

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 2. ПРИНЦИПЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИСЛАНДИИ**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 90-е годы прошлого столетия. 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 2. Принципы функционирования системы здравоохранения Исландии. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(спецвыпуск 2):1290—1296. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1290-1296>

Для корреспонденции: Сафонов Александр Львович, заместитель директора Института межбюджетных отношений и региональной экономики, профессор департамента психологии и развития человеческого капитала Финансового университета при Правительстве Российской Федерации, доктор экономических наук, профессор, ALSafonov@fa.ru

Ragozin A. V.¹, Safonov A. L.¹, 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 2. PRINCIPLES FUNCTIONING OF THE ICELANDIC HEALTH SYSTEM**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 correspondence: Safonov Alexander Lvovich, Doctor of Economics, Professor, ALSafonov@fa.ru

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 2. Principles functioning of the Icelandic health system. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniia i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 2):1290–1296 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1290-1296>

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

Плановый характер управления и развития,
научный подход к планированию
Планирование с опорой на научно обработанные
фактические данные было краеугольным камнем

управления советским здравоохранением. Читаем Н. А.Семашко: «Отсутствие системы и плана в деле здравоохранения не менее, а может быть даже более вредно, чем в других отраслях хозяйства и

культуры... Планы здравоохранения в СССР определяют направление работы органов здравоохранения и отдельных медико-санитарных учреждений, указывая одновременно и пути выполнения этих планов. Вышестоящие органы здравоохранения намечают пределы составления планов (так называемые «контрольные цифры») для нижестоящих органов. Таким образом, планирование здравоохранения не представляет собой простого суммирования планов медико-санитарных учреждений (больниц, амбулаторий, санитарно-эпидемиологических станций и т. д.), а предусматривает определение общих установок к составлению планов этими учреждениями. Приступая к составлению плана, органы здравоохранения учитывают экономическое и санитарно-гигиеническое состояние района, города, республики, края, характер промышленности и сельского хозяйства в районе с выявлением наиболее крупных предприятий в городах и сельских местностях, демографические показатели населения, возрастной состав и заболеваемость его, эпидемическое состояние, состояние медико-санитарной сети и ее деятельность и т. д. И на основе всех этих данных, с учетом перспектив развития, строится план медико-санитарного обслуживания населения. Таким образом, правильно составленный план здравоохранения по республике (краю, области, району, городу) представляет собой глубокую аналитическую работу... Плановое начало находит свое приложение и в научной деятельности. Нигде в мире научная работа не планируется так, как в СССР. А плановость дает направленность, целеустремленность, продуманность, более полное соответствие потребностям страны в научной работе. План понимается нами не как простая сумма предполагаемых научных работ, но как активно организующий фактор научного исследования, направляющий исследователей по прямому, более короткому пути» [10].

Как и в СССР, управление здравоохранения Исландии построено на централизованном общем планировании, которое осуществляет министр. Планирование осуществляется как в форме краткосрочного планирования, так и в разработке долгосрочных планов. Краткосрочное планирование организуется в рамках бюджетного процесса и управляется сотрудниками Департамента экономического анализа и бюджета Министерства здравоохранения. На этапе бюджетного планирования потребности определяются с помощью данных по населению для каждого региона и конкретных местных характеристик — демографические показатели, данные здоровья, заболеваемость, ресурсы здравоохранения и др. Долгосрочное планирование осуществляется в форме Национального плана здравоохранения [5]. Интересно, что планирование идет, как в и в СССР, в рамках пятилетних планов: «В целях реализации политики общественного здравоохранения до 2030 года планы действий составляются на пять лет, согласованно с местными органами власти» (Постановление парламента Исландии «О политике в области общественного здравоохранения до 2030 года»,

<https://www.althingi.is/altext/151/s/1759.html>). В этом же постановлении раскрываются основные принципы планирования, его методологическое, информационное и научное обеспечение — ниже приведены некоторые выдержки из этого документа.

«Правительство закупает медицинские и профилактические услуги и поддерживает работу общественного здравоохранения, опираясь на фактические данные. Работа общественного здравоохранения оценивается путем измерения качества, безопасности, результатов, доступности и затрат, а также экономической эффективности».

«Законодательство, касающееся общественного здравоохранения, должно быть четким, в нем однозначно оговаривается роль учреждений здравоохранения, муниципалитетов и других лиц, осуществляющих работу в области здравоохранения. Должны быть четко определены роль и финансовая ответственность правительства, выполняющего работу в области общественного здравоохранения».

«Учреждения Министерства здравоохранения ежегодно составляют собственный план работы, учитывающий политику в области общественного здравоохранения и планы действий министра здравоохранения, а также другие политики и планы государственного сектора в области общественного здравоохранения или того, что так или иначе влияют на здоровье населения».

«Правительство должно расширить закупку услуг, связанных со сбором и обработкой данных об общественном здравоохранении, с целью максимально использовать их для стратегического планирования и планирования на уровне государственного сектора. Важно, чтобы было ясно, какие данные собираются, какие данные необходимы, чтобы быть доступными, и кто является собственником данных, которые собираются за государственные деньги, кто уполномочен использовать эти данные и каким образом».

«Исландцы должны быть среди ведущих наций в работе общественного здравоохранения на основе передовых научных знаний и опыта, в том числе с использованием местных показателей общественного здравоохранения и других актуальных данных и методы для анализа, выбора эффективных решений, оценки прогресса и публикации результатов по показателям общественного здравоохранения. Данные о работе общественного здравоохранения должны быть сопоставимы между регионами и с результатами других стран».

Ещё одна специфика исландского здравоохранения, которая повышает эффективность её планового управления — опора на мощную цифровую экосистему национальных реестров и регистров, учитывающих факторы здоровья конкретных граждан. Так, сегодня в Исландии действуют: регистр несчастных случаев, регистр скрининга рака, регистр онкологии, регистр причин смерти, регистр коронарных катастроф, регистр выписок из стационаров, реестр выписанных рецептов, реестр инфекционных заболеваний, реестр контактов с частными

врачами, реестр контактов первичной медико-санитарной помощи, реестр прерывания беременности, реестр вакцинации, реестр стерилизации, реестр оценок условий в домах престарелых, реестр здоровья находящихся в домах престарелых, реестр практикующих врачей, реестр отказов пациентов от био-банков, реестр факторов здоровья и благополучия взрослых граждан [13]. Тем самым в отличие от СССР и современной России — где планирование работы здравоохранения построено преимущественно на популяционных данных — исландская система здравоохранения опирается на мощную цифровую систему персональных данных — отсюда более высокая точность планирования.

Привлечение к управлению здравоохранением населения

Этот принцип Н.Семашко считал базовым для советского здравоохранения. *«Необходимо отметить, что огромную роль в постановке дела охраны здоровья населения играет само население. Охрана здоровья трудящихся — дело самих трудящихся — под этим лозунгом родилась советская организация здравоохранения, под этим лозунгом она развертывалась, под этим лозунгом она одерживала победы в труднейшие годы жизни нашей страны. Участие населения в охране своего здоровья осуществляется в самых разнообразных организационных формах. При местных советах депутатов трудящихся действуют секции здравоохранения из депутатов и привлеченных лиц; они наблюдают за деятельностью лечебно-профилактических учреждений, докладывают советам об их состоянии и работе. В соответствии с соглашением между ВЦСПС и Министерством здравоохранения СССР при всех лечебно-профилактических учреждениях (больницы, поликлиники, амбулатории, диспансеры, санатории и т. д.) организуются «советы содействия» из представителей трудящихся того района, который обслуживается данным учреждением. Члены совета не вмешиваются в чисто медицинские распоряжения, но оказывают незаменимую помощь органам здравоохранения в хозяйственно-организационной деятельности лечебных учреждений...Такая самодеятельность — основа основ теории и практики советского здравоохранения»* [10].

Исландцы не просто взяли на вооружение этот принцип Н.Семашко, но и творчески его развивают. Их «ноу-хау» — системно организованные коммуникации министерства здравоохранения с организованными группами пациентов по наиболее важным нозологиям. Тем самым к управлению здравоохранением привлечены наиболее мотивированные и компетентные потребители медицинских услуг. В настоящее время таких групп более 70, их число постоянно растет, они имеют разветвленную сеть по территории страны, они получают регулярное государственное финансирование (гранты) и имеют формализованные реальные рычаги влияния на административные и финансовые решения [5]. Деятельность групп пациентов направлена в первую

очередь на сбор информации о доступности и качестве медицинской помощи, о конкретных условиях и потребностях людей, страдающих соответствующими заболеваниями. Группы пациентов также занимаются сбором средств для финансирования новых технологий, имеющих особое значение для данной группы пациентов. Некоторые из крупных групп пациентов были созданы и организованы в течение многих лет и достигли высокого административного потенциала, которые позволяет им вступать в договорные отношения с властями и осуществлять целевые программы обслуживания своих членов. Примерами таких организаций могут служить, например, организация инвалидов (официальный сайт <https://www.obis.is/>, создана в 1961 году и действует как зонтичная организация для 33 ассоциаций-членов) и Исландская ассоциация пациентов с туберкулезом и заболеваниями грудной клетки (официальный сайт <https://sibs.is/>, крупная влиятельная организация, основанная ещё в 1938 году, когда туберкулез был ведущей проблемой Исландии). Ещё один инструмент активного привлечения населения к управлению здравоохранением Исландии, который выгодно отличает его от советского здравоохранения — институционализация профессиональных организаций врачей и медицинских сестер, которые пользуются высоким авторитетом и играют важную роль в принятии управленческих и политических решений. Врачи организованы в рамках Исландской медицинской ассоциации, которая является головной организацией с множеством региональных и профессиональных (врачи конкретных специальностей) подразделений. Медсестры объединены в единую Исландскую ассоциацию медсестер. Эти две организации не только обладают формальным и неформальным влиянием в управлении системой здравоохранения, но и являются влиятельными субъектами политики, формирующими эту систему. Почему это важно? Читаем А. Н.Семашко: «Врач в советском государстве — не только лечащий врач, но и одновременно организатор здравоохранения. Мы уже не говорим о врачах — организаторах здравоохранения *par excellence*, о санитарных врачах, эпидемиологах, о работниках охраны материнства и младенчества и т. д. Но и простой лечащий врач в СССР — организатор здравоохранения в своей области. Врач больничный, естественно, заботится о лучшей постановке дела в больнице — ведь это же его прямой интерес! Ибо он — государственный служащий, постоянный работник этой больницы, а не гастролер 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]. Исландский опыт показывает, что правильно организованное взаимодействие групп пациентов с централизованным управлением может обеспечить как минимум не менее эффективную обратную связь системы здравоохранения с потребителями, чем страховые посредники и рыночные механизмы — тем более в условиях слабозасе-

ленной страны, в сельской местности, в малых и средних городах, где о рыночной конкуренции врачей, клиник и страховщиков не может быть и речи. Тем самым если в СССР принцип Н. Семашко о необходимости широкого вовлечения населения управлению здравоохранения остался во многом декларативным и выхолощенным, то здравоохранение Исландии системно опирается на этот принцип.

Общенациональный характер здравоохранения: отсутствие межведомственных и межрегиональных барьеров для получения медицинской помощи

Еще в 1918 году в докладе на Всероссийском съезде медико-санитарных отделов Советов Н. А. Семашко обозначил ключевой задачей создание единой общенациональной системы здравоохранения: «*Насущной организационной задачей советской медицины на местах является устранение прежних межведомственных рамок и объединение ее*» [14]. К сожалению, решить проблему межведомственной и межрегиональной разобщенности здравоохранения не удалось ни в СССР, ни в Российской Федерации. Вопреки мифам о централизованном бюджетном финансировании советской медицины разные группы населения СССР получали помощь по разным, зачастую децентрализованным и/или негосударственным каналам. Сельская медицина в СССР финансировалась колхозами — негосударственными кооперативами крестьян. Заводские медсанчасти, больницы и санатории содержались за счет средств предприятий. Ведомственная медицина получала деньги из бюджетов «своих» министерств. Бюджетное финансирование городской медицины зависело от «категории» города и политической значимости республики или области. Отсюда избыточная сложность системы, проблемы управления и неравенство медицинских гарантий разным группам населения. Сегодня финансирование российского здравоохранения тоже дезинтегрировано на множество независимых друг от друга каналов, которые оплачивают разные виды медицинских услуг и/или разным группам населения — система ОМС, региональные бюджеты, федеральный бюджет, ведомственные и госкорпоративные системы. В свою очередь, участие частных медицинских организаций в оказании гарантированной медицинской помощи населению России не соответствует масштабу и возможностям частного сектора. Поэтому, как и в СССР, доступность и качество медицинской помощи в России напрямую зависит от того, где человек живет, где и кем работает и каковы его доходы.

Исландия успешно решила эту проблему и реализовала принцип Н.А.Семашко об общенациональном характере системы здравоохранения, создав солидарную одноканальную общенациональную модель единого государственного плательщика в лице подчиненного Минздраву агентства национального страхования здоровья ИНИ, которое напря-

мую — без страховых и региональных посредников — финансирует государственные медицинские организации по всей территории страны, возмещает гражданам их расходы в случае обращения в частные клиники и лечения за рубежом. Тем самым благодаря одноканальному финансированию в общенациональной системе здравоохранения Исландии работают не только государственные, но и частные клиники [5].

Упор на квалифицированную специализированную медицинскую помощь

Ещё одна особенность советской модели — опережающее развитие квалифицированной специализированной помощи населению. Для этого, в частности, именно в СССР был впервые в мире разработан революционный подход в амбулаторной медицинской помощи — поликлиника, в которой пациент может сразу обратиться к нужному специалисту, не обращаясь к неспециализированному «привратнику» — фельдшеру или врачу общей практики [15]. Задолго до «взрыва врачебных специализаций» во второй половине 20 века принцип упора на специализированную помощь был обозначен Н. А. Семашко в докладе на Всероссийском съезде медико-санитарных отделов Советов в 1918 году: «*Немедленно нужно озаботиться повышением качества медицинской помощи (специальные приемы, специальные амбулатории, специальные больницы). Необходимо категорически бороться против тенденции самостоятельного фельдшеризма, замечающейся сейчас в некоторых провинциальных пунктах*» [14].

Как и в СССР, упор в оказании медицинской помощи в Исландии сделан не на врачей общей практики (которые в условиях городов превращаются в «привратников-диспетчеров», ограничивая доступность квалифицированной помощи), а на компетентных врачах-специалистах, к которым пациент может сразу, не теряя времени, обратиться напрямую. Число врачей в Исландии в 2019 году было примерно равно среднему показателю по ЕС (3,9 на 1000 населения), но подавляющее большинство из них — специалисты. Только 15% исландских врачей в 2019 году были врачами общей практики [1]. В случае, если пациент затрудняется с выбором врача-специалиста, он обычно сначала идет к терапевту — как это было в СССР [5]. Но при этом от СССР (где пациент был лишен права выбора врача) и от Российской Федерации (где право на выбор врача декларируется, но практически не работает из-за «прикрепления» пациентов к поликлиникам и нехватки врачей-специалистов, которые даже в крупных городах вытесняются врачами общей практики) пациенты в Исландии имеют неограниченный доступ к медицинским специалистам как в государственных, так и в частных клиниках — которые в этом случае получают компенсацию от ИНИ, в том числе в форме сооплаты пациентом [5].

Профилактическая направленность

Читаем Н. А. Семашко: «В Советском государстве в основу здравоохранения положена именно профилактика. В программе Коммунистической партии четко сказано: „В основу своей деятельности в области охраны народного здоровья ВКП полагает прежде всего проведение широких оздоровительных и санитарных мер, имеющих целью предупреждение развития заболеваний». Советская власть, власть трудящихся, заботится о коренном оздоровлении населения». Попробуем сравнить эти идеи с некоторыми выдержками из Постановления парламента Исландии «О политике в области общественного здравоохранения до 2030 года»¹ — единство профилактического подхода Исландии и СССР очевидно.

«Руководящий принцип политики общественно-го здравоохранения до 2030 года — укрепление здоровья и профилактика. Работа общественного здравоохранения носит целенаправленный характер и характеризуется междисциплинарным сотрудничеством между службами здравоохранения и другими заинтересованными сторонами (например, муниципалитетами), с упором на укрепление здоровья и профилактику».

«Цель санитарно-эпидемиологической работы должна быть понятна каждому, а информация о ее результатах — доступна населению. Укрепление здоровья и профилактика должны стать частью системы здравоохранения на всех уровнях службы. Целенаправленное укрепление здоровья и профилактика поддерживаются в нужных местах в рамках служб здравоохранения, в том числе посредством консультирования по здоровому образу жизни, профилактике и снижению вреда для отдельных лиц и групп, в том числе в области питания, физических упражнений, психического здоровья, стоматологической помощи, сексуального здоровья, профилактики употребления алкоголя, наркотиков и табака, включая использование электронных сигарет и никотиновых продуктов».

«Служба здравоохранения принимает активное участие в работе общественного здравоохранения, в том числе в сотрудничестве с местными органами власти, и тем самым способствует повышению непрерывности и качества услуг. Правительство способствует усилению укрепления здоровья для всех, создавая оптимальные условия жизни и работы для людей на всех этапах жизни и с различными потребностями. Будет создан плавный путь между уровнями обслуживания, касается ли это, например, обучения или социальных и развлекательных мероприятий, например, для пожилых людей».

«Необходимо устранить системные барьеры, мешающие людям вести здоровый образ жизни, жить в здоровых условиях и активно участвовать в жизни общества — такие как бедность, безработица, нера-

венство, отсутствие образования, отсутствие социальной поддержки и маргинализация».

Обсуждение

Обзор норм и практик системы здравоохранения Исландии позволяет утверждать, что эффективность её работы — высокая доступность медицинской помощи при относительно невысоких для развитой европейской страны затратах, одни из лучших показателей здоровья населения — во многом обусловлены использованием и творческим развитием принципов, сформированных в первой половине 20 века Н.А.Семашко и с разным успехом реализованных в здравоохранении СССР. Почему вопреки мифам о «коммунизме» и даже «тоталитаризме» советской модели Семашко её принципы использует Исландия — развитая капиталистическая страна, чей парламент был создан ещё в 1930 году? Причина видится в схожих суровых климато-географических, демографических и экономических условиях, в которых пришлось создавать здравоохранение в обеих странах. Как и СССР, Исландия создавала свою систему здравоохранения в условиях жёсткого дефицита средств — будучи до середины XX века одной из беднейших стран Европы. Как Советский Союз, Исландия хорошо осознавала риск эпидемий, которые иногда уменьшали население этой страны порой в несколько раз, а также важность борьбы с социальными болезнями через изменения условий труда и жизни людей: в 20 веке Исландия лидировала в Европе по заболеваемости туберкулезом. Как советские, так и исландские организаторы здравоохранения искали ответ на вопрос: как гарантировать общедоступность медицины в условиях низкой плотности населения, неразвитости сети городов и мелкоочаговой заселенности основной части территории страны? Из схожести решаемых проблем — практически одинаковый выбор как СССР, так и Исландией наиболее эффективных в их ситуации управленческих решений.

Парадокс видится в том, что Исландия двигалась к принципам Семашко, отталкиваясь от ранее созданной рыночной модели здравоохранения — а Россия, располагая уже созданной на этих принципах системой, отказалась от них в пользу сомнительных в её условиях рыночных механизмов. Да, советской модели были свойственны недостатки — например, низкая клиентоориентированность, низкое качество сервиса, бюрократизм, неравенство медицинских гарантий разным категориям населения, негибкость бюджетного финансирования — которые послужили основанием для отказа от большинства принципов Н. А. Семашко и безуспешных многолетних попыток развивать здравоохранение Российской Федерации, опираясь на рыночные механизмы: хозяйственную самостоятельность медицинских организаций, замену финансирования их деятельности на оплату услуг, конкуренцию медицинских организаций и страховщиков. Насколько правильным был выбор в каждом случае — можно оценить сегодня по результатам шедших в России и Ис-

¹ Интернет-ресурс: <https://www.althingi.is/altext/151/s/1759.html>
(дата обращения: 1.-8.2023 г.)

ландии прямо противоположных реформ. Нетрудно увидеть, что Исландия успешно решала проблемы и недостатки модели Семашко, не отказываясь от её принципов, а напротив — последовательно и системно их реализуя, превращая их из декларации в реально работающие институты и/или находя инновационные технические решения. Изучение причин столь разного выбора требует дополнительных исследований. Авторам представляется, что ключевым двигателем прогресса модели Семашко в Исландии эффективная обратная связь системы здравоохранения с наиболее компетентными и заинтересованными группами населения — с организованными группами пациентов, профсоюзами врачей и медсестер — что превратило страдающую в СССР от бюрократической иерархии и застывшую в своей статике модель Семашко в активно развивающуюся инновационную исландскую систему.

Заключение

1. Фактором, во многом обусловившим высокую эффективность здравоохранения Исландии и её прогресс в последние несколько десятилетий, представляется опора на принципы, сформированные в первой половине XX века Н.А.Семашко для советского здравоохранения:

- Государственный характер здравоохранения и централизация его управления;
- Общедоступность (бесплатность по месту оказания) медицинской помощи;
- Интегрированная модель отношений плательщика и провайдеров медицинских услуг, нерыночный характер отношений врача и пациента;
- Единство управления, организационная интеграция профилактической (санитарной) и лечебной медицины;
- Плановый характер управления и развития, научный подход к планированию;
- Привлечение населения к управлению здравоохранением;
- Общенациональный характер здравоохранения, отсутствие межведомственных и межрегиональных барьеров для получения медицинской помощи;
- Упор на квалифицированную специализированную медицинскую помощь;
- Профилактическая направленность.

2. Дополнительным важным обстоятельством представляется творческое и логическое развитие здравоохранением Исландии принципов Н. А. Семашко. Наиболее существенными новациями представляются:

А) Реализация идей Н.А.Семашко о создании единой общенациональной системы здравоохранения, лишенной межведомственных и межрегиональных барьеров — за счет создания системы единого государственного плательщика, который без каких-либо страховых и региональных посредников напрямую финансирует государственные медицинские организации и платит за обращения за гаран-

тированными видами медицинской помощи в частные медицинские организации по всей территории страны.

Б) Реализация идеи Н.А.Семашко о привлечении к управлению здравоохранением населения: институционализация организованных групп пациентов, организаций врачей и медицинских сестер, превращение их в важный элемент управления здравоохранением.

В) Повышение качества планирования работы и ресурсов здравоохранения, рост эффективности профилактики за счет создания мощной цифровой экосистемы национальных реестров и регистров, накапливающих информацию об условиях жизни, здоровье и поведенческих привычках конкретных граждан.

3. Представляется, что выбор схожих с советской моделью управленческих решений Исландией — развитой капиталистической страной и членом НАТО — обусловлен не идеологией, а схожими условиями, в которых приходилось создавать национальные системы общественного здравоохранения в Исландии и в Советском Союзе: жесткий дефицит ресурсов, необходимость обеспечить общедоступность медицинской помощи в условиях слабо развитой сети городов, низкой плотности населения и мелкоочагового типа заселения основной части территории, распространенность эпидемий и высокий уровень заболеваемости социальными болезнями. Успешный опыт как СССР, так и Исландии показывает, что в вышеперечисленных условиях экономического, демографического и территориального развития система Семашко представляется моделью выбора.

4. Представляется, что изучение опыта здравоохранения Исландии может дать основания для пересмотра научной обоснованности и управленческой целесообразности идущих с 90-х годов реформ здравоохранения России, направленных на отказ от модели Семашко в пользу рыночно-страховой модели. Как минимум, исландский опыт представляется крайне полезным для модернизации региональных систем здравоохранения субъектов Федерации Арктики, Сибири и Дальнего Востока.

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 Ezekil 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.
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 Ezekil 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.

Поступила 30.06.2023
Принята в печать 05.09.2023

REFERENCES