Рагозин А. В.¹, Сафонов А. Л.¹, Гришин В. В.¹, Сточик А. А.^{2,3}**МИРОВОЙ ОПЫТ: КАК РАЗВИТИЕ ПРИНЦИПОВ АКАДЕМИКА АМН СССР Н. А. СЕМАШКО ПОМОГЛО ИСЛАНДИИ СОЗДАТЬ ОДНУ ИЗ САМЫХ ЭФФЕКТИВНЫХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В МИРЕ. ЧАСТЬ 1. ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР**¹ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 125993, Москва, Россия;²Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента при Департаменте здравоохранения г.Москвы, 115088, Москва, Россия;³ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, Москва, Россия

Обзорная статья посвящена системе здравоохранения Исландии, которая демонстрирует одни из лучших показателей в мире здоровья населения при относительно невысоких для развитой европейской страны расходах. Успешный опыт исландского здравоохранения представляется важным для России, с одной стороны, в силу близости этой страны многим российским регионам по климатно-географическому положению, демографии и территориальному развитию. С другой стороны, успех здравоохранения Исландии тесно связан с развитием модели, во многом похожей на советскую модель Николая Семашко, от которой Россия отказалась в 1990-е гг. Авторы полагают, что опыт Исландии может быть использован в модернизации как региональных систем здравоохранения Восточной Сибири, Дальнего Востока и Арктики, так и российского здравоохранения в целом.

Ключевые слова: Семашко Н. А., научная школа, система здравоохранения, принципы, показатели здоровья населения, Исландия.

Для цитирования: Рагозин А. В., Сафонов А. Л., Гришин В. В., Сточик А. А. Мировой опыт: как развитие принципов академика АМН СССР Н. А. Семашко помогло Исландии создать одну из самых эффективных систем здравоохранения в мире. Часть 1. Исторический обзор. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(спецвыпуск 2):1282—1289. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1282-1289>

Для корреспонденции: Сафонов Александр Львович; e-mail: ALSafonov@fa.ru

Ragozin A. V.¹, Safonov A. L. I., Grishin V. V.¹, Stochik A. A.^{2,3}**WORLD EXPERIENCE: HOW THE DEVELOPMENT OF THE PRINCIPLES OF ACADEMICIAN OF THE ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES OF THE USSR N. A. SEMASHKO HELPED ICELAND TO CREATE ONE OF THE MOST EFFECTIVE HEALTHCARE SYSTEMS IN THE WORLD. PART 1. HISTORICAL OVERVIEW**¹Financial University under the Government of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation;²Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management at the Department of Healthcare of Moscow, Moscow, Russian Federation;³FGBNU "N. A. Semashko National Research Institute of Public Health" of the Ministry of Education and Science of Russia, Moscow, Russian Federation

Annotation. The review article is devoted to the healthcare system of Iceland, which demonstrates some of the best indicators of public health in the world at relatively low costs for a developed European country. The successful experience of Icelandic healthcare is important for Russia, on the one hand, due to the proximity of this country to many Russian regions in terms of climatic and geographical location, demography and territorial development. On the other hand, the success of Iceland's healthcare is closely linked to the development of a model, in many ways similar to the Soviet model of Nikolai Semashko, which Russia has abandoned. The authors believe that Iceland's experience can be used in the modernization of regional healthcare systems in Eastern Siberia, the Far East and the Arctic, as well as Russian healthcare in general.

Keywords: N. A. Semashko, scientific school, healthcare system, principles, population health indicators, Iceland.

For citation: Ragozin A. V., Safonov A. L., Grishin V. V., Stochik A. A. World experience: how the development of the principles of academician of the Academy of medical sciences of the USSR N. A. Semashko helped iceland to create one of the most effective healthcare systems in the world. Part 1. Historical overview. *Problemi socialnoi gigieni, zdravoookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 2):1282–1289 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1282-1289>

For correspondence: Safonov Alexander Lvovich, Doctor of Economics, Professor, ALSafonov@fa.ru

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 30.06.2023

Accepted 05.09.2023

Введение

Актуальность изучения опыта здравоохранения Исландии обусловлена рядом обстоятельств. С одной стороны, это одна из наиболее эффективных национальных систем здравоохранения в мире. При этом высокие показатели здоровья населения

Исландии обеспечены относительно небольшими для развитой европейской страны ресурсами здравоохранения, которые сопоставимы, а по некоторым показателям ощутимо ниже по сравнению с развитыми странами ОЭСР. Актуальность изучения опыта здравоохранения Исландии для российского здравоохранения обусловлена также тем, что

Таблица 1

Некоторые показатели эффективности системы здравоохранения Исландии, других развитых стран ОЭСР (без США, бывших республик СССР и стран социалистического лагеря) и России

	Текущие расходы на здравоохранение (СНЕ), % ВВП, 2018*	Доля «out-of-pocket» медицинских расходов домохозяйств в текущих расходах на здравоохранение, 2019, %**	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, оба пола, 2019, лет***	Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении, оба пола, 2019, лет**
Исландия	8	15,5	82,3	72,0
«Старые» развитые страны ОЭСР, ср.	9,1	15,4	81,2	71,4
Россия	5	36,57	73,2	64,2
Финляндия	9	17,42	81,6	71,0
Швеция	11	13,71	82,4	71,9
Ирландия	7	11,83	81,8	71,1
Италия	9	23,46	83,0	71,9
Испания	9	21,76	83,2	72,1
Португалия	10	30,61	81,6	71,0
Канада	11	15,04	82,2	71,3
Австралия	10	14,69	83,0	70,9
Новая Зеландия	9	12,15	82,0	70,2
Великобритания	10	16,39	81,4	70,1
Дания	10	13,79	81,3	71,0
Норвегия	11	13,92	82,6	71,4
Южная Корея	8	30,25	83,3	73,1
Нидерланды	10	10,57	81,8	71,4
Германия	11	13,48	81,7	70,9
Греция	8	34,64	81,1	70,9
Израиль	7	11,83	82,6	72,4
Япония	11	12,93	84,3	74,1
Австрия	10	17,91	81,6	70,9
Бельгия	11	18,98	81,4	70,6
Франция	11	9,46	82,5	72,1

* Всемирная организация здравоохранения. URL:<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> (дата обращения 07.08.2023 г.)

** Всемирная организация здравоохранения. URL:<https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/MCA/out-of-pocket-health-expenses-as-percentage-of-total-health-expenditure> (дата обращения 07.08.2023 г.)

*** Всемирная организация здравоохранения. URL:<https://apps.who.int/gho/data/node.main.688> (дата обращения 07.08.2023 г.)

**** Всемирный банк. URL:<https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI> (дата обращения 07.08.2023 г.)

по демографическому и территориальному развитию Исландия похожа на многие российские регионы — особенно Арктики, Восточной Сибири и Дальнего Востока, для которых характерны низкая плотность населения, слабо развитая сеть городов, преимущественно мелкоочаговый тип заселения территории. Также близки исландские и российские показатели потребления алкоголя и распространенности ожирения. Наконец, для организаторов российского здравоохранения интересен тот факт, что высокие показатели эффективности здравоохранения Исландии были достигнуты во многом благодаря использованию принципов Николая Семашко, на которых было построено здравоохранение СССР и от большинства которых здравоохранение России отказалось в ходе реформ в 90-е годы прошлого века.

Материалы и методы

Работа написана с использованием общенаучных методов анализа и синтеза информации, контент-анализа статистических и аналитических документов, отражающих фактические данные современного состояния системы здравоохранения Исландии.

Результаты

Характеристика системы здравоохранения Исландии

Система здравоохранения Исландии считается одной из самых высокоэффективных в мире. В этой расположенной на Полярном круге стране ожидаемая при рождении продолжительность жизни для исландцев обоих полов в 2020 году составила 83,1 года — на 2,5 года выше средней продолжительности жизни в климатически более благополучных странах Европы и на 10 лет больше, чем в России. Если в России женщины живут дольше мужчин более чем на 10 лет, а в странах Евросоюза — на 5,6 лет, то в Исландии этот гендерный разрыв — лишь

Таблица 2

Некоторые показатели обеспеченности ресурсами системы здравоохранения Исландии, других развитых стран ОЭСР и России

	Госпитальные койки, на 1000 жителей*	Врачи, на 1000 жителей**	Медицинские сестры и акушерки, на 1000 жителей***	Стоматологи, на 1000 жителей**
Исландия	2,8	3,9	15,3	0,8
Развитые страны ОЭСР, ср.	4,9	3,9	9,7	0,8
Россия	7,1	3,8	8,5	0,3
Финляндия	3,6	4,3	13,9	0,7
Швеция	2,1	7,1	11,7	0,8
Ирландия	3,0	3,5	12,9	0,7
Италия	3,1	4,0	6,1	0,9
Испания	3,0	4,6	6,1	0,8
Португалия	3,5	5,6	7,2	1,1
Канада	2,5	2,5	9,9	0,7
Латвия	5,5	3,3	4,5	0,7
Австралия	3,8	4,1	16,3	0,6
Новая Зеландия	2,6	3,4	10,9	0,6
Великобритания	2,5	2,8	8,5	0,5
Дания	2,6	4,2	10,5	0,7
Норвегия	3,5	5,1	18,2	0,9
Эстония	4,6	2,9	6,6	1,0
Южная Корея	12,4	2,5	7,4	0,5
Нидерланды	3,2	3,8	11,4	0,6
Германия	8,0	4,5	11,8	0,9
Греция	4,2	6,2	3,6	1,3
Израиль	3,2	3,6	5,5	0,9
Словения	4,4	3,3	10,0	0,7
Словакия	5,7	3,6	6,0	0,5
Польша	6,5	3,7	8,4	0,3
Литва	6,4	4,4	8,2	1,1
Япония	13,0	2,6	12,0	0,8
Чехия	6,6	3,0	9,0	0,8
Австрия	7,3	5,5	7,1	0,6
Бельгия	5,6	3,2	11,9	0,8
Франция	5,9	3,3	11,6	0,7

* Интернет-ресурс: URL:<https://apps.who.int/gho/data/view.main.HS07v> (дата обращения 07.08.2023 г.)

** Интернет-ресурс: URL: https://apps.who.int/gho/data/node.main.HWFGRP_0020?lang=en (дата обращения 07.08.2023 г.)

*** Там же.

**** Там же.

2,8 лет. Страна продемонстрировала один из лучших результатов в мире по борьбе с COVID-19, смертность от которого в «довакцинном» 2020 году была в 18 раз ниже, чем в среднем по Евросоюзу: 90 умерших на миллион населения по сравнению с 1 590 умерших на миллион в среднем по Европе. Если после пандемии Covid-19 ожидаемая продолжительность жизни в большинстве стран ЕС ощутимо снизилась, то в Исландии она осталась практически неизменной [1]. При этом расходы на здравоохранение в Исландии ниже, чем в среднем по ЕС, в расчете на душу населения и в доле ВВП: в 2019 году на здравоохранение было выделено 8,5 % ВВП по сравнению с 9,9% ВВП в среднем по ЕС [1].

В Таблице 1 приведены некоторые показатели эффективности здравоохранения Исландии по сравнению с другими «старыми» развитыми странами ОЭСР (без США, бывших республик СССР и стран социалистического лагеря) и Российской Федерации.

Обеспеченность населения Исландии госпитальными койками составляет всего 2,8 койки на 1000 жителей при среднем показателе развитых стран 4,9 койки на 1000 населения, в Российской Федерации — 7,1 койки на 1000 граждан. Исключение — очень высокая обеспеченность исландского здравоохранения средним медицинским персоналом: 15,3 медицинские сестры и акушерки на 1000 жителей при среднем показателе развитых стран ОЭСР, близкие показатели среди развитых стран лишь у Норвегии, Австралии и Финляндии — соответственно, 18,2, 16,3, и 13,9 средних медработников на 1000 жителей. Некоторые показатели обеспеченности ресурсами системы здравоохранения Исландии, других развитых стран ОЭСР и России приведены в таблице 2.

В таблице 3 приведены некоторые условия и факторы, влияющие на здоровье населения, расходы системы здравоохранения и её эффективность в Исландии, других развитых странах ОЭСР и Российской Федерации.

Для национальной системы Исландии характерен государственный характер общественного здравоохранения, единство (централизация) и плановый характер его управления, организационное единство профилактической (санитарной) и лечебной медицины, общенациональный — лишенный межведомственных и межрегиональных барьеров — характер здравоохранения, интегрированная (нерыночная) модель отношений плательщика и провайдеров медицинских услуг, активное привлечение населения к управлению здравоохранением, а также упор на квалифицированную специализированную медицинскую помощь. Ещё более интересно, что Исландия развивает принципы Н.А.Семашко — благодаря чему удалось нивелировать многие недостатки советской модели, которые стали причиной российских реформ 90-х годов. Поэтому представленный ниже обзор системы здравоохранения Исландии построен на сопоставлении её элементов с принципами Н.А.Семашко и их развитием.

Некоторые аспекты исторического развития системы здравоохранения Исландии

Исландская система здравоохранения ведет свою историю с 1760 г., когда Исландия была частью Датского королевства и датский король назначил на остров первого государственного врача [2]. Первая больница была открыта в Рейкьявике в 1866 г., а медицинская школа, основанная в 1876 г., стала частью Университета Исландии после его основания в 1911 году. В первой трети 20 века государство постепенно взяло на себя ответственность за предоставление больничных услуг; в 1930 г. была открыта первая общедоступная государственная больница, Landspítali. Государственные услуги здравоохранения были расширены законом в 1936 г., когда был принят закон о государственном медицинском страховании. В рамках этого закона во всех муниципалитетах страны были созданы кассы государственного медицинского страхования для малообеспеченных, которыми было охвачено около 50% населения. Эти кассы были многочисленными (245 касс, разбросанных по всей стране), финансировались они частично за счет взносов самих застрахованных (чей доход был ниже определенного минимума) и частично за счет местных органов власти. Те, кто получал доход выше минимального уровня, не подлежал государственному страхованию.

В 1972 г. индивидуальные взносы были отменены, многочисленные районные кассы медицинского страхования были объединены и перешли в административное подчинение наиболее крупным муниципалитетам. В результате появились 40 региональных фондов государственного медицинского страхования, финансируемых на 80% центральным правительством и на 20% местным самоуправлением. Охват страхованием рос, и в 1975 г. 100% населения было застраховано региональными фондами государственного страхования. Однако несмотря на центральную роль государства, министерства здравоохранения в Исландии длительное время не было — до 1970 г. медициной ведал один из департаментов Министерства юстиции и церковных дел [2].

В 1970 г. был создан отдельный правительственный департамент здравоохранения и социального обеспечения, а в 1985 — Министерство здравоохранения и социального обеспечения (МЗСО). Наиболее значимыми оказались два закона, которые предусматривали важные институциональные и организационные реформы. В рамках закона о социальном обеспечении (1971 год) все население страны было охвачено единой системой государственного медицинского страхования, а региональные фонды были объединены в единый национальный фонд медицинского страхования, подчиненный МЗСО. В свою очередь, в 1973 г. был принят Закон о здравоохранении, который гарантировал всем гражданам Исландии доступ к большинству медицинских услуг за счет государства — за исключением лекарств для амбулаторного лечения и стоматологии, которые покрывались за счет личных платежей «из кармана»

Таблица 3

Некоторые условия и факторы, влияющие на здоровья, расходы системы здравоохранения и её эффективность — Исландия, другие развитые страны ОЭСР и Россия

	Средний возраст населения, оба пола	Плотность населения, чел на км ^{2*}	Урбанизация, % городского населения	Промышленное загрязнение воздуха, мкг твердых частиц на м ³	Потребление алкоголя на душу населения, чистого спирта	Курение, % курящих взрослых, оба пола	Ожирение среди взрослых, оба пола, %
Исландия	37,1	4	94,0	5,9	7,7	12,0	21,9
Россия	40,3	9	75,3	13,8	7,3	26,8	23,1
В среднем по странам ОЭСР ¹	42,2	150	78,6	11,6	8,8	20,6	22,5
Финляндия	42,8	18	85,8	5,9	8,2	21,6	22,2
Швеция	41,1	26	88,7	5,9	7,1	24,0	20,6
Ирландия	37,8	73	64,5	8,3	10,9	20,8	25,3
Италия	46,5	199	72,0	15,3	7,7	23,1	19,9
Испания	43,9	95	81,6	9,5	10,72	27,7	23,8
Португалия	44,6	112	67,9	7,9	10,37	25,4	20,8
Канада	41,8	4	81,9	6,5	8,0	13,0	29,4
Латвия	44,4	29	68,7	12,7	12,9	37,0	23,6
Австралия	37,5	3	88,6	7,2	9,5	13,6	29,0
Новая Зеландия	37,2	20	87,0	5,7	9,2	13,7	30,8
Великобритания	40,6	280	84,6	10,5	9,8	15,4	27,8
Дания	42,0	148	88,5	10,1	9,2	17,5	19,7
Норвегия	39,5	15	84,0	7,0	6,1	16,2	23,1
Эстония	43,7	31	69,8	6,7	11,7	29,7	21,2
Южная Корея	43,2	531	81,5	24,6	7,7	20,8	4,7
Нидерланды	42,8	523	93,2	12,1	8,2	22,2	20,4
Германия	47,8	238	77,8	11,7	10,6	22,0	22,3
Греция	45,3	80	80,7	15,7	6,3	33,5	24,9
Израиль	30,4	424	92,9	19,5	3,1	21,2	26,1
Словения	44,9	105	56,1	15,8	11,1	22,0	20,2
Словакия	41,8	118	54,0	17,5	10,3	31,5	20,5
Польша	41,9	134	60,2	20,5	11,0	24,0	23,1
Литва	44,5	43	68,7	11,5	11,9	32,0	26,3
Япония	48,6	338	92,0	11,5	8,4	20,1	4,3
Чехия	43,3	136	74,6	15,2	12,7	30,7	26,0
Австрия	44,5	109	59,5	12,4	11,9	26,4	20,1
Бельгия	41,6	386	98,2	12,9	9,2	23,4	22,1
Франция	41,7	118	81,8	11,6	11,4	33,4	21,6

* Интернет-ресурс: URL:<https://worldpopulationreview.com/country-rankings/countries-by-density> (дата обращения 07.08.2023 г.)

и добровольного медицинского страхования. По всей стране государством были построены современные и хорошо оборудованные центры первичной медицинской помощи, укомплектованные квалифицированными медицинскими работниками и обеспечивающие легкий доступ к первичной медицинской помощи. МСЗО обеспечило капитальные вложения, ремонт помещений, закупку оборудования, а текущие расходы распределялись между центральным правительством и единым фондом медицинского страхования (85%) и местными органами власти (15%). Для управления системой было создано пять региональных советов по здравоохранению, члены которых выдвигались на местном уровне и назначались министром, которому советы подчинялись напрямую [2].

После расширения системы здравоохранения в 70—80 г. в начале 1990-х г. начался новый период реформ, характеризующийся политикой сокращения и рационализации. С принятием нового Закона о здравоохранении в 1990 году начались серьезные институциональные изменения — произошло новаторская для европейских стран централизация управления. В начале 90-х годов региональные советы здравоохранения были упразднены, все полномочия по регулированию предоставления медицинских услуг были переданы министерству, государственные учреждения здравоохранения стали под-

чиняться непосредственно министру, который получил полномочия объединять и реконфигурировать службы здравоохранения без необходимости консультироваться с местными органами власти. В этих правовых рамках министр здравоохранения получил более широкие полномочия по разработке политики и исполнительной власти и были проведены еще две крупные реформы. После принятия в 1994 г. закона о фармацевтике была проведена реформа системы фармацевтического рынка, а в 1998 г. — крупная больничная реформа, которая предусматривало в том числе покупку государством частных больниц с их объединением с государственными больницами. В результате не только политика в области здравоохранения, но и текущее управление им были централизованы в МСЗО [2].

Тем самым если в СССР создание централизованной государственной системы Семашко стало результатом революционных, зачастую насильственных преобразований и зачастую авторитарными методами [3,4], то огосударствление и централизация здравоохранения Исландии стало результатом её эволюции — поиска и постепенного внедрения наиболее эффективных решений путем достижения общенационального консенсуса. Исландская система эволюционировала от частной к государственной, от децентрализованной по управлению и фрагментированной по финансированию — к цен-

трализованной и одноканальной, от страховой оплаты медицинских услуг — к бюджетному финансированию работы медицинских организаций.

Общедоступность бесплатной по месту оказания медицинской помощи

Как и в СССР, право на бесплатную по месту оказания медицинскую помощь в Исландии является всеобщим (универсальным). Национальное (государственное) медицинское страхование Исландии обеспечивает всеобщий охват не только всех граждан, но и всех, кто легально проживает в Исландии в течение шести месяцев независимо от гражданства. Каждый застрахованный получает необходимые ему медицинские услуги независимо от того, сколько он вносит в систему [5]. Система национального медицинского страхования оплачивает расходы на медицинское обслуживание застрахованных лиц частично или полностью, при этом соплатежи применяются преимущественно к визитам к врачам частных клиник, стоматологии и фармацевтическим препаратам для амбулаторного лечения (со скидками или исключениями для уязвимых групп). Стационарное лечение бесплатное, включая все анализы и лекарства, необходимые при госпитализации [5]. Достигнутый высокий уровень доступности медицинской помощи в Исландии подтверждается низкой долей личных медицинских платежей населения («out-of-pocket») в текущих расходах на здравоохранение — см. Таблицу 1. В 2019 г. этот показатель составил 15,5% — для сравнения, в этом же году доля личных медицинских платежей населения России в текущих расходах на здравоохранение составила 36,57%. Как и в СССР, финансирование здравоохранения в Исландии идёт за счет общих налогов — из заработной платы работников социальные страховые взносы не удерживаются [5].

Интегрированная модель отношений плательщика и провайдеров медицинских услуг, нерыночный характер отношений врача и пациента

Предоставление медицинской помощи в форме рыночной оплаты услуг рождает множество экономических и этических проблем. Специфика медицинских услуг как товара — невозможность отказа пациентов от необходимой им помощи, «естественный монополизм» наиболее квалифицированных врачей и медицинских организаций, асимметрия знаний между пациентами и врачами и постоянно меняющаяся себестоимость медицинских услуг — лишь некоторые причины сомнительной эффективности рыночных механизмов в общественном здравоохранении: непрозрачного и несправедливого ценообразования, навязывания ненужных услуг, селекции «выгодных» пациентов («снятие сливок»), конкуренции интересов пациентов и личной выгоды врачей, закономерный вопрос: является ли медицинская помощь товаром или правом [6—8]. Поэтому в основу здравоохранения СССР впервые в мире

была положена т. н. интегрированная модель рыночных отношений между покупателем и поставщиком («payer-provider partnerships», «Payvider») в которой плательщик одновременно является владельцем или как минимум партнером клиник [9]. Отсюда нерыночный характер отношений врача и пациента в системе Семашко: «*Врач — служащий советского государства, слуга народа. Он для этой службы обеспечивается государством — и материально, и морально — возможностью так лечить больного, как этого требует современная медицинская наука. К его услугам консультации опытных товарищей, возможность помещения больного в нужное квалифицированное лечебное заведение для исследования и лечения и т. д. и т. п. в ней, как это бывает в капиталистических странах, где к тому же не столько медицинские, сколько коммерческие интересы являются лейтмотивом деятельности платного лечебного заведения*» [10].

В рамках интегрированной модели, с одной стороны, медицинские организации административно подчинены и хозяйственно подотчетны финансирующему их плательщику (в случае СССР и Исландии — государственному органу) — что позволяет быстро решать проблемы с качеством, добиться высокой эффективности финансирования, делает ненужным навязывание услуг и селекцию пациентов. С другой стороны, в рамках интегративной модели медицинские организации и врачи не растрачивают ресурсы на ненужную конкуренцию друг с другом и повышают эффективность помощи за счет сотрудничества в рамках единой сети. Именно такая система была создана в СССР — а сейчас мы видим её в Исландии, где большинство медицинских организаций принадлежат государству, финансируются методом глобального бюджета (по сути, гибкой поста-тейной сметой), а врачи получают зарплату от государства с дополнительными выплатами за внеурочную работу [5]. В свою очередь, единый плательщик в лице подчиненного министерству здравоохранения агентства национального медицинского страхования (ИНИ) исключает бессмысленную в условиях слабозаселенной страны конкуренцию страховых посредников. Сегодня эта впервые реализованная в СССР Николаем Семашко нерыночная т. н. «интегративная» модель отношений плательщика и провайдера всё чаще признается наиболее прогрессивным подходом. Налицо рост популярности этой модели даже в рыночных системах. Например, в США крупнейшая медицинская корпорация Kaiser Permanente обслуживает 22 млн клиентов с ежегодным оборотом 93 млрд долларов, по-советски интегрируя в себе функции страховщика и сети клиник [11, 12]. Сегодня в России выгоды интегральной модели используют как коммерческие страховщики, располагающие «своими» клиниками, так и государственные ведомственные клиники, качество помощи которых, как правило, ощутимо выше, чем в общедоступных больницах.

Единство управления, организационная интеграция профилактической (санитарной) и лечебной медицины

Ключевым условием эффективности здравоохранения Н.А.Семашко полагал необходимость «полновластного органа, который ведал бы всем делом здравоохранения», чей «управляющий аппарат может быть сильным лишь в том случае, если он опирается на мощную государственную организацию, а не является «генералом без армии» [10]. Как и в СССР, работа общественного здравоохранения Исландии ведется под прямым руководством профильного министерства, которое после объединения в 2010 году Министерства здравоохранения с Министерством социальных дел и социального обеспечения носит название Министерства благосостояния и отвечает, помимо охраны здоровья, за пенсионное обеспечение, социальное обслуживание и социальную защиту населения Исландии [5]. При этом по сравнению с СССР Исландия — возможно, в силу небольшого размера страны и появившихся за последние несколько десятилетий возможностей информатизации — создала гораздо более централизованную систему. Если в СССР важную роль играли местные и региональные органы управления здравоохранения, то в Исландии местные и региональные власти де-факто отстранены от оперативного управления медициной — все административные и финансовые права делегированы министерству здравоохранения. Единственное исключение — услуги долгосрочного ухода и паллиативная помощь, ответственность за которые делят между собой министерство благосостояния и власти регионов [5]. Конечная личная ответственность за финансирование, доступность и качество медицинской помощи в Исландии возложена на министра благосостояния, который обладает основными директивными и исполнительными полномочиями и которому напрямую подчинены пять ключевых государственных агентств: Директорат здравоохранения (ДН), Исландское медицинское страхование (ИНИ), Исландское агентство по лекарственным средствам (ИМА), Исландский комитет по ценообразованию и возмещению расходов на лекарства (ИМРС) и Исландское управление радиационной безопасностью (ИРСА).

Директорат здравоохранения (ДН) контролирует работу медицинских организаций Исландии. Руководитель ДН является, условно, «общенациональным главным врачом». Основные обязанности ДН:

- Консультировать министра благосостояния и другие государственные органы, медицинских работников и общественность по вопросам, касающимся здоровья, профилактики заболеваний и укрепления здоровья;
- Спонсировать и организовывать инициативы общественного здравоохранения;
- Способствовать улучшению качества медицинской помощи;

- Инспектировать медицинские услуги и контролировать медицинских работников;
- Мониторинг отпускаемых по рецепту лекарств и содействие их рациональному использованию;
- Сбор и обработка данных о здоровье и медицинских услугах;
- Работа с жалобами пациентов и их родственников;
- Выдача лицензий на практику врачам и обеспечение соответствие их образования требованиям.

Помимо этих функций, задачей ДН является контроль инфекционных заболеваний. Главный эпидемиолог Исландии назначается директором ДН и отвечает за безопасность здоровья и общественные меры против инфекционных заболеваний и других угроз здоровью. Другими его обязанностями являются организация и координация контроля и профилактики инфекционных заболеваний и иммунизации по всей стране, ведение регистра инфекционных заболеваний, мониторинг их распространения, ведение регистра использования противомикробных препаратов, которые могут вызвать устойчивость к ним, распространение информации о распространении инфекционных заболеваний в Исландии и за рубежом среди врачей и других работников здравоохранения, предоставление консультаций врачам и другим лицам по вопросам борьбы с инфекционными заболеваниями, а также контроль за профилактикой инфекционных заболеваний (например, путем информирования и просвещения населения). Главный эпидемиолог готовит планы реагирования, проводит оценку рисков, организует эпидемиологические расследования, определяет дальнейшие действия по предотвращению их распространения. Кроме того, главный эпидемиолог выполняет функции главного санитарного врача страны — сотрудничая с главными врачами медицинских центров, учреждениями служб здравоохранения, муниципальными санитарными службами, Агентством по охране окружающей среды, Продовольственным и ветеринарным управлением и Управлением радиационной безопасности Исландии.

Тем самым здравоохранение Исландии в своей работе опирается на ещё один принцип Н. Семашко — интеграцию профилактической (санитарной) и лечебной медицины, их организационное единство. В Исландии эти сектора объединены и действуют синергично — как это было в СССР, где главный санитарный врач был первым заместителем министра здравоохранения. Читаем Н. А. Семашко: «Как можно успешно вести противоэпидемическую борьбу, если вести ее вразброд, несогласованно, необъединенно? Клод Бернар определяет задачи медицины так: «Медицина есть наука, имеющая своей задачей сохранить здоровье и излечивать болезни человека». И это определение по существу правильно отражает задачи медицинской деятельности — профилактическую и лечебную. Но совет-

ская медицина не только формально ставила так вопрос, ясный еще со времен Гиппократа. Сама советская организация здравоохранения построена на синтезе обеих сторон деятельности. В советской системе здравоохранения нет разрыва между лечением и профилактикой. У нас и профилактическая (санитарная, противоэпидемическая) организация, и лечебная (лечебные учреждения) совместно работают над предупреждением распространения заболеваний среди населения... В СССР построена стройная система государственной санитарной организации, которая по существу сводится к следующим основным видам санитарного надзора: коммунальному, пищевому, промышленному и школьному. Противоэпидемические мероприятия планируются санитарной организацией. Кроме государственной санитарной организации Министерства здравоохранения, в СССР существует еще ведомственная санитарная организация; Министерство путей сообщения имеет свою санитарную организацию, обслуживающую железнодорожный транспорт; некоторые хозяйственные предприятия, как, например, пищевые, тоже имеют свою санитарную организацию. Таким путем санитарная организация приспосабливает свою работу к специфическим требованиям той или другой хозяйственной организации. Однако это ничуть не ослабляет принципиального единства и плановости санитарного дела в СССР: ведомственные санитарные организации целиком подчиняются государственной санитарной инспекции Министерства здравоохранения СССР, и распоряжения последней для них обязательны. План ведомственной санитарной деятельности координируется и учитывается в общем плане санитарной деятельности Министерства здравоохранения» [10].

Второе подчиненное министру благосостояния агентство — ИНИ, Исландское медицинское страхование, которое в качестве единственного общенационального плательщика финансирует все виды помощи всем гражданам по всей территории страны без каких-либо региональных, ведомственных или страховых посредников. Это агентство играет роль заказчика в системе здравоохранения, поскольку оно ведет переговоры по контрактам, закупает и оплачивает медицинские услуги, которые не финансируются из глобальных бюджетов, а предоставляются как государственными, так и независимыми поставщиками услуг. С 1990 г. в системе здравоохранения Исландии активно участвуют частные (некоммерческие и коммерческие) поставщики. Затраты населения на значительную часть их услуг — например, стоматологическая помощь, физиотерапия, трудовая и логопедическая терапия — возмещаются ИНИ. Кроме того, ИНИ управляет программами медицинского страхования и страхования от производственного травматизма.

Третье подчиненное министру благосостояния агентство — ИМА, Исландское агентство по лекарственным средствам, которое отвечает за качество и безопасность лекарственных препаратов и меди-

цинских изделий, защиту прав потребителей и обеспечение населения лекарствами, в том числе регулирование фармрынка. ИМА принимает решения о регистрации лекарственных средств.

Четвертое напрямую подчиненное министру благосостояния агентство — Исландский комитет по ценообразованию и возмещению расходов на лекарства (IMPRC). IMPRC — это правительственный орган, состоящий из пяти членов: председателя, назначаемого министром здравоохранения, и по одному члену от ДН, ИНИ и ИМА. Пятый член назначается Министерством финансов. IMPRC принимает решения по вопросам возмещения расходов, определения оптовых цен, совместных заявок, возмещения расходов и цен, а также розничных аптечных наценок. Комитет отвечает за исландский каталог цен на лекарства, который публикуется каждый месяц и содержит информацию о максимальной оптовой цене, оптовой цене со скидкой, референтной цене и максимальной розничной цене. Решения IMPRC не могут быть изменены министром, и любые споры должны рассматриваться в суде. IMPRC обязан отслеживать затраты на производство и импорт лекарств и в соответствии с этим устанавливать максимальные цены. Наконец, пятое подчиненное министру благосостояния агентство — IRSA, Исландское управление радиационной безопасности, которое отвечает за безопасность радиологических исследований. Министр назначает директора IRSA сроком на пять лет [5].

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Iceland: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
2. Jónsson G. The Icelandic welfare state in the twentieth century. *Scandinavian Journal of History*. 2001;26(3):249–267.
3. Хабриев Р. У., Егорышева И. В., Шерстнева Е. В. Николай Александрович Семашко — первый народный комиссар здравоохранения России. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018; 26(3): 164–168.
4. Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А. «Клубы» и «гетто» советского здравоохранения. — М.: ШИКО, 2022.
5. Sigurgeirsdóttir S., Waagfjörð J., Maresso A. Iceland: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2014;16(6):1–182.
6. Emanuel Ezekiel J. Is health care a commodity? Richard Titmuss The Gift Relationship. *The Lancet*. 1997;350:1713–1714.
7. National Research Council (US) Panel to Advance a Research Program on the Design of National Health Accounts. *Accounting for Health and Health Care: Approaches to Measuring the Sources and Costs of Their Improvement*. — Washington (DC): National Academies Press (US); 2010.
8. Imershein AW, Estes CL. From health services to medical markets: the commodity transformation of medical production and the non-profit sector. *Int J Health Serv*. 1996;26(2):221–38.
9. Zachary N. Goldberg and David B. Nash. *The Payvider: An Evolving Model*. *Population Health Management*. Oct 2021.528–530.
10. Семашко Н. А. *Очерки по теории организации советского здравоохранения*. — М.: Издательство Академии Наук СССР, 1947.
11. Artiga S., Hinton E. Beyond health care: the role of social determinants in promoting health and health equity. Kaiser Family Foundation. May 10, 2018.

12. Bresnick J. Kaiser Permanente launches full-network social determinants program. *Health IT Analytics*. May 6, 2019.
13. Laugesen K., Ludvigsson J. F., Schmidt M., Gissler M., Valdimarsdottir U. A., Lunde A., Sørensen H. T. Nordic Health Registry-Based Research: A Review of Health Care Systems and Key Registries. *Clin Epidemiol*. 2021 Jul 19;13:533—554.
14. Семашко Н. А. Избранные произведения. — М.: Медгиз, 1954.
15. Комаров Ю. М. О научной основе Семашкинской модели здравоохранения. *Вестник ВШОУЗ*. 2015;1(1):120—127.

Поступила 30.06.2023
Принята в печать 05.09.2023

REFERENCES

1. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Iceland: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
2. Jónsson G. The Icelandic welfare state in the twentieth century. *Scandinavian Journal of History*. 2001;26(3):249—267.
3. Khabriev R. U., Egorysheva I. V., Sherstneva E. V. Nikolay Aleksandrovich Semashko — the first People's Commissar of Health of Russia. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2018; 26(3): 164—168.
4. Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A. «Clubs» and «ghettos» of Soviet healthcare. — М.: CHICOT, 2022.
5. Sigurgeirsdóttir S., Waagfjörð J., Maresso A. Iceland: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2014;16(6):1—182.
6. Emanuel Ezekiel J. Is health care a commodity? Richard Titmuss The Gift Relationship. *The Lancet*. 1997;350:1713—1714.
7. National Research Council (US) Panel to Advance a Research Program on the Design of National Health Accounts. *Accounting for Health and Health Care: Approaches to Measuring the Sources and Costs of Their Improvement*. — Washington (DC): National Academies Press (US); 2010.
8. Imershein AW, Estes CL. From health services to medical markets: the commodity transformation of medical production and the non-profit sector. *Int J Health Serv*. 1996;26(2):221—38.
9. Zachary N. Goldberg and David B. Nash. *The Payvider: An Evolving Model*. *Population Health Management*. Oct 2021.528—530.
10. Semashko N. A. *Essays on the theory of the organization of Soviet healthcare*. — М.: Publishing House of the Academy of Sciences of the USSR, 1947.
11. Artiga S., Hinton E. Beyond health care: the role of social determinants in promoting health and health equity. *Kaiser Family Foundation*. May 10, 2018.
12. Bresnick J. Kaiser Permanente launches full-network social determinants program. *Health IT Analytics*. May 6, 2019.
13. Laugesen K., Ludvigsson J. F., Schmidt M., Gissler M., Valdimarsdottir U. A., Lunde A., Sørensen H. T. Nordic Health Registry-Based Research: A Review of Health Care Systems and Key Registries. *Clin Epidemiol*. 2021 Jul 19;13:533—554.
14. Semashko N. A. *Selected works*. — М.: Medgiz, 1954.
15. Komarov Yu. M. On the scientific basis of the Semashkin model of healthcare. *Bulletin of the VSHOUZ*. 2015;1(1):120—127.