоохранение в России. 2005: Статистический сборник /Росстат. - М., 2006. - 390 с.
36. Здравоохранение в России. 2007: Статистический сборник /Росстат. - М., 2007. - 355 с.
37. Здравоохранение в России. 2009: Статистический сборник /Росстат. - М., 2009. - 365 с.
38. Здравоохранение в России. 2011: Статистический сборник /Росстат. - М., 2011. - 326 с.
39. Здравоохранение в России. 2013: Статистический сборник /Росстат. - М., 2013. - 380 с.
40. Здравоохранение в России. 2015: Статистический сборник /Росстат. - М., 2015. – 174 с.

41. Здравоохранение в России. 2017: Статистический сборник. Росстат: Москва, 2017; 171 с.
42. Здравоохранение в России: Статистический сборник / Госкомстат России. - М., 2001. - 356 с.
43. *Зудин А.Б.* Научное обеспечение реформирования здравоохранения России. дис. на соиск. учен. степ. доктор. мед. наук. код спец. 14.02.03 — Москва — 2017— 279 с.
44. *Ибрагимов В.С.* Новые материалы о деятельности Н.А. Семашко // Советское здравоохранение. – 1966. - №4. – С. 21-25.
45. *Иванов Р.С.* Сравнительный анализ социальных аспектов становления национальных систем здравоохранения: На примере России и Великобритании. дис. на соиск. учен. степ. канд. соц. наук. код спец. 22.00.01 — Москва — 2004 — 153 с.
46. История социалистической экономики СССР в семи томах. Т. 2. Переход к НЭПу. Восстановление народного хозяйства СССР 1921–1925 гг. М., 1976. 589 с.
47. *Калью П.И.* Н.А. Семашко // Здоровье. – 1964. - №9. – С. 3-4.
48. *Капков Л.П.* Низложен, но не побеждён // Медицинская газета. - 2009, - № 21. - С. 11-12.
49. *Ковалев С.П.* Финансово-экономическая модель системы здравоохранения при переходе к цифровому государству. дис. на соиск. учен. степ. доктор. мед. наук. код спец. 08.00.05 — Москва — 2018— 497 с.
50. Комплексный подход к борьбе против табака в Российской Федерации приносит свои плоды. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/countries/russian-federation/news/news/2017/10/comprehensive-approach-to-tobacco-control-in-russian-federation-shows-results> (дата обращения: 12.11.2019).
51. *Кораблев В.Н.* Модернизация организационно-экономической модели как основа повышения эффективности здравоохранения в современных

условиях. – Хабаровск: Дальневосточный государственный медицинский университет, 2011. – 275 с.

52. *Красильников С.А.* Политбюро, ГПУ и интеллигенция в 1922-1923 гг. // Интеллигенция, общество, власть: опыт взаимоотношений (1917 – конец 1930-х). Новосибирск, 1995. С. 34–37.

53. *Кротов Д.Т.* Н.А. Семашко – выдающийся советский гигиенист // Гигиена и санитария. – 1964. - №9. - С. 8-13.

54. *Крячко И.А.* Н.А. Семашко и физическая культура // Советское здравоохранение. – 1965. - №1. – С. 49-54.

55. Кубинское здравоохранение названо эталоном мирового качества. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.meddaily.ru/article/28mar2012/ssool> (дата обращения: 12.11.2019).

56. *Кучеренко В.З.* Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения: учебник : в 2 т. /под ред. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 1. - 688 с.

57. *Кучеренко В.З.* Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения: учебник : в 2 т. /под ред. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 2. 160 с.

58. *Лалабекова М.В.* Научное обоснование использования информационного обеспечения в совершенствовании планирования первичной медико-санитарной помощи. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. код спец. 14.02.03 — Москва — 2017— 208 с.

59. *Левин В.И.* Русские ученые XX века. М., 2004. С. 62

60. *Лисицын Ю.П.* История медицины. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 400 с.

61. *Лисицын Ю.П.* Медицина и здравоохранение XX-XXI веков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 400 с.

62. *Личутина М. Г.* Тенденции развития подростковой наркомании: историко-фактологический анализ ситуации // Современные проблемы науки и образования. – 2013. - № 2. – С. 257-265.

63. *Лотова Е.И. Идельчик Х.И.* Некоторые материалы из личного архива Н.А. Семашко // Советское здравоохранение. – 1964. - №9. - С. 11-15.

64. *Медик В.А., Юрьев В.К.* Общественное здоровье и здравоохранение. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 432 с.

65. Международные отношения и системы мирового порядка: от европейских войн второй половины XVIII – начала XIX века к современности: Сб. научн. ст. / Отв. ред. В.Н. Маслов. Калининград: Изд-во РГУ им. И. Канта, 2008. 199 с.

66. *Мешков В.А.* Как Евпатория стала всероссийским курортом. 100-летняя история (1915–2015) // Историческое наследие Крыма. 2016. 178 с.

67. *Микиртичан Г.Л.* Роль Н.А. Семашко в строительстве советской системы охраны материнства и детства // История медицины. - 2014. - № 3. - С. 38-53.

68. *Миндлин Я.С.* Н.А. Семашко и проблемы перестройки высшего медицинского образования // Советское здравоохранение. – 1959. - №9. – С. 47-50.

69. *Мирский М.Б.* Главный доктор республики. Издательство политической литературы. - М., 1964. - 95 с.

70. *Мирский М.Б.* Первый нарком здоровья. М.: Знание, 1974. 96 с.

71. *Мицкевич С.И.* Записки врача-общественника. - М., 1941. - 154 с.

72. *Моисеенко Е.И.* Памяти Н.А. Семашко (к 75-летию со дня рождения) // Хирургия. – 1949. - №9. С. 3-6.

73. *Морозов А.В.* Работа Наркомздрава РСФСР и Н.А. Семашко по организации санаторно-курортной помощи населению в первые годы советской власти // Вестник новых медицинских технологий. - 2016. - № 4. - С. 246-250.

74. *Морозов В.В.* Экспертные процедуры и методы принятия решений в проектном менеджменте // Управление проектами и развитие производства. – 2000. - №1. - С. 9-18
75. *Надинский П.Н.* Очерки по истории Крыма. Симферополь: Крымиздат, 1951. 230 с
76. *Некрасова Н.А., Некрасов С.И.* Философия науки и техники: Тематический словарь справочник. Учебное пособие. М.: МИИТ, 2009. 424 с.
77. *Николаев В.Р.* Н.А. Семашко о физическом воспитании // Физическая культура в школе. - 2017. - № 3. - С. 64-65.
78. *Островкин Д.Л.* Развитие советской системы здравоохранения на Урале в 1917-1941 гг. дис. на соиск. учен. степ. канд. ист. наук. код спец. 07.00.02 — Екатеринбург — 2017— 234 с.
79. *Петров Б.Д.* Н.А. Семашко и новый этап развития здравоохранения // Клиническая медицина. – 1964. - №12. - С. 3-7.
80. *Петров Б.Д.* Очерки по истории отечественной медицины. М., 1962. – 304 с.
81. *Петров Б.Д.* Первый нарком здравоохранения // Здоровье. – 1966. - №1. - С. 7-9.
82. *Петров Б.Д.* Потулов Б.М. Н.А. Семашко. М.: Медицина, 1974. 207 с.
83. *Петров Б.Д.* Пример служения народу (о Н.А. Семашко) // Здоровье. – 1959. - №5. – С. 19-20.
84. *Петровский Б.В.* Хирург и жизнь. М.: Медицина, 1989. - 316 с.
85. *Пирогов М.В.* Подушевое финансирование в России. История и современность // Экономист лечебного учреждения. - 2017. - № 7. - С. 23-35.
86. *Поддубный М.В., Егорышева И.В., Шерстнева Е.В., Блохина Н.Н., Гончарова С.Г.* История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI - начало XX в.). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 248 с.

87. *Попов А.Д.* Проект «Всесоюзная здравница»: история туризма и курортного дела Крыма в 1920–1980-е гг. Симферополь: ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», 2017. 222 с

88. *Попов А.Д.* Стратегическое планирование развития туристско-рекреационного комплекса Крыма в советский период // Управление в современных системах. – 2017. - №3(14). – С. 8–13.

89. Послание Президента Федеральному Собранию. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://kremlin.ru/events/president/news/62582> (дата обращения: 12.11.2019).

90. *Потулов Б.М.* Н.А.Семашко - врач и революционер. М.: Медицина, 1986. 120 с.

91. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/8542-prikaz-ministerstvazdravoohraneniya-rossiyskoj-federatsii-ot-3-fevralya-2015-g-36an-ob-utverzhdanii-poryadka-provedeniya-dispanserizatsii-opredelennyh-grupp-vzroslogo-naseleniya> (дата обращения: 12.11.2019).

92. Проект Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2017 - 2022 годы и дальнейшую перспективу. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9544-proekt-kontseptsii-osuschestvleniya-gosudarstvennoy-politiki-protivodeystviya-potrebleniyu-tabaka-na-2017-2022-gody-i-dalneyshuyu-perspektivu> (дата обращения: 12.11.2019).

93. Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой. — Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Издательский дом «Практическая медицина». — 463 с.. 2004

94. *Решетников В.А.* Организация медицинской помощи в Российской Федерации. М.: МИА. 2018; 432 с.

95. *Решетников В.А., Несвижский Ю.В., Касимовская Н.А.* Вклад Н.А. Семашко в развитие медицинской профилактики в России (к 140-летию со дня рождения) // Сеченовский вестник. – 2014. - №3. - С. 29–33.
96. *Решетников В.А., Несвижский Ю.В., Касимовская Н.А.* Н.А. Семашко – теоретик и организатор здравоохранения // История медицины. – 2014. - №3. – С. 24–29.
97. Россия: Потребление алкоголя падает только на бумаге. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://inosmi.ru/social/20171208/240949794.html> (дата обращения: 12.11.2019).
98. *Рубакин А.Н.* Из воспоминаний о франко-советских медицинских связях // Клиническая медицина. – 1960. - №8. - С. 153-154.
99. *Руденков И.В.* Первый советский нарком здравоохранения Николай Семашко - основоположник образцовой системы медицинских учреждений // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2015. - № 2(114). - С. 119-123.
100. *Рыбакова Е.О.* Организационно-правовые основы системы советского здравоохранения: 1917-1936 гг. дис. на соиск. учен. степ. канд. юрид. наук. код спец. 12.00.01 — Саратов — 2010— 149 с.
101. *Саитгареев Р.Р.* Научное обоснование системы показателей для оценки эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в условиях подушевого финансирования. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. код спец. 14.02.03 — Москва — 2018— 173 с.
102. *Семашко Н.А.* Аграрный вопрос в III Думе // Невская звезда. – 1912. - №9. – С. 194-197.
103. *Семашко Н.А.* Введение в социальную гигиену. – М.: Работник просвещения, 1927. – 52 с.
104. *Семашко Н.А.* Внимание научно-методической работе // Известия физической культуры. – 1925. - № 20. – С. 1-2.

105. *Семашко Н.А.* Вопросы высшего медицинского образования // Известия ВЦИК. – 1920. - №1. – С. 11-13.
106. *Семашко Н.А.* Воспитание студентов – ответственное дело // Вестник высшей школы. – 1945. - №3. – С. 11-13.
107. *Семашко Н.А.* Все внимание рационализации // Вопросы здравоохранения. – 1929. - №10. - С. 4–6.
108. *Семашко Н.А.* Государственное страхование рабочих и задачи момента // Социал-демократ. – 1912. - №23. – С. 3-6.
109. *Семашко Н.А.* Данные заболеваемости заразными болезнями в с. Богородском Горбатовского уезда в 1900–1903 гг. (к вопросу о санитарном значении кожевенного производства) // Сведения медико-санитарного бюро Нижегородского земства. – 1904. - №11.
110. *Семашко Н.А.* Задачи врача на селе // Вестник современной медицины. – 1924. - № 6. – С. 3—4.
111. *Семашко Н.А.* Здоровье — высшее благо. Санитарное просвещение. Сборник статей санпросвета Московского здравотдела. - М., 1922, - 174 с.
112. *Семашко Н.А.* Как организовался Наркомздрав (историческая справка) // Советский врачебный журнал. – 1939. - №13. – С. 711-716.
113. *Семашко Н.А.* Как создавались курорты в СССР // Курортная газета. – 1939. - №108. – С. 3.
114. *Семашко Н.А.* Краткий отчет деятельности лечебно-продовольственных пунктов летом // Сведения медико-санитарного бюро Нижегородского земства. – 1905. - №10.
115. *Семашко Н.А.* О десятилетии советской медицины и социальной гигиене // Социальная гигиена. – 1928. - №4(14). – С. 11-19.
116. *Семашко Н.А.* О едином диспансере // Вопросы здравоохранения. – 1929. - №15. – С. 65-67.
117. *Семашко Н.А.* О методах и формах санитарного просвещения // Здоровье и просвещение. - 1922. - №6. – С. 2-3.

118. *Семашко Н.А.* Об организации медицинской помощи застрахованным // Известия Наркомздрава РСФСР. – 1922. - № 5-6. – С. 1-2.
119. *Семашко Н.А.* Основные задачи советской медицины на местах // Известия советской медицины. – 1918. - №5-6. – С. 16.
120. *Семашко Н.А.* Основные этапы в развитии советской медицины // Вестник современной медицины. – 1928. - №19. – С. 1136-1193.
121. *Семашко Н.А.* Основы советской медицины. Издательство Наркомздрава. - М., 1926, - 28 с.
122. *Семашко Н.А.* От санитарного просвещения к санитарно-просветительной пропаганде агитации // Гигиена и здоровье. – 1942. - №3. С. 41-48.
123. *Семашко Н.А.* Охрана здоровья в новых условиях. - М.: Госиздат, 1922. - 22 с.
124. *Семашко Н.А.* Очерки по теории организации советского здравоохранения. – М., 1954. – 46 с.
125. *Семашко Н.А.* План и метод санитарной работы на сельском врачебном участке // Советская медицина. – 1941. - №9. – С. 34-37..
126. *Семашко Н.А.* Политика и санитария // Известия Народного комиссариата здравоохранения. – 1920. - №1. – С. 10-12.
127. *Семашко Н.А.* Прожитое и пережитое. М.: Госполитиздат, 1960. 120 с
128. *Семашко Н.А.* Профилактическое направление в лечебной медицине // Вестник современной медицины. – 1928. - №1. – С. 33-39.
129. *Семашко Н.А.* Профилактическое направление в советском здравоохранении // Гигиена и санитария. – 1947. - №11. – С. 1-4.
130. *Семашко Н.А.* Пятилетний план здравоохранения // Врачебная газета. – 1929. - № 20. – С. 2471-2478.
131. *Семашко Н.А.* Пять лет борьбы за мать и ребенка // Бюллетень Наркомздрава РСФСР. – 1923. - №14. – С. 1.

132. *Семашко Н.А.* Районирование и задачи органов здравоохранения // Вопросы здравоохранения. - 1929. - №2. – С. 3-5.
133. *Семашко Н.А.* Санитарное дело и его задачи // Гигиена и санитария. – 1931. - №11. – С. 1-6.
134. *Семашко Н.А.* Санитарное описание с. Панина Горбатовского уезда // Сведения медико-санитарного бюро Нижегородского земства. – 1905. - №9.
135. *Семашко Н.А.* Советская власть и народное здоровье // Санитарное просвещение. – 1921. - №4. – С. 16-18.
136. *Семашко Н.А.* Состояние дела здравоохранения его задачи // Бюллетень Наркомздрава РСФСР. – 1927. - №10. – С. 3-5.
137. *Семашко Н.А.* Социальные болезни и борьба с ними. – М., 1926. – 39 с.
138. *Семашко Н.А.* Страница воспоминаний // Советское студенчество. – 1937. - №3. – С. 38–41.
139. *Семашко Н.А.* Страхование рабочих от старости // Звезда. – 1911, - №30. – С. 19.
140. *Семашко Н.А.* Цели и задачи профилактической медицины // Журнал для усовершенствования врачей. – 1925. - №2. – С. 63-75.
141. *Семашко Н.А.* Что сделано и что еще нужно сделать // Здоровая деревня. – 1926. - №12. – С. 1-2.
142. *Семашко Н.А.* Что такое курорты и как на них лечиться. – М., 1924. – 32 с.
143. *Семашко Н.А., Родов Я.И.* Здравпункт в борьбе за снижение заболеваемости и травматизма на предприятии. Медгиз. М., 1943. - 96 с.
144. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: Оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения /Josep Figueras, Martin McKee, Suszy Lessof, Antonio Duran, Nata Menabde. ВОЗ. Копенгаген, 2008. 111с.

145. *Слонимская И.А.* Из личного архива Н.А. Семашко // Фельдшер и акушерка. – 1965. - №11. – С. 30-32.

146. *Смирнова Е.М.* Становление системы здравоохранения в российской провинции, 1775-1914 гг.: по материалам региона Верхней Волги. дис. на соиск. учен. степ. доктор. ист. наук. код спец. 07.00.02 — Ярославль — 2017— 470 с.

147. Совещание по вопросу модернизации первичного звена здравоохранения. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://kremlin.ru/events/president/news/61706> (дата обращения: 12.11.2019).

148. *Соколов А.А.* Модернизация финансовой модели системы обязательного медицинского страхования. дис. на соиск. учен. степ. канд. экон. наук. код спец. 08.00.10 — Ростов-на-Дону — 2018 — 183 с.

149. *Сопова К.А. М.С. Соломенцев и Н.А. Семашко* - исторические деятели родом из Ельца. // В сборнике: Научные исследования: история, образование и культура, сфера дизайна и туризма материалы Всероссийской научно-практической конференции студентов, магистрантов, аспирантов и молодых ученых. - 2017. - С. 254-258.

150. *Соскин В.Л.* Философский пароход – трагедия российской интеллигенции // НЭП и культура (1921–1923). Новосибирск, 1977. С. 65–67

151. *Сперанский Г.Н.* Неутомимы борец за дело здоровья детей (Н.А. Семашко) // Педиатрия. – 1949. - №5. – С. 20-21.

152. *Стародубов В.И.* Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В. И. Стародубова, О. П. Щепина и др. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 624 с.

153. *Страшун И.Д.* Николай Александрович Семашко (к 70-летию со дня рождения) // Советское здравоохранение. – 1944. - №12. – С. 3-7.

154. *Тихонова З.Н.* Народный комиссар здоровья (о Н.А. Семашко). Госиздат политической литературы. - М., 1960, - 32 с.

155. *Тищенко Е.М.* Утверждение "Модели Семашко" в здравоохранении Беларуси в начале 1920-х годов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2014. - № 1. - С. 192-195.
156. *Трагакес Э., Лессоф С.* Системы здравоохранения: время перемен. Россия // Европейская обсерватория по системам здравоохранения. - 2003. с. 197
157. *Трефилова О.А.* Николай Александрович Семашко - общественный деятель и организатор детского здравоохранения // История медицины. - 2014. - № 3. - С. 65-72.
158. *Улумбекова, Г.Э.* Здравоохранение России: что надо делать. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
159. *Ульянова Г.Н.* Здравоохранение и медицина. Россия в начале XX века. М.: Новый хронограф, 2002. 651 с.
160. *Усов С.А.* Историко-экономические очерки Крыма. Симферополь: Южное кооперативное издательство, 1925. 292 с.
161. *Фельштинский Ю.Г., Чернявский Г.И.* Красный террор в годы Гражданской войны: По материалам Особой следственной комиссии по расследованию злодеяний большевиков. Сборник документов. М.: Терра-кн. клуб, 2004. 350 с.
162. *Филиппов А.Н.* Становление физической культуры в СССР: конфликт Н.А. Семашко и Н.И. Подвойского // Вестник Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Серия Гуманитарные науки. - 2011. - № 1(15). - С. 18-20.
163. *Фридман Э.П.* Забота Н.А. Семашко об организации экспериментальной медицины в СССР (к 40-летию со дня создания научного питомника обезьян в СССР) // Советское здравоохранение. – 1965. - №10. - С. 69-73.

164. *Фролов Ю.П.* Памяти Н.А. Семашко // Советская педагогика. – 1949. - №7. - С. 110-113.
165. *Фролова Е.В.* Здравоохранение Франции // ГлавВрач. - 2017. - № 8. - С. 41-50.
166. *Черниченко М.Ю.* Н.А. Семашко - первый нарком здравоохранения: новый век -новые исследовательские горизонты // История медицины. - 2014. - - № 3. - С. 73-81.
167. *Чижевский А.Л.* Космический пульс жизни: Земля в объятиях Солнца. Гелиотараксия. М.: «Мысль», 1995. 768 с.
168. *Чикин С.Я.* О первом наркоме здравоохранения РСФСР – Н.А. Семашко (к 90-летию со дня рождения) // Советская медицина. – 1964. - №9. - С. 144-146.
169. *Чичерин Л.П., Никитин М.В., Щепин В.О.* Н.А. Семашко и развитие санаторно-курортного дела в СССР // В сборнике: Сточиковские чтения Материалы международной научной конференции. - 2017. - С. 216-217.
170. *Шабанов А.Н.* Н.А. Семашко – выдающийся деятель советского здравоохранения и высшей медицинской школы // Советская медицина. – 1949. - №10. - С. 1-3.
171. *Шейнова Е.И.* Н.А. Семашко в Нижнем Новгороде. Горьк. обл.: Знание, 1974. 62 с.
172. *Шерстенников А.Н.* Воспоминания о Н.А. Семашко // Советское здравоохранение. – 1961. - №12. - С. 67-70.
173. *Шишкин М.П.* Русская Швейцария. М.: АСТ, 2011. – 608 с.
174. *Шишкин С.В.* Итоги федерального пилотного проекта в здравоохранении в 2007–2008 гг. // Экономико-политическая ситуация в России. – 2009. - №5. – С. 46-49.
175. *Шишкин С.В.* Основные стратегические приоритеты здравоохранения России // Экономист лечебного учреждения. - 2017. - № 3. - С. 23-26.

176. *Шишкин С.В.* Структурные проблемы российского здравоохранения и изменение схемы финансирования медицинской помощи // *Экономист* лечебного учреждения. - 2017. - № 8. - С. 15-26.

177. *Шишкин С.В.* Реформа финансирования российского здравоохранения. – М.: Институт экономики переходного периода, 2000. – 444 с.

178. *Шульгина С.В.* Медико-социальная оценка реформирования здравоохранения Архангельской области. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. код спец. 14.02.03 — Москва — 2017— 186 с.

179. *Язудин Р.Х., Рыбкин Л.И.* Земская медицина в Российской империи и в Казанской губернии: становление, развитие, достижения (к 150-летию земской медицины) // *Экономическая теория*. – 2014. - №11(120). – С. 29-40.

180. *Якуцени С.П., Буровский А.М.* Политическая экология. Москва-Берлин: Директ-Медиа, 2015. с. 425.

181. *Andrianov Y.* Health services in a Soviet auto plant // *Health Serv Rep*. – 1974. – Vol. 89(3). – P. 244–246.

182. *Apouey B.H., Geoffard P.-Y.* Child health and access to health care in France: Evidence on the role of family income // *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. – 2014. – Vol. 62. – P. 179-190.

183. *Ariyasu H., Akamizu T.* Current Status and Issues Regarding Transitional Health Care for Adults and Young Adults with Special Health Care Needs in Japan // *Journal of Internal Medicine*. – 2018. – Vol. 57(10). – P. 1337-1344.

184. *Atlani-Duault L., Dozon J.-P., Wilson A., Delfraissy J.-F., Moatti J.-P.* State humanitarian verticalism versus universal health coverage: a century of French international health assistance revisited // *The Lancet*. – 2016. – 387. – P. 2250-2262.

185. *Ausman J.I.* What happened to USA health care on the way to socialism? // *Surgical Neurology International*. – 2018. – Vol. 9. – P. 196.

186. *Baier N., Geissler A., Bech M., Bernstein D., Cowling T.E., Jackson T., Manen J., Rudkjobing A., Quentin W.* Emergency and urgent care systems in

Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands – Analyzing organization, payment and reforms // *Health Policy*. – 2019. – Vol. 123. – P. 1-10.

187. *Benson F.G., Levin J., Rispel L.C.* Health care providers' compliance with the notifiable diseases surveillance system in South Africa // *PLOS ONE*. – 2018. – Vol. 13(4). Published online 2018 Apr 9.

188. *Blair A., Siddiqi A., Frank J.* Canadian report card on health equity across the life-course: Analysis of time trends and cross-national comparisons with the United Kingdom // *SSM - Population Health*. – 2018. – Vol. 6. – P. 158-168.

189. *Bock J.-O., Hajek A., Brenner H., Saum K.-U., Herbert Matschinger H., Haefeli W.E., Schöttker B., Quinzler R., Heider D., König H.-H.* A Longitudinal Investigation of Willingness to Pay for Health Insurance in Germany // *Health Services Research*. – 2017. – Vol. 52(3). – P. 1099-1117.

190. *Bodenstein L.* Cuban Health Care: Benefits Without Costs // *Science*. – 2010. – Vol. 329. – P. 628.

191. *Borowy I.* Degrowth and public health in Cuba: lessons from the past? // *Journal of Cleaner Production*. – 2013. – Vol. 38. – P. 17-26.

192. *Borowy I.* Similar but different: Health and economic crisis in 1990s Cuba and Russia // *Social Science & Medicine*. – 2011. – Vol. 72. – P. 1489-1498.

193. *Burnel P.* The introduction of electronic medical records in France: More progress during the second attempt // *Health Policy*. – 2018. – Vol. 122. – P. 937-940.

194. *Cañete R.* The Cuban Public Health System Focuses Research on Community Needs // *Current Therapeutic Research*. – 2017. – Vol. 85. – P. 1.

195. *Chevreur K., Brigham K.B., Durand-Zaleski I., Hernández-Quevedo C.* France Health system review // *Health Systems in Transition*. – 2015. - Vol. 17(3). – P. 19-152

196. *Choné P.* Competition policy for health care provision in France // *Health Policy*. – 2017. – Vol. 121. – P. 111-118.

197. *Courbage C., Roudaut N.* Long-term care insurance: The French example // *European Geriatric Medicine*. – 2011. – Vol. 2. – P. 22-25.

198. *Devi S.* Cuba's economic reforms prompt debate about health care // *The Lancet*. – 2014. – Vol. 383. – P. 294-295.
199. *Dulaney A.D.* Red Medicine: Socialized Health in Soviet Russia // *Am J Public Health Nations Health*. – 1934. – Vol. 24(3). – P. 292–293.
200. *Friedenberg D.S.* Soviet health care system // *Western Journal of Medicine*. – 1987. – Vol. 147(2). – P. 214–217
201. *Frost L., Louis S., Jenkins L.S., Emmink B.* Improving access to health care in a rural regional hospital in South Africa: Why do patients miss their appointments? // *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*. – 2017. – Vol. 9(1). – P. 1255.
202. *Galdston I.* Soviet Health Care in Peace and War // *American Journal of Public Health and the Nation's Health*. – 1944. – Vol. 34(5). – P. 541.
203. *Gananian M.* Deficiencies in Soviet Medicine // *Western Journal of Medicine*. – 1988. – Vol. 149(2). – P. 225–226.
204. *Haden-Guest L.* Public health in Soviet Russia // *Br Med J*. – 1923. – Vol. 2(3277). – P. 730–731.
205. *Hargreaves D.S., Greaves F., Levay C., Mitchell I., Koch U., Esch T., Denny S., Frich J.C., Struijs J., Sheikh A.* Comparison of Health Care Experience and Access Between Young and Older Adults in 11 High-Income Countries // *Journal of Adolescent Health*. – 2015. – Vol. 57. – P. 413-420.
206. *Harmer A., Lee K., Petty N.* Global health education in the United Kingdom: a review of university undergraduate and postgraduate programmes and courses // *Public Health*. – 2015. – Vol. 129. – P. 797-809.
207. *Heider D., Matschinger H., Müller H., Saum K.-U., Quinzler R., Haefeli W.E., Wild B., Lehnert T., Brenner H., König H.-H.* Health care costs in the elderly in Germany: an analysis applying Andersen's behavioral model of health care utilization // *BMC Health Services Research*. – 2014. – Vol. 14. – P. 71.

208. *Herrera-Valdes R., Almaguer-Lopez M.* Strategies for national health care systems and centers in the emerging world: Central America and the Caribbean—The case of Cuba // *Kidney International*. – 2005. – Vol. 68. – P. 66-68.
209. *Hoebel J., Rommel A., Schroder S.L., Fuchs J., Nowossadeck E., Lampert T.* Socioeconomic Inequalities in Health and Perceived Unmet Needs for Healthcare among the Elderly in Germany // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2017. – Vol. 14(10). – P. 1127.
210. *Horton R., Ceschia A.* France: a philosophy for health // *The Lancet*. – 2016. – Vol. 387. – P. 2174-2176.
211. *Isaak R.* Concerning “Health Services in Soviet Union” // *Cal West Med*. – 1944. – Vol. 60(5). – P. 271.
212. *Jahn R., Ziegler S., Nöst S., Gewalt S.C., Strabner C., Bozorgmehr K.* Early evaluation of experiences of health care providers in reception centers with a patient-held personal health record for asylum seekers: a multi-sited qualitative study in a German federal state // *Journal of Global Health*. – 2018. – Vol. 14. – P. 71.
213. *Johnston S., Hogel M.* A Decade Lost: Primary Healthcare Performance Reporting across Canada under the Action Plan for Health System Renewal // *Health Policy*. – 2016. – Vol. 11(4). – P. 95-110.
214. *Kadetz P.* Challenging a universal approach to health care integration: China, Cuba, and the Philippines // *European Journal of Integrative Medicine*. – 2013. – Vol. 5. – P. 54-61.
215. *Keck C.W., Reed G.A.* The Curious Case of Cuba // *American Journal of Public Health*. – 2012. – Vol. 102(8). – P. 13-22.
216. *Kingsbury J.A.* Socialized Medicine in the Soviet Union // *Am J Public Health Nations Health*. – 1938. Vol.28(2). – P. 219–220.
217. *Kobayashi D., Otsubo T., Imanaka Y.* The effect of centralization of health care services on travel time and its equality // *Health Policy*. – 2015. – Vol. 119. – P. 298-306.

218. *Kondo A., Shigeoka H.* Effects of universal health insurance on health care utilization, and supply-side responses: Evidence from Japan // *Journal of Public Economics*. – 2013. – Vol. 99. – P. 1-23.

219. *Kuhbrandt C., Boerma W.* Primary care reforms in countries of the former Soviet Union: success and challenges // *Eurohealth*. – 2015. – Vol. 21(2). – P. 3–6.

220. *Kuhn B., Kleij K.-S., Liersch S., Steinhauser J., Amelung V.* Which strategies might improve local primary healthcare in Germany? An explorative study from a local government point of view // *BMC Family Practice*. – 2017. – Vol. 18. – P. 105.

221. *Kutzin J., Cashin C., Jakab M.* Implementing Health Financing Reform. Lessons from countries in transition. World Health Organization 2010, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. – 2004. c. 425

222. *Leukert-Becker K., Zweifel P.* Preferences for health insurance in Germany and the Netherlands – a tale of two countries // *Health Economics Review*. – 2014. – Vol. 4. – P. 22.

223. *Lillian A. Chase.* Medicine in Soviet Russia // *Can Med Assoc J*. – 1929. – Vol. 21(3). – P.336–337.

224. *Loewenberg S.* Cuba's focus on preventive medicine pays off // *The Lancet*. – 2016. – Vol. 387. – P. 23-29.

225. *Mafe C., Menyah E., Nkere M.* A proposal for health care management and leadership education within the UK undergraduate medical curriculum // *Advances in Medical Education and Practice*. – 2016. – Vol. 7. – P. 87-89.

226. *Marchildon G.P., Hutchison B.* Primary care in Ontario, Canada: ew proposals after 15 years of reform // *Health Policy*. – 2016. – Vol. 120. – P. 732-738.

227. *Marjanovic S., Sim M., Dubow T., Corbett J., Harte E., Parks S., Miani C., Chataway J., Ling T.* Innovation as a Driver of Quality and Productivity in UK Healthcare: Creating and Connecting Receptive Places—Emerging Insights // *RAND Health Quarterly*. – 2018. – Vol. 7(4). – P. 1.

228. *Martin D., Miller A.P., Quesnel-Vallée A., Caron N.R., Vissandjée B., Marchildon G.P.* Canada's universal health-care system: achieving its potential // *The Lancet*. – 2018. – Vol. 391. – P. 1718-1735.

229. *Maruthappu M., Ologunde R., Gunarajasingam A.* Is Health Care a Right? Health Reforms in the USA and their Impact Upon the Concept of Care // *Annals of Medicine and Surgery*. – 2013. – Vol. 2(1). – P. 15-17.

230. *Mbuagbaw L., Zogo P.O., Kredo T., Durao S., Young T., Effa E., Martin Meremikwu M., Hohlfeld A., Wiysonge C.* Cochrane Africa: a network of evidence-informed health-care decision making across sub-saharan Africa // *Pan African Medical Journal*. – 2018. – Vol. 29. – P. 196.

231. *McCartney M.* Benefits, harms and evidence – reflections from UK primary healthcare // *London Journal of Primary Care*. – 2018. – Vol. 10(1). – P. 8-12.

232. *Michael K., Gusmano M.K., D., Victor G.Rodwin, Land J., Qiane M., Bocquier A., Moysani Q., Bocquier A., Moysani V., Verger P.* Disparities in access to health care in three French regions // *Health Policy*. – 2014. – Vol. 114. – P. 31-40.

233. *Milstein R., Blankart C.R.* The Health Care Strengthening Act: The next level of integrated care in Germany // *Health Policy*. – 2016. – Vol. 120. – P. 445-451.

234. *Modi N., Simon C.* Child health care: adequate training for all UK GPs is long overdue // *British Journal of General Practice*. – 2016. – Vol. 66(646). – P. 228-229.

235. *Montesanti S., Robinson-Vollman A., Green L.A.* Designing a framework for primary health care research in Canada: a scoping literature review // *BMC Family Practice*. – 2018. – Vol. 19. – P. 144.

236. *Morlock R., Chevalier P., Horne L., Nuevo J., Storgard C., Aiyer L., Hines D.M., Ansolabehere X., Nyberg F.* Disease Control, Health Resource Use, Healthcare Costs, and Predictors in Gout Patients in the United States, the United

Kingdom, Germany, and France: A Retrospective Analysis // *Rheumatology and Therapy*. – 2016. – Vol. 3(1). – P. 53-75.

237. *Nay O., Béjean S., Benamouzig D., Bergeron H., Castel P., Ventelou B.* Achieving universal health coverage in France: policy reforms and the challenge of inequalities // *The Lancet*. – 2016. – Vol. 387. – P. 2236- 2249.

238. *Payyappallimana U., Serbulea M.* Integration of traditional medicine in the health system of Japan – Policy lessons and challenges // *European Journal of Integrative Medicine*. – 2013. – Vol. 5. – P. 399-409.

239. *Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Colledge, S., Hickman, M., Rehm, J., Giovino, G. A., West, R., Hall, W., Griffiths, P., Ali, R., Gowing, L., Marsden, J., Ferrari, A. J., Grebely, J., Farrell, M., and Degenhardt, L.* Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report // *Addiction*. – 2018. – Vol. 113. – P. 1905– 1926.

240. *Ponka D., Pinto L.F., Michaelides O., Rouleau K.* Challenges facing efforts to strengthen primary health care: The Besroul Papers: a series on the state of family medicine in Canada and Brazil // *Canadian Family Physician*. – 2018. – Vol. 64(11). –P. 795-796.

241. *Rafferty M., Schultz D.* Medicine in the USSR // *Western Journal of Medicine*. – 1988. – Vol. 148(5). – P. 585–586.

242. *Ramos A.L., Hoffmann F., Spreckelsen O.* Waiting times in primary care depending on insurance scheme in Germany // *BMC Health Services Research*. – 2018. – Vol. 18. – P. 191.

243. *Ravenel M.P.* Health Work in Soviet Russia // *Am J Public Health Nations Health*. – 1930. – Vol. 20(4). – P. 454.

244. *Robards F., Kang M., Usherwood T., Sancu L.* How Marginalized Young People Access, Engage With, and Navigate Health-Care Systems in the Digital Age: Systematic Review // *Journal of Adolescent Health*. – 2018. – Vol. 62. – P. 365-381.

245. *Rowland D., Telyukov A.V.* Soviet health care from two perspectives. *Health affairs*. – 1991. – Vol. 10(3). – P. 71–86.

246. *Rump A., Schöffski O.* The German and Japanese health care systems: an international comparison using an input–output model // *Public Health.* – 2016. – Vol. 141. – P. 63-73.
247. *Ryan M., Prentice R.* Spatial variations in the Soviet health service // *Br Med J (Clin Res Ed).* – 1983. – Vol. 7; 286(6376). – P. 1494–1496.
248. *Sakamoto F., Asano K., Sakihama T., Sakihama T., Saint s., Greene T., Patel P., Ratz D., Tokuda Y.* Changes in health care-associated infection prevention practices in Japan: Results from 2 national surveys // *American Journal of Infection Control.* – 2019. – Vol. 47. – P. 65-68.
249. *Sampath P., Wilson D.M.* A Case Study and State of Science Review: Private versus Public Healthcare Financing // *Healthcare Financing.* – 2012. – Vol. 4(1). – P. 118-126.
250. *Sayma M., Treharne T.L., Williams H.R.* The importance of public health in managing health care costs in the United Kingdom National Health Service // *Risk Management and Healthcare Policy.* – 2016. – Vol. 9. – P. 227-229.
251. *Schröder L., Flägel K., Goetz K., Steinhäuser J.* Mobility concepts and access to health care in a rural district in Germany: a mixed methods approach // *BMC Family Practice.* – 2018. – Vol. 19. – P. 47.
252. *Semashko N.A.* *Health Protection in the U.S.S.R..* – New York: G.P. Putnam's sons, 1935. – 176 p.
253. *Semashko N.A.* *The Care of Health in Soviet Russia.* – New York: The Soviet Russia Medical Relief , 1920. – 16 p.
254. *Semple A.* Health Care in the Soviet Union and Eastern Europe // *British Medical Journal.* – 1976. – Vol. 4. – P. 1394.
255. *Strang R., Kendall P., Corriveau A.* Reviving a national prevention agenda is key to sustainability of health care in Canada // *Canadian Medical Association Journal.* – 2017. – Vol. 189(40). – P. 1250-1251.

256. *Surender R., Matsuoka K., Ovseiko P.* United Kingdom, Health System of // International Encyclopedia of Public Health (Second Edition). – 2017. – P. 293-300.
257. *Suter E., Mallinson S., Misfeldt R., Boakye O., Nasmith L., Wong S.T.* Advancing team-based primary health care: a comparative analysis of policies in western Canada // BMC Health Services Research. – 2017. – Vol. 17. – P. 493.
258. *Takaku R., Bessho S.* Do benefits in kind or refunds affect health service utilization and health outcomes? A natural experiment from Japan // Health Policy. – 2017. – Vol. 121. – P. 534-542.
259. *Toumi M., Fukushima A., Murata K., Onishi Y.* PHP275 - Japan Health Care Act Reform: Toward Decentralization And Integrated Health Care System // Value in Health. – 2016. – Vol. 19. – P. 488.
260. *Tritter J.Q.* Public and patient participation in health care and health policy in the United Kingdom // Health Expect. – 2011. – Vol. 14(2). – P. 220-223.
261. *Tumin D., Menegay M., Shrider E.A., Nau M., Tumin R.* Local Income Inequality, Individual Socioeconomic Status, and Unmet Healthcare Needs in Ohio, USA // Health Equity. – 2018. – Vol. 2(1). – P. 37-44.
262. *Vergunst R., Swartz L., Hem K.-G., Eide A. H., Mannan H., MacLachlan M., Mji G., Braathen S.H., Schneider M.* Access to health care for persons with disabilities in rural South Africa // BMC Health Services Research. – 2017. – Vol. 17. – P. 741.
263. *Wicksteed A.* Life Under the Soviets. London, - UK: John Lane the Bodley Head Limited, 1928. – 119 p.
264. *Wolfe I., Sigfrid L., Chanchlani N., Lenton S.* Child Health Systems in the United Kingdom (England) // The Journal of Pediatrics. – 2016. – Vol. 177. – P. 217-242.
265. *Xing Z., Oyama T.* Measuring the impact of Japanese local public hospital reform on national medical expenditure via panel data regression // Technological Forecasting and Social Change. – 2016. – Vol. 113. – P. 460-467.

266. *Young T.K., Chatwood S.* Delivering more equitable primary health care in Northern Canada // *Canadian Medical Association Journal*. – 2017. – Vol. 189(45). – P. 1377-1378.

267. *Zelicoff A.P.* Soviet medicine // *Western Journal of Medicine*. -1987. – Vol. 147(5). – P. 598–599.

268. *Zelmer J.* Health and Healthcare in Canada 150 Years After Confederation and Beyond // *Healthc Policy*. – 2017. – Vol. 13(1). – P. 6-9.

ПРИЛОЖЕНИЯ**Приложение № 1****Анкета самооценки экспертов****1. Пол:**

- 1) Мужской
- 2) Женский

2. Ваш возраст:

3. Ваше основное место работы и должность:

4. Ваша медицинская специальность:

5. Ваш общемедицинский стаж (включая предыдущие места работы):

6. Стаж Вашей работы на руководящих, административно-управленческих, должностях (включая предыдущие места работы):

7. Ваша ученая степень:

- 1) Кандидат медицинских наук
- 2) Доктор медицинских наук
- 3) Нет

8. Как Вы оцениваете уровень своей компетенции в анализе современной российской модели здравоохранения в части касающейся программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (Отметьте, пожалуйста, знаком "+" соответствующую оценку в каждой строке)

Критерий компетенции	Высокий	Средний	Низкий
Уровень теоретического знания проблемы			
Практический опыт работы в системе ОМС			
Способность предвидеть логику событий			

Приложение № 2

**Анкета оценки состояния современной смешанной модели
здравоохранения**

Уважаемый коллега!

Просим Вас принять участие в социологическом опросе, позволяющем оценить состояние современной российской системы здравоохранения, проблемы, препятствующие ее развитию, а также возможные варианты их решения.

Результаты опроса будут использоваться для разработки рекомендаций по усовершенствованию обеспечения населения Российской Федерации государственными гарантиями бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Просим Вас высказать свое личное мнение, ответив на вопросы предложенной анкеты. При заполнении анкеты следуйте рекомендациям в тексте.

Подписывать анкету не обязательно. Нас, прежде всего, интересует Ваше мнение.

Заранее благодарим Вас за участие в исследовании!

1. Как Вы считаете, какие проблемы в современном российском здравоохранении являются наиболее актуальными (поставьте им оценку по 5-бальной шкале, где 5 – наибольшая важность):

Проблемы	Оценка значимости
1) Низкая обеспеченность государственного сектора здравоохранения высококвалифицированными кадрами	
2) Неравномерное распределение современной материально-технической базы по субъектам РФ	
3) Неравномерная доступность медицинской помощи по субъектам РФ	
4) Проблема качества оказания медицинской помощи	
5) Недостаточное развитие информационно-телекоммуникационных технологий	
6) Тенденция к замещению бесплатных медицинских услуг платными услугами	
7) Теневые механизмы медицинской деятельности	
8) Низкая юридическая грамотность медицинских работников и пациентов	
9) Недостаточный уровень заработной платы медицинского персонала	
10) Недостаточная квалификация специалистов в области управления государственной системой здравоохранения	

2. Можете ли Вы положительно оценить результат проведенных реформ в российском здравоохранении за последние двадцать лет:

1) Да. Почему? (напишите)

2) Нет. Почему? (напишите)

3) Затрудняюсь ответить

3. Как, на Ваш взгляд, изменилась доступность медицинских услуг по программе государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за последние двадцать лет:

1) Улучшается

2) Ухудшается

3) Остается на том же уровне

4) Затрудняюсь ответить

4. Как Вы считаете, что препятствует эффективному реформированию российского здравоохранения в настоящее время:

5. Считаете ли Вы объем текущей ПГГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи достаточным для удовлетворения потребностей населения РФ в медицинской помощи?

1) Да

2) Нет

3) Затрудняюсь ответить

6. Оцените значимость мер, которые необходимо предпринять для обеспечения сбалансированности между видами и объемами и финансовым обеспечением ПГГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи? (поставьте им оценку по 5-бальной шкале, где 5 – наибольшая важность):

Меры	Оценка значимости
1) Увеличение финансирования здравоохранения государством	
2) Совершенствование системы контрольных мероприятий за использованием средств ОМС	
3) Увеличение размера отчислений в фонд ОМС	
4) Внедрение системы соплатежей граждан за медицинские услуги, предусмотренные в рамках ПГГ	
5) Развитие сектора ДМС	
6) Сокращение категорий граждан, имеющих право на получение медицинских услуг по ПГГ	
7) Развитие государственно-частного партнерства	
8) Развитие профилактической медицины	
9) Ужесточение наказаний за несоблюдение ответственными лицами плана Минздрава РФ по противодействию коррупции	
10) Закрепить на законодательном уровне обязательное приобретение полиса ДМС гражданами с высокими доходами	
11) Другие (впишите) <hr/> <hr/>	

7. Укажите, какие функции страховые медицинские организации системы ОМС выполняют не в полном объеме? (можно выбрать более одного ответа):

- 1) Информационное обеспечение застрахованных
- 2) Защита прав застрахованных граждан
- 3) Контроль качества медицинской помощи застрахованным
- 4) Решение конфликтных ситуаций между пациентом и медицинской организацией
- 5) Страховые медицинские организации выполняют все функции в полном объеме
- 6) Другое _____

8. На Ваш взгляд, является ли целесообразной мерой внедрение всеобщего лекарственного страхования в РФ?

1) Да. Поясните:

2) Нет. Поясните:

3) Затрудняюсь ответить

9. Какие мероприятия, на Ваш взгляд, смогут повысить эффективность работы системы ОМС в РФ?

10. Как Вы считаете, какие меры могут повысить привлекательность работы в государственном секторе здравоохранения и снизить отток высококвалифицированных медицинских кадров? (поставьте им оценку по 5-бальной шкале, где 5 – наибольшая важность):

Меры	Оценка значимости
1) Повышение размера заработной платы	
2) Улучшение условий и нормирования труда	
3) Исключение из обязанностей врача «бумажной работы»	
4) Снижение нагрузки на медицинских работников	
5) Внедрение информационно-телекоммуникационных технологий	
6) Создание условий карьерного и профессионального роста	
7) Повышение привлекательности профессии медицинского работника с помощью СМИ	
8) Оплата дополнительного профессионального образования за счет медицинской организации	

11. Считаете ли Вы развитие целевой подготовки медицинских кадров эффективной мерой восполнения дефицита врачей в регионах?

1) Да. Поясните:

2) Нет. Поясните:

3) Затрудняюсь ответить

12. Считаете ли Вы целесообразным введение обязательного страхования профессиональных рисков врачей в РФ?

1) Да. Поясните:

2) Нет. Поясните:

3) Затрудняюсь ответить

13. На Ваш взгляд, внедрение штрафов для врачей при оказании медицинской помощи повысит качество медицинских услуг?

1) Да. Поясните:

2) Нет. Поясните:

3) Затрудняюсь ответить

14. Как Вы считаете, что изменится в системе здравоохранения Российской Федерации в ближайшие десять лет?
