

УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ РЕФОРМЫ И ТРАНСФОРМАЦИИ СИСТЕМЫ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОТ ПЕТРОВСКОЙ ЭПОХИ ДО НАШИХ ДНЕЙ: КАРДИНАЛЬНЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ И ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА

А.Л. БЕСЕДИН¹, М.В. ПЕТРУШИНА²

¹ Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, Москва

² ООО ФИЛИПС, Москва

Рассмотрены вопросы, характеризующие основные черты российской системы здравоохранения в периоды ее реформирования и трансформации. Показан волнообразный характер реформ, рассмотрены взаимоотношения центра и регионов в осуществлении регулирующей функции на разных этапах развития отечественного здравоохранения. Представлены наиболее яркие персоналии, руководившие реформированием и развитием здравоохранения.

Ключевые слова: реформы здравоохранения, качество медицинской помощи, альтернативная медицина, государственная система оказания медицинской помощи, департамент здравоохранения, министерство здравоохранения, многоканальное финансирование здравоохранения, страховая медицина, Общество русских врачей, земская медицина, бесплатная медицинская помощь, фабричная медицина, доступность медицинской помощи, модели здравоохранения, военно-полевая медицина, органы местного управления здравоохранением, централизация здравоохранения, децентрализации здравоохранения, демонаполизации здравоохранения, политика здравоохранения, социальная политика, экономика здравоохранения.

Отсчет наиболее интенсивным реформам и трансформациям системы российского здравоохранения с целью поиска новых подходов и структурных изменений для улучшения состояния отрасли можно, пожалуй, с большой долей вероятности начать с эпохи правления Николая I и фактически считать, что этот этап продолжается и до настоящего времени. Естественно, что поиск новых подходов и структурных изменений по улучшению состояния отрасли был продиктован насущной назревшей необходимостью.

Для более глубокого понимания состояния отечественного здравоохранения к периоду начала правления Николая I целесообразно коротко охарактеризовать наиболее значимые трансформации, которые претерпела отрасль в предшествующее время с акцентом на попытках формирования общественного здравоохранения.

Как отмечалось ранее [1,2], первые, наиболее отчетливо проявившиеся, попытки такого рода реформирования медицинского дела (в русле создания общественного здравоохранения на Руси) были предприняты уже в рамках Аптекарского

приказа, который не без основания многие исследователи рассматривают как наиболее ярко выраженное и плодотворное движение к государственной модели здравоохранения в России. И не случайно, с такой точки зрения рассматривая Аптекарский приказ, вполне обоснованно, можно говорить о появлении первого на Руси (да и, пожалуй, в мире) аналога Министерства здравоохранения. Причем весьма большую роль для дальнейшего развития здравоохранения в России сыграло и то, что Аптекарский приказ со своей линией позитивного воздействия на трансформацию отрасли просуществовал порядка 140 лет. Такой стабильности в развитии, как будет видно далее, уже история российскому здравоохранению больше не предоставит вплоть до наших дней. Поэтому особо надо отметить качественный скачок, совершенный в этот период в российском здравоохранении, в значительной мере подготовивший успех реформ эпохи Петра I в данной сфере.

Пётр продолжил развитие гражданской медицины в России и в рамках осуществления его реформ на смену Аптекарскому приказу пришла

Медицинская канцелярия, которой вменялись достаточно широкие надзорные функции по медицинскому делу и были предоставлены большие полномочия по развитию здравоохранения. И надо сказать с этими задачами Медицинская канцелярия в значительной мере справилась, безусловно, благодаря выдающимся личностям ее возглавлявшим [2]. В фундамент будущего периода развития медицины в России был сделан весомый вклад:

— открыто несколько больниц для неимущих (содержавшихся за счёт казны и церкви), были созданы дома для бедных и сиротские дома;

— появились первые зачатки губернской и городской медицины, что в нашем сегодняшнем понимании можно трактовать как попытку децентрализации здравоохранения с возложением финансирования больниц на местные бюджеты (городские и губернские);

— получила развитие идея регионального планирования в здравоохранении с созданием «физикатов», но должной материальной поддержки эта реформа не получила. Городские и губернские врачи получали жалованье из казны и состояли в основном из иностранных граждан. Качество и доступность медицинской помощи для гражданского населения были крайне низкими, в связи с чем широкое развитие на Руси получила альтернативная медицина;

— сделана попытка поставить церковь на службу государству, (ограничить социальную функцию церкви) и перенаправить церковные средства в казну и из казны на иные нужды, в том числе и на нужды медицинского дела (что, впрочем, впоследствии Петром I было пересмотрено) и тому подобное.

Конечно, непрекращающиеся войны, которые вела Россия в этот период (первоочередным элементом финансирования из казны были войны и состояние здоровья армии), острая нехватка врачей в целом стране и другие сопутствующие негативные факторы сделали свое дело. И, хотя, можно с известной долей уверенности утверждать, что в петровскую эпоху в фундамент нового периода реформирования медицинского дела в России была заложена окрепшая модель государственного здравоохранения с существенными элементами, позволяющими перейти к дальнейшему её развитию (в том числе и с использованием новых механизмов финансирования и управления, основанных на децентрализации), вместе с тем, нельзя не отметить, что данная модель в практической реализации «дала трещину» прежде всего в силу ряда политических причин и из-за недостатка государственного финансирования в экономически истощённом войнами государстве. Поскольку гражданское здравоохранение систематически

недополучало финансирования (существовало на «остаточном принципе», — что, увы, фактически «стало нормой» и в более поздние периоды развития отечественного здравоохранения даже в мирное время), на практике это, как и подобает при таких обстоятельствах, проявилось в низком качестве и доступности медицинской помощи. Следствием этого, в свою очередь, стало появление «параллельного рынка» медицинских услуг, не профессионального, но и не бесплатного, определённого как шарлатанство, но очень популярного в народе, что и послужило мощным катализатором развития и расцвета альтернативной медицины.

Следующий достаточно успешный период развития медицинского дела в России, непосредственно предшествующий новому периоду реформирования здравоохранения России (отсчитываемому от эпохи правления Николая I), — период правления Екатерины II, также можно зачесть в укрепление базовой платформы отечественной медицины. Здесь очень важно обратить внимание на «стратегическую линию» Императрицы — качество медицинской помощи. Понятно, что за этим следовало, — была начата непримиримая борьба с альтернативной медициной (ее использование каралось смертной казнью) и новая череда реформ и трансформаций отрасли [2]. Роль аналога Министерства здравоохранения теперь выполняла Медицинская коллегия, с приходом в руководство которой бывшего министра финансов А.И. Васильева медицинское дело было поднято на существенно новый уровень. Этот новый уровень, который по праву расценивается как один из самых плодотворных в развитии российской медицинской науки и государственного управления здравоохранением, можно кратко охарактеризовать следующим образом:

— проведение территориальной реформы и реформы местного управления с целью усиления государственной власти на местах (законодательный акт «Учреждения для управления губерний Всероссийской империи», 1775 г.);

— основательная организационно-административная проработка двухуровневой системы административного деления, — губернии и уезды;

— формирование первых органов регионального управления здравоохранением в России (в каждой губернии был учреждён «приказ общественного призрения», что вполне можно рассматривать как прообраз сегодняшних департаментов или региональных министерств здравоохранения);

— ведение «принципа многоканального финансирования» медицины, который обеспечил принципиальную возможность решения пробле-

мы развития региональной медицины (были регламентированы следующие источники финансирования приказов, как субъектов регионального здравоохранения: — государственная казна, кредитная деятельность, средства городских бюджетов, церковные подаяния, гражданские штрафы, частные пожертвования, доходы от аптек, предпринимательская деятельность);

— придание нового импульса развитию медицинской науки и социальной помощи;

— инициирование создания сети учреждений гражданского здравоохранения, доступных для малообеспеченной части населения (особо важно подчеркнуть, что на государственные деньги были построены ряд больниц, где неимущее гражданское население могло получать медицинскую помощь бесплатно; кроме того были организованы медицинские учреждения, получавшие дополнительное финансирование непосредственно от самой Екатерины: Екатерининская больница и Обуховская больница, — первые прообразы современных федеральных медицинских учреждений) и тому подобное.

И все же из всех достижений в области развития медицины этого периода, несомненно, следует выделить создание унифицированной структуры управления врачебным делом в губерниях и уездах для обеспечения населения бесплатной медицинской помощью, организации санитарного надзора и борьбы с эпидемиями («Положение о врачебных управах в губерниях и инструкции для их чинов», — 1796 г.). Фактически всеми исследователями безоговорочно признается, что данная реформа управления медицинским делом является эпохальной и исторически значимой.

Однако закрепить в дальнейшем достигнутые успехи и поступательное развитие здравоохранения в России, к сожалению, не удалось. Целый ряд ошибочных и совершенно непродуманных изменений государственного аппарата при очередной смене монарха, увы, коснулся и системы здравоохранения. И, прежде всего, отрасль пострадала от явных грубых управленческих ошибок, среди которых судьбоносными (в плане негативных последствий) можно считать следующие:

— прообраз «Министерства здравоохранения» прекратил своё самостоятельное существование, став частью Министерства внутренних дел (при этом Министерство Внутренних дел полностью ограничило самостоятельность «приказов» и буквально «засыпало» их циркулярами и распоряжениями, регламентирующими каждый шаг);

— при реорганизации Медицинской коллегия в Медсовет из круга обязанностей последнего было удалено управление здравоохранением (а сам

Медсовет в дальнейшем получил подчинение Министерству образования);

— руководителями медицинского департамента были назначены люди без медицинского образования.

— управление медицинскими учреждениями было рассредоточено по разным структурам, которые не имели взаимоподчинённости;

— губернские врачебные управы, законодательно потеряли свою самостоятельность, а за этим последовало и резкое снижение эффективности их работы (прежде всего по линии ухудшения качества медицинской помощи) и так далее.

Все этими «нововведения» с неизбежностью вызвали цепь вполне предсказуемых негативных последствий:

— практически полную недоступность медицинской помощи для определённых слоёв населения (прежде всего социально незащищённых категорий граждан, которые лечились, главным образом, за счёт церковной благотворительности) и ограниченную доступность для населения в целом (в виду необходимости её оплачивать — лечение в больницах приказов не являлось бесплатным), — бесплатно пользовалась социальными благами только чиновники (лечение ряда категорий пациентов оплачивали разные ведомства);

— медицинское обслуживание сельского населения фактически полностью отсутствовало (а крестьянство составляло основную часть населения России того времени);

— изменилась и сократилась структура «приказов», их деятельность оказалась глубоко непрофессиональной;

— сократилось количество «приказных больниц» (ряд больниц просто перешли в крайне запущенное состояние);

— работа врача, находившегося на государственной службе, не считалась престижной и оплачивалась очень плохо;

— возросло число финансовых махинаций в сфере медицины в связи с «управленческим хаосом» и сложностью контроля в бессмысленно организованной системе здравоохранения и так далее и тому подобное.

Плачевное состояние российской медицины (худшие показатели по продолжительности жизни в Европе), конечно, повлияло на престиж страны на международной арене.

Поучительный и назидательный этап в истории российского здравоохранения, убедительно демонстрирующий как из-за несостоятельности аппарата управления за достаточно короткий промежуток времени были разрушены многие достижения в этой области, формировавшиеся десятилетиями.

Таким образом, на данном историческом этапе, в системе здравоохранения России сложился явно выраженный кризис и, безусловно, назрела настоятельная потребность в фундаментальном реформировании отрасли.

И это реформирование связано с началом эпохи правления Николая I и фактически, как отмечалось ранее, длится до настоящего времени и содержит богатый и многообразный материал для формирования системно аналитических предпосылок к принятию фундаментальных решений по модернизации отечественного здравоохранения на современном этапе.

С целью создания благоприятных условий для поиска новых подходов и структурных изменений по улучшению состояния отрасли, Николай I сделал сразу же очень сильный, стратегически важный ход, — прежде всего он распорядился найти средства для должного финансирования здравоохранения, — то есть принял судьбоносное для отрасли решение кардинально изменить финансовую базу медицинского дела.

Следует отметить, что в конце 18 века медицинская наука в России уже активно развивалась, и этот период был ознаменован большим числом выдающихся достижений в разных областях медицинских знаний. Медицина сделала качественный скачок.

Кроме того, в виду множества реформ Николая I, в том числе и отмены крепостного права в 1861 году, Россия вошла в фазу ускорения экономического развития. В стране коренным образом менялась политическая ситуация. Народническая идеология захватывала передовые умы, всё популярнее были идеи демократии и равенства, а среди врачей исключительно популярной являлась идея служения народу. Это послужило толчком к развитию нового этапа реформирования здравоохранения — Земской реформы 1864 года. В «Положении о Земских учреждениях» и в «Городовом положении» формальная власть оставалась у Медицинского департамента Министерства внутренних дел, но на деле городским и земским управам была вновь дарована самостоятельность в вопросах управления и финансирования учреждений здравоохранения соответствующих уровней. Уездные врачебные управы полностью утратили зависимость от губернаторской власти. В очередной раз реформирование взяло курс на децентрализацию и региональное самоуправление в системе здравоохранения. Существенным аспектом в этот период развития здравоохранения в России становится значительное повышение роли врачебной обще-

ственности, которая взяла на себя разработку и внедрение методов развития земской медицины, управления здравоохранением, развитие гигиены и профилактики.

Были созданы научно-медицинские общества под названием «Общество русских врачей», открытые всем врачам Российской империи любого вероисповедания и происхождения. Изначально такие общества появились в Санкт-Петербурге и Москве. В Санкт-Петербурге «Общество русских врачей» возникло в 1834 году. Выдающая роль в учреждении и становлении Общества принадлежит доктору медицины и хирургии, гоф-медику, почётному члену медицинского совета Министерства внутренних дел, действительному статскому советнику Ефиму Ивановичу Андреевскому и почетному лейб-медику Семёну Фёдоровичу Вольскому. Среди учредителей и членов общества были знаменитые петербургские врачи: Н. И. Пирогов, лейб-медик И.В. Енохин, доктор медицины А.Н. Никитин, лейб-хирург Д.К. Тарасов, домашний врач семьи А.С. Пушкина И.Т. Спасский и другие, а почетными членами при учреждении общества стали ректор Медико-хирургической академии П.А. Загорский и председатель Общества немецких врачей Deutsche Arzliche Verein (основано в 1819 году) И.Ф. Буш.

Е. И. Андреевский,¹ будучи одним из учредителей «Общества русских врачей в Санкт-Петербурге», буквально до своей кончины занимал должность его председателя. На этом посту его и сменил в 1840 году С. Ф. Вольский.

Общество тесно сотрудничало и с Русским обществом охранения народного здоровья, с Обществом Красного Креста под председательством С.П. Боткина, и с Санкт-Петербургским университетом.

¹ Андреевский, Ефим Иванович (1788–1840). Происходил из духовного звания. После окончания курса в семинарии (1807 г.), поступил в Медико-хирургическую академию, из которой выпущен лекарем и направлен в Лейб-гвардии Преображенский полк (1811 г.), в том же году переведен в Лейб-гвардии Литовский полк батальонным лекарем. В войну 1812 года за образцовую службу получил чин «коллежский ассессор», награжден орденом и двумя перстнями. В 1815 году назначается старшим штаб-лекарем Лейб-гвардии Павловского полка, а в 1819 году определен ко Двору гоф-медиком (в этой должности прослужил 15 лет). В 1834 году (без экзамена) признан Медико-хирургической академией доктором медицины, в феврале 1837 года — доктором медицины и хирургии, и в том же году зачислен членом Медицинского совета Министерства Внутренних Дел. Состоял доктором при Департаменте и Доме Генерального штаба. Андреевский лечил А.С. Пушкина после роковой дуэли и, как известно по свидетельству А.И. Тургенева и В.И. Даля, «закрыв ему глаза». Примечание авторов.



Пётр Александрович
Дубовицкий

Выдающимися председателями «Общество русских врачей» были также профессор, президент Петербургской медико-хирургической академии, действительный статский советник Пётр Александрович Дубовицкий, врач-терапевт и общественный деятель, профессор Медико-хирургической академии, тайный советник,

лейб-медик Сергей Петрович Боткин и физиолог, первый русский нобелевский лауреат, создатель науки о высшей нервной деятельности, действительный статский советник Иван Петрович Павлов.

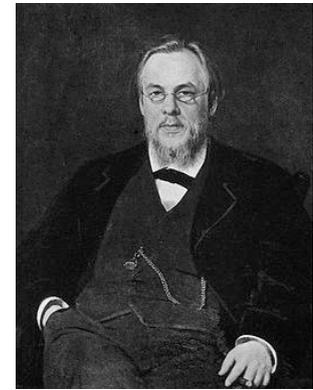
П.А. Дубовицкий вел большую просветительскую работу. По его инициативе с 1842 года в Санкт-Петербурге стали издаваться «Записки по части врачебных и естественных наук», которые он в течение семи лет редактировал. В бытность президентом Медико-хирургической академии; много способствовал преобразованию и улучшению академии и постройке новых обширных зданий, проявил себя как талантливый организатор и руководитель во многих сферах деятельности.²

Во время руководства Обществом русских врачей С.П. Боткиным³ оно стремительно раз-

вивалось и становилось все более мощным, влиятельным и авторитетным форумом. Этому, безусловно, способствовала и сама личность Сергея Петровича и его многогранная деятельность. Достаточно сказать, что он положил начало санитарным организациям в Санкт-Петербурге. С первых лет существования Александровской барачной больницы становится её попечителем по врачебной части (ныне клиническая инфекционная больница им. С. П. Боткина). Во многом именно благодаря его деятельности появилась первая санитарная карета, как прообраз будущей «Скорой помощи». Боткин стоял и у истоков женского медицинского образования в России, — в 1874 году он организовал школу фельдшерниц, а в 1876 году — «Женские врачебные курсы», много работал как практикующий врач, ученый и общественный деятель.

Безусловно, выдающимся председателем «Общества русских врачей в Санкт-Петербурге» с 1906 по 1913 годы был Иван Петрович Павлов.

Уже только одним своим авторитетом в среде медицинской общественности и невероятной силой многогранной личности И.П. Павлов⁴ созда-



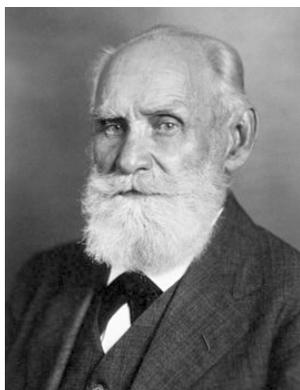
Сергей Петрович
Боткин

вига и клинициста Опольцера в Вене, в Англии, а также в лаборатории экспериментатора-физиолога К. Бернара, в клиниках Бартеза, Бюшу, Трюссо и др. в Париже. Боткин стал первым в истории этническим русским лейб-медиком семьи императора. В 1866 году Боткин был назначен членом Медицинского совета министерства внутренних дел. В 1878 его избирают председателем Общества русских врачей, которым он руководил до своей кончины. Одновременно с этим он являлся членом главного управления Общества попечения о раненых и больных воинах, гласным Петербургской думы и заместителем председателя Комиссии общественного здоровья Санкт-Петербурга. Примечание авторов.

⁴ Павлов, Иван Петрович (1849–1936). Предки Павлова по отцовской и материнской линиям были священнослужителями в Русской православной церкви. Окончив рязанское духовное училище (1864 г.), он поступает в Рязанскую духовную семинарию, а затем в 1875 году — на 3-й курс Медико-хирургической академии (ныне Военно-медицинская академия, — ВМА). Одновременно работал в физиологической лаборатории К.Н. Устимовича (1876–1878 гг.) и по окончании ВМА (1879 г.) был оставлен заведующим физиологической лабораторией при клинике С.П. Боткина. В 1883 году — защитил докторскую диссертацию «О центральных нервах сердца». Для совершенствования знаний был командирован за границу в Бреслау и Лейпциг, где работал в лабораториях у Р. Гейденгайна и К. Людвиг (1884–1886 гг.). В 1890 году избран профессором и заведующим кафедрой фармакологии ВМА,

² Дубовицкий, Пётр Александрович (1815–1868), — начал службу в 1833 году, после окончания курса медицинского факультета Московского университета, затем продолжил изучение хирургии за границей и по возвращении он получил место профессора общей и частной хирургии в Казанском университете (1837–1840 гг.). С 1840 года — профессор Санкт-петербургской медико-хирургической академии. С 20 марта 1852 года — действительный статский советник. Некоторое время даже управлял государственным коннозаводством. Выйдя в отставку (1852 г), пожертвовал полагающуюся ему пенсию на стипендии Петербургской медико-хирургической академии, Московскому и Казанскому университетам. До последних дней возглавлял Главное военно-медицинское управление (одно из девяти управлений военного министерства). Примечание авторов.

³ Боткин, Сергей Петрович (1832–1889), — русский врач-терапевт и общественный деятель, создал учение об организме как о едином целом, подчиняющемся воле. Из купеческой семьи, занимавшейся чайной торговлей. В 1847 году поступил в частный пансион Эннеса. В 1855 году окончил Московский университет со званием «лекаря с отличием». Получил обширную подготовку по различным разделам медицины за рубежом: в клинике профессора Гирша в Кёнигсберге, в патологическом институте у Р. Вирхова в Вюрцбурге и Берлине, в лаборатории Гоппе-Зейлера, в клинике знаменитого терапевта Л. Траубе, невропатолога Ромберга, сифилидолога Береншпрунга в Берлине, у физиолога К. Люд-



Иван Петрович
Павлов

вал особую атмосферу и придавал авторитет Обществу и личным примером создавал ориентиры для уровня его работы. Достаточно сказать, что в период руководства Обществом русских врачей С.П. Боткиным и И.П. Павловым на заседания общества стремились попасть все врачи России, Финляндии и Польши.

Огромный вклад в развития медицинского дела в России внесло и Общество русских врачей в Москве, основанное в 1858 году по инициативе выдающегося хирурга, доктора медицины и реформатора Федора Ивановича Иноземцева.¹

а в 1896 — заведующим кафедрой физиологии. Одновременно с 1890 года — заведующий физиологической лабораторией при Институте экспериментальной медицины. В 1901 году избран членом-корреспондентом, а в 1907 — действительным членом Петербургской Академии Наук. В 1904 году И.П. Павлову присуждается Нобелевская премия за исследования механизмов пищеварения. С 1925 года и до конца жизни руководил Институтом физиологии АН СССР. В 1935 году на 15 Международном конгрессе физиологов удостоен почетного звания «старейшина физиологов мира» (ни до, ни после него, ни один биолог не удостоивался такой чести). Примечание авторов.

¹ Иноземцев, Федор Иванович (1802—1869), — по одной версии отец Ф.И. Иноземцева, Иван Ильич, был вывезен ещё мальчиком из Персии Петром Александровичем Бутурлиным, давшим ему фамилию; по другой, — будущий знаменитый врач «был внуком пленного персиянина», а его отец, Иван Ильич, с 1801 года был управляющим усадьбой. Иноземцев получил степень доктора медицины в Дерпте за диссертацию, посвященную двустороннему методу камнесечения «*De lithotomiae methodo bilateralis*» (1833 г.), после чего, вместе с Пироговым и другими студентами института, послан был для усовершенствования за границу. Командировка по странам Западной Европы, в ходе которой Иноземцев ознакомился с последними достижениями зарубежной медицины в областях терапии, физиологии, патологии и хирургии, завершилась в 1835 году. По возвращении Иноземцев назначен в Московский университет экстраординарным профессором практической хирургии (1835 г.), а в 1837 г. — ординарным профессором и директором хирургической клиники. До 1859 г. читал в Московском университете оперативную хирургию. В 1839 — 1840 годах он посетил лучшие клиники Германии, Франции и Италии; учился у лучших профессоров-хирургов. В феврале 1847 года, в Риге, Ф.И. Иноземцев провёл успешную операцию с применением эфирного наркоза (буквально через полгода после состоявшегося впервые в мире испытание эфирного наркоза в США — 16 октября 1846 года). В декабре 1852 года был «пожалован за отличную усердную службу» чином действительного статского советника. В 1861 г. Иноземцев отказался от предложения Александра II занять пост председателя основанного им московского Общества русских врачей, уступив его профессору И.М. Соколову. Примечание авторов.

В 1860 году было проведено уже 22 заседания Общества, на которых было заслушано 216 сообщений. Общество жило полноценной жизнью, но лишь через 1 год 8 месяцев после подписания проекта устава (15 июня 1861 года), состоялось его официальное открытие. Ко дню официального открытия «Общества русских врачей в Москве» оно насчитывало 26 членов, однако быстро стало расти и к 1 января 1862 года в него входило уже 55 человек.

Сначала органом Общества была выходившая с 1858 года «Московская медицинская газета» (редакторы Иноземцев и Смирнов). Интересно отметить, что именно в ней впервые была высказана мысль о съездах русских врачей.

С 1879 года стали выходить «Труды» Общества русских врачей в Москве (два раза в год), — в них с 1881 года печатались протоколы общества. В состоявшихся 500 заседаниях общества было заслушано до 10 000 докладов. Обществом было учреждено 5 стипендий для выдачи детям или родственникам членов общества.

Общество, благодаря тому, что Ф.И. Иноземцев передал ему всё своё имущество (а сам жил и умер в нищете), имело свой дом, лечебницу, аптеку и библиотеку (1800 томов).

25 марта 1865 года обществом по адресу Арбат, д. 4 была открыта амбулаторная лечебница и аптека при ней, где можно было получить лечение и лекарства по низким ценам, на 30—40% дешевле, чем это стоило в других местах, а неимущим больным предоставлялась и медицинская помощь, и лекарства бесплатно. Из аптеки Общества было отпущено бесплатно лекарств на 64 000 руб. Около 1 млн больных посетило лечебницу за 30 лет работы; бесплатных посетителей было до 40 000 человек.

В 1870 году общество перебралось в собственный, построенный для него на Арбате, дом № 25, где и оставалось до закрытия в 1918 году.



Федор Иванович
Иноземцев



Арбат, д. 25

Иноземцев был одним из самых любимых московских практиков. Его антихолерные капли славятся до сих пор. У него на дому постоянно была бесплатная поликлиника, очень полезная для молодых ассистировавших ему врачей.

С именем Федора Ивановича связывают первый в Российской Империи эфирный наркоз, проведенный во время операции по удалению опухоли молочной железы, разработку методов лечения холеры, научные труды из области исследования вегетативной нервной системы и многие другие достижения в области медицины. В 1840 году он участвовал в составлении документа по реформированию медицинского образования в Российской империи. В 1846 году благодаря усилиям Иноземцева были открыты терапевтическая и хирургическая клиники московского университета.

Ф.И. Иноземцева по праву считают первооткрывателем целого ряда великих российских врачей, которые слушали его лекции в 30–40 годы: в первую очередь можно назвать Ивана Михайловича Сеченова, Николая Васильевича Склифосовского и Сергея Петровича Боткина. Именно Иноземцев начал сочетать активное прививание практических навыков и теоретико-подготовительную деятельность в своей преподавательской работе. Каждый студент медицинского факультета должен был обязательно вести дневник естествоиспытателя.

«Друзья мои», — говорил Иноземцев своим ученикам, — «пока я жив, я буду служить вам словом и делом. Но не мешает вам подумать, что мы смертны; во имя вашей же общей пользы необходимо найти лицо бессмертное. Это возможно, если вы образуете коллективное учреждение, общество, состоящее из многих лиц, но управляемое единым умом и единою целью».

Общество русских врачей в Москве явилось первым объединением русских врачей, не просто борющимся за развитие общественной медицины в России, а реально создавшим общественную медицину в Москве. Оно фактически стало первым в Москве обществом, известным самой широкой массе врачей, сочувствовавших его целям и в разных формах принимавших участие в его деятельности. По его образцу было создано более 50 провинциальных, губернских медицинских обществ. Ученик Ф.И. Иноземцева и член его кружка С.П. Боткин, как отмечалось выше, возглавил «Общество русских врачей» в Петербурге и Общество Красного Креста.

Весьма существенная роль в развитии российского здравоохранения этого периода принадлежит также и Пироговскому обществу (Общество русских врачей в память Н.И. Пирогова), осно-

ванному в 1881 году и способствовавшему развитию медицинских знаний, сплочению врачей, улучшению качества медицинской помощи. Оно имело свой журнал, многочисленные филиалы в различных городах, каждые два года регулярно собирало съезды русских врачей, вошедшие в историю под названием Пироговских съездов.

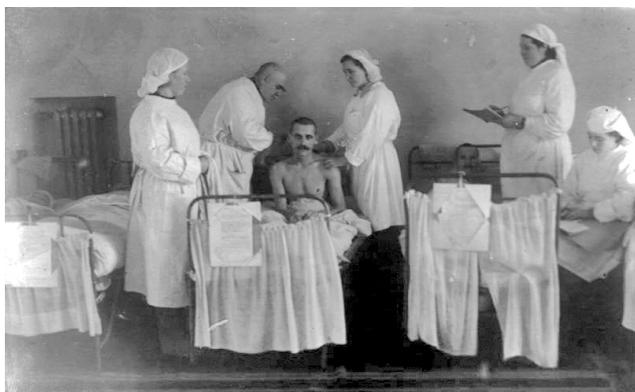
В этот период в разных городах Российской империи, Польши и Финляндии возникло порядка 100 медицинских сообществ. И это стало мощным импульсом для развития медицинского дела, — именно на уровне медицинских сообществ появились идеи увеличения доступности медицинской помощи для всех слоёв населения и зародились основы участковой медицины для сельского населения.

Весомый вклад в развитие российского здравоохранения внесло и формирование земского самоуправления, появились предписания об обязательных и необязательных налогах с населения. Впервые в Российской истории появляется отчетливое и внятное упоминание о медицинском страховании, которая в земствах имело статус добровольного.

Источники финансирования земской медицины были очень похожи на установленные для приказной медицины при Екатерине II (исключая банковскую и предпринимательскую деятельность). Расходы земств на медицину доходили до 25–30% всего бюджета, и продолжали прогрессивно расти. За 40 лет существования Земской медицины число врачебных участков возросло более чем в 5 раз.

Именно в период активного развития земской медицины произошёл переход к бесплатной медицинской помощи в России в рамках государственного правового уклада.² Земская медицина также впервые подняла проблему материнства и детства и поиска путей снижения смертности в этих группах пациентов, решала вопросы профилактики заболеваний и тому подобное. Широко в здравоохранение стали привлекаться женщины.

² Строго говоря, бесплатная медицинская помощь вводится при Николае II в 1898 году. Для того, чтобы ее получить достаточно было быть просто гражданином Империи. Этого человека никто бы, как сейчас не выгнал на улицу и ему бы так же, после тщательного осмотра, подробно было бы рассказано, что и как нужно делать для лечения. «Медицинская организация, созданная российским земством, была наибольшим достижением нашей эпохи в области социальной медицины, так как осуществляла бесплатную медицинскую помощь, открытую каждому, и имела еще и глубокое воспитательное значение» (Швейцарец Ф. Эрисман). По количеству врачей Россия находится на 2-ом месте в Европе и на 3-ем в мире [3]. Примечание авторов.



Бесплатная медицинская помощь при Николае II

Ещё одной особенностью России, как было упомянуто выше, является развитие фабрично-заводской медицины в конце 19-го начале 20-го века.

В России в этот период насчитывалось около 9 млн. наёмных рабочих, 4 млн. из которых были заняты на крупных производственных предприятиях. Высокий уровень инфекционных заболеваний, неблагоприятные условия труда требовали развития фабричной медицины. В городах существовал обязательный больничный сбор, как аналог современной системы обязательного медицинского страхования. При этом рабочие имели право бесплатно лечиться в городских больницах. В других случаях владельцы фабрик и заводов заключали договора с земскими больницами на обслуживание рабочих, тогда больничный сбор перечислялся в пользу земских больниц.

В период революционных веяний на фабриках и заводах появились движения за передачу управления медицинской помощью в руки рабочих. Во вновь образованных профсоюзах, возникали системы добровольного медицинского страхования, которые привлекали врачей и подписывали договора с больницами.

Такая система организации медицинской помощи была политически обоснована в преддверии Октябрьской революции. В начале 20 века стали появляться больничные кассы как одно из звеньев добровольного медицинского страхования, которые управлялись как самими рабочими, так и предпринимателями. Соответственно, опираясь на эти факты можно с определенной уверенностью утверждать, что в России уже в тот период зарождаются страховые компании.

Каким образом можно характеризовать модель российского здравоохранения в конце 19 начале 20 века — определить сложно. Здесь и окончательно изжитые элементы государственной модели, которая приобрела характер полностью децентрализованной, здесь чётко выступают черты нигде

ранее не описанной модели, основанной на главенствующем влиянии медицинских профессиональных сообществ (назовём её социально-профессиональной моделью, например), и черты зарождающейся социально-страховой модели, которая представлена в разных сегментах в большей или меньшей степени. Частная медицина так же была представлена в России в этот период, но рыночной её назвать нельзя, поскольку экономическое регулирование и развитие конкуренции не было поставлено во главу угла и развития медицины в этот период шло как раз по пути всеобщей доступности и бесплатности медицинской помощи.

Очередной раз встал вопрос о реформировании здравоохранения в России, когда на Международной санитарной конференции в Риме было доложено, что средняя продолжительность жизни в России в 1885 году составила 29 лет, тогда как в Англии она составляла 57 лет, а в Германии — 37. И уже тогда мировая врачебная общественность обратило внимание на такие факты, как влияние высокой смертности работоспособного населения на экономику страны (соответственно современным взглядам на роль «человеческого капитала» в экономике).

В контексте такой экономической интерпретации эффективности работы системы здравоохранения была создана государственная комиссия, признанная найти пути повышения продолжительности жизни в России под руководством С.П. Боткина. Критика Медицинского департамента концентрировалась вокруг тезисов о формально организованной системе управления здравоохранением, недостаточном профессионализме руководителей и отсутствии требуемых медицинских кадров. Было предложено создать отдельное министерство здравоохранения во главе с врачом, которое бы возглавило работу по поиску путей снижения уровня смертности в стране. Но врачебная общественность его не поддержала эти предложения и настояла на дальнейшем пути децентрализации управления и сосредоточения самоуправления на местах. В земской системе уже имелся свой план оздоровления отрасли, созданный и запланированный к реализации на общественных началах.

Реформа С.П. Боткина не была реализована и ничего конкретного ему сделать не удалось, но, тем не менее, многое из рекомендаций его комиссии было взято на вооружение Медицинским департаментом, который пошёл по пути укрепления позиций центральной власти, явился организатором ряда соответствующих мероприятий и выдвинул некоторые инициативы по части улучшения качества медицинской помощи в стране.

В 1904 году продолжалось реформирование органов управления здравоохранением. Медицинский департамент в составе Министерства Внутренних дел распался на 2 структуры — Управление главного врачебного инспектора и Управление местного хозяйства.

Все же можно с определенной уверенностью утверждать, что медицинская служба в стране продолжала развиваться, не смотря на ряд недостатков. В первом десятке лауреатов Нобелевской премии в области естествознания были два русских имени — И.П. Павлов и И.И. Мечников. Возросла численность врачей и лечебных учреждений. Преимущественным источниками финансирования здравоохранения были негосударственные — благотворительные средства и средства городских самоуправлений.

Историки отмечают, что в данный период российское здравоохранение была построена по прообразу европейской и американской, где не существовало самостоятельного министерства здравоохранения и соответствующую функцию выполнял Департамент, организованный на базе Министерства внутренних дел. При этом следует отметить, что в Европе и Америке правительственный надзор за самоуправлением был гораздо жёстче, чем в России. В России же в этот период фактически реальным органом управления здравоохранения был Пироговский съезд (подобной практики в Европе и Америке не было).

Передовые врачи и общественные деятели понимали, дальнейшая реформа здравоохранения в России лежит в русле усиления централизации управления. Идеологи земской медицины выступали против усиления государственного контроля, опасаясь судьбы приказной медицины, продолжая пропагандировать увеличение доступности медицинской помощи и бесплатный её характер. Но, тем не менее, существующая система местного самоуправления не могла решить проблемы российского здравоохранения и только выступала сдерживающим фактором неоднократно поднимавшегося вопроса о необходимости усиления государственного контроля, что, в конце концов, вошло в ранг социальных противоречий на фоне политических преобразований в стране.

Следует обратить особое внимание на комиссию академика Г.Е. Рейна,¹ которая системати-

зировала ранее проведенные исследования по реформированию системы здравоохранения, изучила опыт зарубежных коллег, законодательную базу российского и зарубежного здравоохранения, впервые обобщила накопленный опыт о различных моделях здравоохранения в мировой медицинской практике.

Именно Г.Е. Рейн выдвинул идею о том, что Россия не может принять в своём развитии и скопировать ни одну из существующих моделей, поскольку своеобразие строя и уклада российской жизни требует индивидуального подхода к государственным реформам.

В своей концепции реформирования академик Г.Е. Рейн требовал создания самостоятельного Министерства здравоохранения с соответствующим статусом. Особое внимание было обращено на необходимость пересмотра и усовершенствования юридической платформы здравоохранения.

Император Николай II поддержал идею создания отдельного Министерства здравоохранения вопреки мнению лидеров земской медицины. Ему принадлежат слова «Россия — шестая часть света — может иметь Министерство народного здоровья» [4].

Материалы комиссии были собраны в десяти томах и изданы на правах рукописи ограниченным тиражом на сегодня представляют библиографическую редкость. Рейн произвёл попытку рассчитать экономический ущерб стране от преждевременной смерти населения. Проект предполагал жёсткую иерархическую систему, подавлявшую местную инициативу.



Георгий Ермолаевич
Рейн

евского университета. С 1896 года руководитель кафедры акушерства и женских болезней Военно-медицинской академии (ВМА). С 1908 года почетный лейб-хирург Императорского двора. Под его руководством в ВМА была создана новая акушерско-гинекологическая клиника, которой он заведовал в течение 10 лет. С 1901 года — академик, с 1905 года — заслуженный ординаторный профессор. Член 2-й и 4-й Государственных дум от Волынской губернии. С 1908 года председатель Медицинского совета МВД — высшей медицинской инстанции в России. С марта 1915 года член Государственного совета. С 1 сентября 1916 года по 22 февраля 1917 года главноуправляющий государственным здравоохранением (на правах министра). После Февральской революции 1917 года был арестован, содержался в Таврическом дворце, а затем переведен в Петропавловскую крепость, вскоре освобожден. Участник Белого движения. Эмигрировал в Болгарию, где занял должность профессора гинекологии на медицинском факультете Софийского университета. Примечание авторов.

¹ Рейн, Георгий Ермолаевич (1854—1942), — русский врач, общественный деятель и политик, действительный тайный советник (январь 1917 г.). Окончил Медико-хирургическую академию (1874). Доктор медицины (акушерство и гинекология, — 1876 г.). Участник русско-турецкой войны 1877—1878 гг. (хирург подвижного госпиталя). С 1880 года приват-доцент Медико-хирургической академии, с 1883 года профессор Ки-



Принц Александр Петрович
Ольденбургский
(на эскизе И. Репина)

Во все реформы и реорганизации системы здравоохранения России внесла коррекцию Первая мировая война. Во главу угла стало сохранение и восстановление человеческого ресурса на театре военных действий. Было создано Управление

верховного начальника санитарной и эвакуационной части во главе с членом Государственного совета генерал-адъютантом принцем А.П. Ольденбургским¹, наделенным самыми широкими правами и полномочиями. Ему была вверена вся полнота власти на фронте и в тылу над лечебными, санитарными и эвакуационными учреждениями, находясь на театре военных действий, он подчинялся Верховному главнокомандующему, а за его пределами — лично Императору.

В аппарате Управления верховного начальника санитарной и эвакуационной части имелся врачебный отдел, в состав которого входили опытные военные врачи. Не являясь врачом, принц Ольденбургский при решении всех принципиальных вопросов в области военного и гражданского здравоохранения постоянно опирался на своих ближайших консультантов, среди которых были профессор-хирург Р.Р. Вреден, военно-полевой хирург Н.А. Вельяминов, лейб-хирург профессор С.П. Федоров и другие видные деятели российской медицины [5]. По свидетельству Н.А. Вельяминова, принц всегда чрезвычайно быстро реагировал на его советы по различным вопросам медицинского обеспечения войск, от чего «дело только выигрывало». Он внимательно прислушивался к мнению не

только Н.А. Вельяминова, но и других ученых-хирургов: Р.Р. Вредена, В.А. Опеля, Н.Н. Бурденко, терапевта М.В. Яновского, окулиста Л.Г. Белярминова и других специалистов, обобщая их рекомендации в форме приказов [6]. Девизом принца Ольденбургского было: «The right man on the right place» (нужный человек в нужном месте).

Много внимания А.П. Ольденбургский развешиванию коечной сети, способной обеспечить прием большого количества раненых и больных. По его приказу в канцелярию ежедневно поступали доклады о наличии свободных мест в лечебных заведениях страны. Для оптимизации приема и распределения раненых и больных по учреждениям Красного Креста, Земского союза и Всероссийского союза городов он назначил губернаторов своими представителями на местах, разослав им соответствующую инструкцию, в которой указывалось: «Главная ваша обязанность заключается в полной и всесторонней поддержке всех действующих ныне правительственных, общественных и частных организаций в деле помощи раненым и больным воинам» [5, 6].



Верхняя палата в лазарете для раненых на фронтах первой мировой войны

Предвоенная недооценка масштабов будущей войны и возможных потерь привели к тому, что в первый год войны ощущался острый недостаток коечной сети для размещения огромного потока раненых и больных, эвакуируемых с фронта, были проблемы с медикаментами и эвакуацией раненых и тому подобное.

Согласно [5–14] наиболее общие показатели масштаба решаемых задач военно-полевой медицины того времени можно представить следующим образом. Пот расширению коечной сети, — к ноябрю 1915 года ее емкость расширилась и составляла уже 783 291 койку, из которых 105 647 принадлежали Российскому обществу Красного Креста, а 256 664 — Земскому союзу и Всероссийскому союзу городов. К концу войны количество коек в лечебных учреждениях достигло 1 млн. и было вполне достаточным.

¹ Принц Александр Фридрих Константин (Александр Петрович) Ольденбургский (1844–1932), — русский генерал от инфантерии (с 1895 г.), генерал-адъютант, сенатор, член Государственного совета (с 1906 г.), был четвертым ребенком в семье принца Петра Георгиевича Ольденбургского и принцессы Терезии, урожденной Нассауской. По линии отца — правнук императора Павла I. Получил домашнее образование, затем прослушал полный курс в Училище правоведения. Одной из главнейших его заслуг считается открытие Института экспериментальной Медицины в Петербурге (ныне институт имени И.П. Павлова). Основал первый на Кавказском побережье Гагрский климатический курорт. Попечитель Петербургского Императорского училища правоведения, приюта принца Петра Георгиевича Ольденбургского. После революции в феврале 1917 года, был уволен от службы Временным правительством по прошению с мундиром. Осенью 1917 года эмигрировал во Францию, где поселился в Биаррице. С августа 1921 года — почётный председатель Союза преобразенцев. Примечание авторов.



Эвакуация раненых по железной дороге в 1-ю Мировую войну



Ее величество Александра Федоровна и великие княжны Ольга и Татьяна в общей группе с медицинским персоналом лазарета

Эвакуация раненых и больных достигла в эту войну необычайно больших размеров (полные сведения об этом отсутствуют). Только с августа 1914 по ноябрь 1916 года включительно с фронта в тыловые лечебно-эвакуационные учреждения были доставлены 5 812 935 больных и раненых офицеров и солдат, что в среднем в месяц составляло 116 896 человек. Из числа прибывших было отправлено во внутренний район 2 539 850 человек (43,7%), это не считая отправленных прямыми транзитными поездами. В госпиталях тыловых районов находились до окончательного излечения 3 273 085 человек.

В развертывании госпитальной базы тыла страны важнейшую роль играл Петроград. К началу октября 1914 года в столице уже имелись 168 вновь открытых госпиталей и лазаретов, даже в Зимнем дворце был развернут госпиталь на 1000 коек. Петроград и его пригороды приобрели облик огромного лечебного центра.

Покровительство над всеми военно-лечебными учреждениями Царского Села взяла на себя императрица Александра Федоровна. Императрица и ее дочери Татьяна и Ольга по окончании курса обучения по уходу за ранеными получили свидетельства сестер милосердия военного времени и работали в госпиталях, делая перевязки, ухаживая за ранеными. Причем по решению Александры Федоровны ее дочери работали только в палатах для нижних чинов.

Летальность среди госпитализированных солдат здесь равнялась около 2,4% у больных и около 2% — у раненых; летальность среди больных офицеров — около 1,6% среди раненых — около 2,1%. Возвращено в строй солдат: из числа больных — около 44%, из числа раненых — 46,5%; из числа больных офицеров — около 68%, из числа раненых — около 54%.

Масса проблем была выявлена и в области автосанитарных отрядов. Так, например, согласно [13], автомобильный санитарный транспорт к началу войны состоял всего из двух санитарных автомобилей. Однако справедливости ради следует отметить, что июлю 1917 года на фронтах уже имелось 58 войсковых автосанитарных отрядов, в которых числились 1154 санитарных машины. Кроме этого фронты обслуживали 40 автосанитарных отрядов общественных организаций с 497 машинами. Проблемы были и с медикаментами.

Как отмечалось выше, уже в начале войны в стране стал ощущаться недостаток в медикаментах и хирургическом инструментарии. Дело в том, что из 118 наименований медикаментов каталога военного времени 80 предметов ввозились из-за границы, в том числе из Германии и Австро-Венгрии. Это побудило принца Ольденбургского в октябре 1914 года организовать две комиссии, одну — для рационального распределения имеющегося запаса медикаментов, а другую — для закупки их за границей, для чего государством было выделено 3 млн. рублей. Петроградский завод военно-врачебных заготовлений по приказу А.П. Ольденбургского стал работать в три смены, а Институт экспериментальной медицины обеспечил бесперебойный выпуск вакцин и сывороток. По инициативе принца и на его личные средства было начато производство йода из морских водорослей, а также сбор лекарственных трав на Кавказе. Летом 1915 года по его указанию Земский союз приступил к строительству фабрики для изготовления лекарств из местного сырья. Все эти меры помогли стабилизировать ситуацию с медицинским снабжением действующей армии и лечебных заведений тыла страны. Особенно благополучно обстояло дело со снабжением войск индивидуальными перевязочными пакетами. Если в начале войны планировалось направлять на фронт в среднем по 710 тыс. пакетов в месяц,

то фактически с сентября 1914 по март 1917 года ежемесячно их в среднем отправлялось на фронт по 1 622 400 штук [5, 12].

В период начала Первой мировой войны остро проявилась, дала отрицательный результат и высветила новый пласт проблем и несогласованность действий между органами местного самоуправления и органами центральной власти.

Главное управление государственного здравоохранения было создано без утверждения Государственной думой. Возглавил его Г.Е. Рейн. Но законопроект так и не был принят Государственной думой, поскольку обострившиеся классовые и идеологические противоречия в стране привели к событиям Февральской, а потом и Великой Октябрьской революции 1917 года.

После революции был создан Народный комиссариат здравоохранения под руководством Н.А. Семашко¹, в реформах которого труды

¹ Семашко, Николай Александрович (1874–1949) — врач, советский партийный и государственный деятель, один из организаторов системы здравоохранения в СССР, академик АМН СССР (1944 г.) и АПН РСФСР (1945 г.) Родился в семье педагога в селе Ливенское Елецкого уезда Орловской губернии. Отец — Александр Северинович Семашко, мать в девичестве Мария Валентиновна Плеханова, родная сестра Г.В. Плеханова. В 1891 году, окончил Елецкую мужскую гимназию и поступил на медицинский факультет Московского университета. В 1893 г. стал членом марксистского кружка. В 1895 г. за участие в революционном движении был арестован и сослан в родное село Ливенское (под гласный полицейский надзор). В 1901 г. окончил медицинский факультет Казанского университета, работал врачом в Орловской и Самарской губернии. С 1904 г. — активный член Нижегородского комитета РСДРП; во время революционных событий 1905 г. стал одним из организаторов забастовки на Сормовском заводе, за что был вновь арестован. В 1906 г. эмигрировал в Швейцарию, жил в Женеве, где встретился с В.И. Лениным. В 1908 г. вместе с большевистским заграничным центром переехал в Париж, где до 1910 г. работал секретарём Заграничного бюро ЦК РСДРП. Участвовал в подготовке Октябрьского вооруженного восстания в Москве, организовал медицинскую помощь его участникам. 1918–1930 гг. — народный комиссар здравоохранения РСФСР. Руководил вскрытием тела Ленина. С 1930 по 1936 гг. Семашко, работал во ВЦИК и занимал должности члена Президиума, председателя Деткомиссии. В 1941 г. кафедра организации здравоохранения 1-го Московского медицинского института, которую возглавлял Семашко, была эвакуирована в Уфу. В 1942 г. он вернулся из эвакуации и начал собирать материалы по деятельности медицинских ВУЗов в годы войны. После окончания ВОВ Семашко много писал о её санитарных последствиях, принимал активное участие в восстановлении здравоохранения на освобождённых территориях. В 1945–1949 гг. Н.А. Семашко являлся «директором Института школьной гигиены АПН РСФСР и одновременно (1947–1949 гг.) — Института организации здравоохранения и истории медицины АМН СССР (с 1965 г. ВНИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Семашко). Первый председатель Высшего совета по делам физической культуры и спорта (с 1923 г.), председатель Всесоюзного гигиенического общества (1940–1949 гг.). Примечание авторов.

Г.Е. Рейна получили полное воплощение и были востребованы в стране фактически во время всей социалистической эпохи, которая вошла в историю как период развития здравоохранения по российской модели Н.А. Семашко. Строго говоря, в действительности, эта модель является моделью Рейна-Семашко и сохраняет свою ценность и в сегодняшней ситуации в период очередной потребности в реформировании российского здравоохранения [15, 16].

После Октябрьской социалистической революции Н.А. Семашко заведует медико-санитарным отделом Моссовета, а с 11 июля 1918 года по 25 января 1930 он становится народным комиссаром здравоохранения РСФСР. Его деятельность многогранна. Под руководством Семашко проводилась работа по борьбе с эпидемиями, заложены основы советского здравоохранения, созданы системы охраны материнства и младенчества, охраны здоровья детей и подростков, сеть научно-исследовательских медицинских институтов.

Н.А. Семашко инициирует создание Центральной медицинской библиотеки (1918 г.), Дома учёных (1922 г.) в Москве. В 1927–1936 гг., становится главным редактором Большой медицинской энциклопедии. В 1927 году на Всесоюзном совещании по общественному питанию наркомом здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко был поднят вопрос об организации центрального института питания, который должен был возглавить и объединить всю научную работу в области питания. Такой институт был создан 26 июля 1930 г. и назван Государственным центральным институтом общественного питания Наркомздрава РСФСР. Внес Семашко и весомый вклад и в развитие научной и общественной деятельности, связанной с историей медицины, организацией физкультурного и спортивного движения, вопросов социальной гигиены и тому подобное.

Но, безусловно, главной заслугой наркома Н.А. Семашко является то, что на этом посту, он, как отмечалось выше, с активным использованием потенциала трудов академика Г.Е. Рейна, создал достаточно эффективную систему здравоохранения, аналоги которой можно обнаружить в целом ряде стран мира.



Николай Александрович Семашко

Вместе с тем, следует отметить, что на период работы Семашко в качестве наркома выпали и очередные трансформации системы здравоохранения в период новой экономической политики (НЭП), которую предприняло правительство для оздоровления экономики России (1921–1929 гг.). Основываясь на общих принципах децентрализации управления и разгосударствления части промышленных предприятий, в медицине опять изменился механизм финансирования больниц — произошла передача самоуправления на региональный уровень, в связи с чем, вернулась плата за медицинскую услугу. В стране в целом и в здравоохранении соответственно были применены принципы ведения хозяйства на основе рыночных механизмов регулирования экономики.

К этому времени в России обострились проблемы миграции населения, голода и эпидемий. В виду отсутствия достаточного государственного финансирования, в ряде регионов сокращалось количество больниц. В период новой экономической политики дополнительные налоги на предприятиях были запрещены. Запрещено было обязательное медицинское страхование, которое впоследствии было повторно введено и позволяло рабочим и служащим получать медицинскую помощь бесплатно. Страховой полис в 1923 году обеспечивался золотом по себестоимости. Органы местного управления здравоохранением были вынуждены изыскивать средства на содержание больниц путём повышения налогов в местный бюджет либо ведения предпринимательской деятельности. Сельские участковые больницы пришли в кризисное состояние.

Все же, даже за короткий период НЭПа, молодому государству удалось оздоровить экономику и даже достигнуть повышения бюджетного финансирования социальной сферы и здравоохранения в частности в период с 1926 по 1928 годы.

Однако, указанные перемены никак не согласовывались с основными идеями социализма и, по сути, означали отход от всеобщей бесплатной медицины.

Поскольку руководство страны было вынуждено начать реформы исключительно в связи с плачевным состоянием экономики, не изменяя при этом политического курса, то новая экономическая политика представляла собой сложную и малоустойчивую рыночную административную конструкцию. Одним из ведущих факторов НЭПа была социальная политика. Советская власть в начале двадцатых годов XX века вырабатывала внутреннюю социальную политику, которая формировала новое общественно — политическое состояние в обществе. Диалог власти и народа должен был

осуществляться через социальные программы, которые представляли собой набор услуг в сфере образования, здравоохранения, культуры, социальной защиты и так далее. В связи с введением НЭПа встала необходимость перестройки работы здравоохранения, исходя из новых условий. Финансирование большинства медицинских учреждений было переведено с государственного на местный бюджет. Это приводило к закрытию учреждений и введению платы за лечение. Но в последующем III Всероссийский съезд работников здравоохранения провозгласил незыблемость основных принципов здравоохранения, их государственный характер и бесплатность.

И хотя допущение рыночных механизмов, приведшее к восстановлению экономики, позволило политическому режиму укрепиться, однако принципиальная несовместимость его с сущностью НЭПа неизбежно вела к отторжению идей НЭПа. Даже в самые благоприятные для его развития годы (до середины 20-х) поступательные шаги в проведении этой политики делались неуверенно и противоречиво. В конце 20-х, посчитав, что новая экономическая политика не может быть в дальнейшем использована в рамках развития социализма, руководство страны от неё отказалось. [17, 18].

Россия всецело вернулась к принципам всеобщей бесплатной медицинской помощи и бюджетного финансирования здравоохранения в стране, как залога верности общим принципам развития социализма.

Довоенный период развития здравоохранения в России (перед Второй мировой войной) еще, несомненно, требует глубокого анализа и исследования. С одной стороны он характеризуется тем, что эти годы проходили под знаком восстановления разрушенной медицинской сети страны, наблюдался постепенный рост числа медицинских учреждений. Были приняты меры по локализации эпидемий и тому подобное. Наблюдалось развитие и становление новой системы здравоохранения, характерной чертой которой являлось широкое вовлечение трудящихся в работу по оздоровлению и санитарному просвещению, пропаганда здорового образа жизни. В это время получили широкое распространение разнообразные формы участия населения и объединений трудящихся в работе лечебно-профилактических учреждений, оздоровлении условий труда и быта.

В тоже время нельзя не признавать тот факт, что в период массовых репрессий, конечно же, самым непосредственным образом пострадали не только политические деятели, но и многие другие, зачастую совершенно невинные люди. Не исключением были и работники здравоохра-

нения. За короткий период с 1936 по 1938 годы, были репрессированы и расстреляны три Наркома здравоохранения СССР — Г.Н. Каминский, С.И. Коротович, М.Ф. Болдырев. Против медиков было возбуждено множество дел, самым значимым из которых было «Дело врачей» [19]. Представители врачебной элиты и государственного аппарата управления здравоохранением, зачастую находясь в состоянии перманентного страха, как и многие граждане страны, вынуждены были замалчивать реальное положение дел в здравоохранении, в связи с чем, истинные показатели смертности и эпидемиологической ситуации были искажены, что создавало условия для того, чтобы «закрывать на проблемы глаза» и сосредоточиться исключительно на демонстрации «неоспоримых успехов молодого государства». В результате репрессий в медицинской среде и массовой компании по дискредитации врачей доверие к медикам было подорвано, что нанесло большой ущерб медицине в целом. Увы, приходится констатировать, что репрессии не только трагически сказались на судьбах многих советских граждан, но породили негативные социальные последствия, затронувшие почти все области жизни людей и даже представителей такой благородной и исключительно гуманной профессии как врач.

И все же, перед Второй мировой войной, в отечественном здравоохранении были достигнуты определенные успехи. Было положено начало формированию адекватной материально-технической базы медицинской науки. Государственный институт народного здравоохранения (1920 г.) стал прообразом последующих более мощных объединений медицинских научно-исследовательских институтов. Всесоюзный институт экспериментальной медицины имени А.М. Горького (1932 г.) можно назвать прототипом комплексного учреждения, призванного осуществлять синтез естественных наук, в частности, экспериментальной биологии и медицины.

В этот период были сформулированы теоретические основы советского здравоохранения, ставившие во главу угла профилактическое направление, государственный, общественный характер медицины, планирование здравоохранения и другие принципы, обеспечение всего населения квалифицированной и бесплатной профилактической и лечебной помощью и тому подобное. Большая работа велась по санитарному просвещению населения и социальной гигиены (в том числе и в рамках деятельности Союза обществ Красного Креста и Красного Полумесяца СССР), разработке основ социальной курортологии и созданию сети курортов. Достигнутые

успехи медицинской науки и здравоохранения (в частности, в 1940 году число больничных коек достигло 791 тысячи по сравнению с 207 тысячами в 1913, а число врачей 155 тысяч по сравнению с 23 тысячами в 1913) привели к позитивным сдвигам в состоянии здоровья населения. Были ликвидированы многие эпидемические заболевания, общая смертность в 1940 снизилась до 18,3 на 1 тысячу жителей (30,2 в 1913). Хотя, все же, приходится констатировать, что вплоть до начала Второй мировой войны так и не удалось практически ликвидировать отставание в продолжительности жизни населения, которая в СССР оставалась значительно ниже уровня западных стран [20].

К началу войны медицинская служба испытывала серьезные трудности, ощущался резкий дефицит в средствах, не хватало кадров, особенно таких категорий, как врачи-специалисты, и в первую очередь хирурги, операционные сестры, санитары, санитарные инструкторы. С началом войны положение только осложнилось (на Западном фронте, например, общий некомплект врачебного состава на 12 июля 1941 года составлял 50%). В связи с этим были проведены досрочные выпуски двух последних курсов военно-медицинских академий и медицинских факультетов ВУЗов, организована ускоренная подготовка фельдшеров и младших военфельдшеров. В результате ко второму году войны армия была укомплектована врачами на 91%, фельдшерами на 97.9%, фармацевтами на 89.5%. Основной «кузницей кадров» для военно-медицинской службы являлась Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова. Значительный вклад в победу внесли также представители других медицинских учебных заведений, в том числе 1-го Московского медицинского института имени И.М. Сеченова: 2632 питомца института обслуживали войска действующей армии и тыл страны.

В годы войны главными задачами здравоохранения стали:

- максимально полная (в рамках реальной возможности) комплектация армии и тыловых медицинских учреждений врачами и медперсоналом;
- оперативная эвакуация раненых, в том числе и непосредственно с поля боя;
- помощь раненым и больным войнам с акцентом на неотложной медицинской помощи в действующей армии;
- медицинское обслуживание тружеников тыла;
- охрана здоровья детей;
- широкие противоэпидемические мероприятия и тому подобное.



Эвакуация раненого с поля боя



Перевязка раненых в полевом госпитале

Основное внимание руководства медицинской службы было направлено на осуществление быстрого развёртывания медицинских частей и учреждений для действующей армии. Главное военно-санитарное управление Красной Армии (ГВСУ КА) направило на наиболее ответственные участки фронта своих представителей для оказания помощи и руководства формированием и работой медицинских частей и учреждений. Вся работа по развёртыванию медицинской службы, укомплектованию действующей армии всем необходимым для эффективного медицинского обеспечения осуществлялась в тесном контакте и сотрудничестве с Наркомздравом СССР.

Медицина в период Великой Отечественной войны ознаменована очередным скачком развития здравоохранения в направлениях, свойственных военному времени. На высокий уровень была поставлена система эвакуации раненых и развёртывания сети военно-полевых госпиталей. С первых дней войны внимание командования и всей медицинской службы было обращено на решение важнейшего вопроса по организации своевременной эвакуации раненых с поля боя. Плановое развёртывание лечебной работы в действующей армии дало свои результаты. С каждым годом расширялся объем хирургической работы на дивизионных медицинских пунктах. Они стали центром квалифицированной медицинской помощи в войсковом районе. Это позволило сосредоточить усилия лечебных учреждений армейских и фронтовых госпитальных баз на оказании раненым и больным специализированной медицинской помощи. Создание рациональной, эффективной системы оказания специализированной медицинской помощи явилось исключительно важным достижением военно-медицинской службы. Наличие специальных средств усиления позволяло с минимальными затратами времени превращать в специализированное лечебное уч-

реждение любой общехирургической полевой подвижной госпиталь, придавая ему соответствующие группы специализированной медицинской помощи. Специализированная медицинская помощь оказывалась раненым и больным начиная с армейских госпитальных баз, и на последующих этапах она все более дифференцировалась.

На основе квалифицированного решения проблемы распределения потоков раненых по соответствующим специализированным госпиталям получила завершённое развитие система лечебно-эвакуационного обеспечения. Она получила наименование — «Система этапного (эшелонированного) лечения раненых и больных с эвакуацией их по назначению». Реализация этой системы в годы Великой Отечественной войны обеспечила достижение высоких результатов в лечении миллионов раненых и больных.

Военно-полевая хирургия так же получила качественно новый уровень развития. В строй были возвращены свыше 72% раненых и 90% больных, что говорит о весомых успехах российской медицины военного периода.

Большой вклад в медицинское обеспечение действующей армии внесла медицинская наука. Именно в эти годы были созданы многие эффективные лекарственные средства, прежде всего сульфаниламиды, отечественный пенициллин и другие антибиотики, разработаны действенные способы борьбы с шоком и послераневыми осложнениями, предложены принципиально новые методики хирургического лечения при ряде тяжелых ранений.

На протяжении всей войны активно действовал Всесоюзный комитет помощи по обслуживанию больных и раненых бойцов и командиров Красной Армии, внесший существенный вклад в повышение эффективности работы медицинской службы. Широкое развитие получило донорство, — доноры дали фронту 1700 тысяч литров крови и помогли спасти жизнь многим тысячам раненых и больных воинов



Операция в полевом госпитале

Стоит особо отметить, что во время Второй мировой войны не было ни одной массовой эпидемии среди граждан страны и в армии, что очень показательно в условиях финансирования отрасли по остаточному принципу и в период необходимости решения целого ряда первостепенных задач, продиктованных обстоятельствами военного времени. С полным основанием можно утверждать, что фактически был достигнут исторически беспрецедентный результат, — в воюющей на пределе своих сил, истощенной и обескровленной стране «не сработал» обязательный, казалось бы, закон о связи войн и эпидемий.

В это тяжелое время на фронте и в тылу трудились свыше двухсот тысяч врачей и полумиллионная армия средних медицинских работников, которые проявляли подлинный героизм, преданность своему делу и отечеству небывалую душевную стойкость и гуманизм. Известный полковдец, маршал Советского Союза Иван Христофорович Баграмян, после завершения войны, писал: «То, что сделано советской военной медициной в годы минувшей войны, по всей справедливости может быть названо подвигом. Для нас, ветеранов Великой Отечественной войны, образ военного медика останется олицетворением высокого гуманизма, мужества и самоотверженности» [21].

Действительно, немало образцов подлинного героизма, бесстрашия и самопожертвования проявили медицинские работники в небывало трудных обстоятельствах. Первым среди военных фельдшеров звания Героя Советского Союза был удостоен участник советско-финляндской войны И.Ф. Бирцев — командир санитарного взвода батальона стрелкового полка. Во время боев на Карельском перешейке в условиях суровой зимы он самоотверженно оказывал медицинскую помощь раненым. Будучи сам тяжело ранен, он не покинул поля боя и продолжал оказывать помощь раненым, пока не потерял сознание (звание Героя Советского Союза было присвоено И.Ф. Бирцеву посмертно 11 апреля 1940 г.).



Врачи Н-ского полевого госпиталя делают обход

Более 116000 военных медиков в годы войны были награждены орденами и медалями, 44 человека удостоены высшей степени отличия — звания Героя Советского Союза. Крупным ученым — военным медикам, в годы войны возглавлявшим работу многочисленных врачей-специалистов, вложивших огромный труд, опыт, знание в лечение раненых и больных воинов, было присвоено звание Героя Социалистического Труда. Группа военных медиков — руководителей медицинской службы была награждена высшими полководческими орденами: Суворова, Кутузова, Александра Невского и другими наградами, которых удостоивались военачальники за успешное проведение боев и операций по разгрому противника. Эти награды, по праву поднимали роль руководства медицинской службой до уровня полководческого искусства.

Неоспоримым и чрезвычайно важным является тот факт, что успехи военно-полевой медицины в годы войны значительно подняли престиж врачебной профессии в России, что так же явилось важной чертой указанного периода развития отрасли.

В послевоенном периоде российское здравоохранение явно продвинулось вперед. Окрепла система государственного управления отраслью, развивалась районная и сельская медицина на принципах всеобщей доступности и в отсутствии платы за лечение. На фоне всеобщего эмоционального подъема бурными темпами пошло развитие медицинской науки — появились новые методы лечения и профилактики, укрупнились больницы и строились новые медицинские учреждения. Медицина пошла по пути специализации и развития высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи. В самостоятельные направления были выделены урология, онкология, нефрология, кардиология, акушерство и гинекология и другие дисципли-

ны. В стране были созданы крупные профильные НИИ и центры оказания специализированной медицинской помощи, большинство из которых функционирует и сегодня.

Однако, как отмечает целый ряд исследователей [22] с конца 1970-х годов здравоохранение стало испытывать трудности, связанные, прежде всего, с недостаточным финансированием и возникшими из-за этого различными негативными явлениями (было отмечено ухудшение состояния здоровья населения, существенно уменьшился естественный прирост населения, прежде всего за счёт роста показателя смертности, ожидаемая продолжительность предстоящей жизни снизилась). Стала очевидной необходимость реформирования здравоохранения.

Начатая в 1980-х годах разработка и реализация ряда государственных целевых комплексных научно-технических программ (по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, злокачественными новообразованиями, трансплантации, основными заболеваниями матери и ребёнка, по разработке и внедрению в клиническую практику методов реконструктивной и восстановительной хирургии, и тому подобное) шла очень тяжело. В значительной мере в связи с этим во 2-й половине 1980-х годов была сделана попытка осуществления серьёзной кардинальной реформы в здравоохранении, ориентированная на более активное использование экономических методов управления, повышение уровня экономической подготовки руководителей, осознание ими необходимости фундаментальных структурных изменений в системе здравоохранения страны. Настоятельным требованием времени было изменение системы финансирования с использованием экономических методов управления здравоохранением, более широким привлечением как государственных, так и частных структур, укрепление первичного звена здравоохранения, борьба за повышение доверия к врачу и к медицине в целом.

Эта реформа тормозилась и перешла в вялотекущую административно-организационную работу в связи с отсутствием решения целого ряда накопившихся экономических и организационных проблем. Кроме того, общий кризис социально-экономической системы страны особенно сильно ударил по здравоохранению.

Еще одна попытка реформы здравоохранения была предпринята в 1990–91 годах. Разработанная программа реформирования предусматривала принципиальное изменение самого подхода к развитию медицины: вместо экстенсивных, количественных оценок в здравоохранении должны были занять интенсивные, качественные показате-

тели. Одновременно были заложены основы перехода к обязательному медицинскому страхованию, развитию более гибких систем государственного регулирования статуса и взаимоотношений всё более самостоятельно действующих органов, учреждений здравоохранения и множества вновь возникших организаций и других субъектов здравоохранения. Однако, с распадом СССР реализация этой программы была остановлена.

В 1993 году начался очередной новый этап реформы отрасли — создание системы обязательного медицинского страхования, которая в российском варианте практически является налогом на здравоохранение и существует в рамках бюджетного финансирования. В России так же появилось добровольное медицинское страхование, которое по сегодняшний день получило весьма ограниченное развитие. Политика здравоохранения в очередной раз вынуждена повторить виток децентрализации и демонополизации здравоохранения, передачи полномочий управления на региональный уровень власти. Остается только догадываться, — сколько раз ещё должна повторится история, чтобы руководители отрасли обратили внимание на предыдущий опыт реформ?

Политическая ситуация, сложившаяся в процессе распада страны, требовала дополнительной устойчивости системы управления во всех звеньях, в том числе и в здравоохранении. Положение осложнялось тем, что страна была ввергнута в политический и экономический кризис, не успев выйти из которого, вошла в кризис глобального мироустройства, в результате чего все явления, получили перманентный и вялотекущий характер.

Финансовый кризис 1998 только усугубил негативные тенденции в системе здравоохранения России. Стал отмечаться существенный рост платных услуг в оказании медицинской помощи. Ухудшение финансирования медицинских учреждений привело к резкому снижению средств, расходовемых населением на приобретение подорожавших медикаментов. В формировании российского фармацевтического рынка устойчиво развивалась тенденция направленная на вымывание более дешёвых отечественных препаратов, изделий медицинской техники и их не всегда оправданного замещения на дорогостоящие импортные.

Прогресс развития здравоохранения настоятельно требовал новой системы организации и распределения ресурсов. В связи с развитием специализированных видов медицинской помощи, первичный, амбулаторно-поликлинический этап, стал утрачивать свою функцию и терять функцию перераспределения пациентопотока. Стала возникать теневая структура оплаты и ока-

зания медицинской помощи. Результатом процесса нарушения структуры явилось снижение экономической устойчивости системы в целом и наряду с финансированием здравоохранения по остаточному принципу отрасль была ввергнута в очередной кризис в результате недостатка средств. Показатели здоровья населения вновь снизились и, как и полагается, явились индикатором необходимости новых трансформаций отрасли.

Затянувшееся состояние бесконечных неоконченных реформ, а также структурных преобразований, порождает большие трудности по обеспечению доступности и достижения требуемого качества медицинской помощи для основной части населения страны и уже давно нуждается в фундаментальном осмыслении и экономической поддержке совершенно иного уровня.

Несмотря на некоторые обнадеживающие тенденции сегодняшнего дня, приходится констатировать, что, к сожалению, вопрос построения действенной и экономически эффективной системы отечественного здравоохранения пока всё еще не решен и является первоочередным в повестке дня.

Действительно, с конца 20 века и по сегодняшний день здравоохранение в стране находится в состоянии нескончаемых реформ, спонтанно реализуемых централизованных программ, развития нового экономического подхода к оказанию медицинских услуг и адаптации государственно-страховой модели здравоохранения к рыночным механизмам. Оздоровление отрасли идёт медленнее, чем ожидалось и это связано с такой характерной чертой российской экономики, как незаконченность и непоследовательность преобразований, исторических «метаний» в выборе пути и стратегии развития, постоянных сомнений в правильности действий, несогласованности и противоречий.

Резюмируя все сказанное, хочется ещё раз обратить внимание на основные черты российской системы здравоохранения, определяющие этапы и пути её развития:

1. Качественные характеристики развития социальной политики, а именно политики здравоохранения, составляют основу любого государственного строя. При смене правительства, государственного аппарата, революционных изменениях строя, смене экономической модели государства, здравоохранение является одной из первых отраслей, которое претерпевает реформирование.

2. Реформы здравоохранения в России не всегда носили интенсивный характер, а часто шли по экстенсивному пути развития.

3. Реформирование здравоохранения в России характеризуется волнообразным характером и имеет характер непоследовательных реформ и неуверенности в правильности проводимых изменений. История свидетельствует о периодическом, далеко не всегда продуманном и обоснованном, отказе от выбранной модели и направления развития и возвращении к предыдущей системе с последующим обратным регрессивным процессом.

4. Практически на всех этапах исторического развития и реформирования здравоохранения важное значение имеет влияние Запада. Любые преобразования в России делались и нередко все еще делаются с оглядкой на Европу и заокеанского соседа.

5. Краеугольным камнем реформ здравоохранения в России во все периоды развития и становления государства является взаимоотношение центра и регионов в осуществлении регулирующей функции.

6. Никогда ранее (и даже вплоть до сегодняшнего дня) в полной мере не была определена степень самостоятельности Министерства здравоохранения.

7. Россия никогда не существовала в рамках какой-то одной модели здравоохранения, всегда имелся комбинированный вариант.

8. Большую роль в развитии здравоохранения и становлении медицинской науки в России всегда играли врачебные сообщества.

9. В ходе исторического развития централизация управления здравоохранением всегда почему-то являлась вынужденной временной мерой и в том варианте, который применялся на каждом этапе, тормозила развитие отрасли.

10. Основными движущими механизмами развития здравоохранения в России, как правило, являлись войны и эпидемии.

11. Исторически (и вплоть до сегодняшних дней) чётко выявляется диспропорция между количеством врачей и среднего и младшего медицинского персонала, что в современном здравоохранении привело к проблеме отсутствия адекватного сервиса и особенно ухода за больными в здравоохранении.

12. Направление политики в здравоохранении в российской истории самым существенным образом (можно даже сказать всецело) зависит от личностей на каждом историческом этапе.

13. Русские монархи всегда считали вопрос развития помощи больным и убогим своим первоочередным делом, что было богоугодно — «возлюби ближнего своего».

14. Всегда в российском здравоохранении существовала проблема неуправляемости и неповоротливости отрасли и ощущался явный недостаток критериев для оценки качества медицинской помощи.

15. Во все исторические периоды существовала медицина для богатых и бедных, средний класс в России всегда присутствовал в крайне ограниченном количестве. Такое состояние отрасли сохраняется и на сегодняшний день.

16. Не смотря на декларирование бесплатной медицинской помощи на определённых этапах развития страны — всегда параллельно существовала платная медицина.

17. Государственное финансирование здравоохранения осуществлялось по остаточному принципу практически во все исторические периоды.

18. До сегодняшнего дня существуют противоречия в вопросе — кто должен управлять системой здравоохранения — врач или экономист? И не утихают дискуссии по этому поводу.

19. Бесплатное здравоохранение в России — вынужденная мера правительства в условиях низкой доступности медицинской помощи и низкой обращаемости населения и как результат — распространение эпидемий инфекционных заболеваний и низкая медицинская культура населения.

20. Россия в обозримое время не сможет отойти от государственного контроля в социальной сфере, поскольку существует достаточно мощный теневой оборот средств в здравоохранении и отсутствие доверия к органам местного самоуправления.

Особо следует обратить внимание на периодически возникающую губительную проблему российского здравоохранения разных времён и эпох (увы, и не только здравоохранения) — отсутствие компетентных руководящих кадров на всех уровнях организации системы, владеющих знаниями умениями и навыками управления масштабными сложными и трудоёмкими проектами в условиях динамичного изменения факторов социально-экономической системы [23, 24].

Сегодня определённый оптимизм внушает то, что в медицинском сообществе и аппарате управления отраслью все в большей мере зреет понимание необходимости фундаментального подхода к развитию отечественного здравоохранения вместо инициирования разовых разрозненных не связанных между собой инициатив и целевых программ с одиозными названиями. Такой подход должен обеспечить комплексное решение основных жизненно важных для отрасли задач, к которым в первую очередь можно отнести: установление оптимальных взаимоотношений между процессами централизации и децентрализации, автономным управлением и государственным регулированием, общественным и частным владением, между финансированием ресурсов и финансированием медицинских потребностей и нужд, повышение качества и доступности медицинских

услуг для населения, существенное повышение оплаты труда врачей и медицинского персонала и их статуса в обществе, достижение кардинального изменения ситуации в борьбе теневым оборотом средств в здравоохранении и так далее.

Пожалуй, в состоянии отрасли здравоохранения мы подошли к тому рубежу, который можно образно охарактеризовать высказыванием: «В известные моменты на войне не медицина, не наука, не операция играют самую важную роль, а организация работы...» [5]. Действительно, в настоящее время в отечественном здравоохранении «как на войне», в тех самых «известных моментах», — главным и определяющим становится умение компетентно и профессионально организовать работу.

Только в русле высокопрофессиональной системообразующей организационно-административной деятельности можно рассчитывать на переход отечественного здравоохранения к стабильному поступательному развитию, обеспечивающему достижение высоких показателей по поддержанию и укреплению здоровья населения страны. Иначе цепь бесконечных реформ и трансформаций «из ниоткуда — в никуда» может поставить отрасль на грань полной деградации и неуправляемого хаоса.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Беседин А.Л., Петрушина М.В. Зарождение и становление медицинского дела в России от древности до начала XIX века: административно-управленческий ракурс. — Клиническая медицина и фармакология, — Том 2, №3 — 2016, с. 56–65.
2. Беседин А.Л., Петрушина М.В. Зарождение и становление медицинского дела в России от древности до начала XIX века: административно-управленческий ракурс (часть II) . — Клиническая медицина и фармакология, Том 2, №4 — 2016, с. 42–52.
3. Другой взгляд на Николая П. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://pandoraopen.ru/2016-09-28/drugoj-vzglyad-na-nikolaya-ii/> #история
4. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI — начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е. В. Шерстнева и др.; Под ред. Р. У. Хабриева. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 248 с.
5. Будко А.А., Селиванов Е.Ф., Чигарева Н.Г. «В известные моменты на войне не медицина, не наука, не операция играют самую важную роль, а организация работы...». — Военная медицина России в годы Первой мировой войны // Военно-исторический журнал. 2004. №8. С.57–62.
6. Вельяминов Н.А. Очерки военно-санитарного дела русской армии в войне 1914–1917 гг. и воспоминания // Архив Военно-медицинского музея (ВММ) МО РФ. № 52/43073. Т. 1. С. 161.

7. Самойлов В.И. История российской медицины. М., 1997.
8. Миротворцев С. Страницы жизни. М., 1951.
9. Грубецкой С.Е. Минувшее. М., 1981.
10. Врачебная газета. 1914., 26 октября.
11. Семека С.А. Медицина военная // Энциклопедический словарь военной медицины (ЭСВМ). М., 1948. Т. 3. Стб. 870–872.
12. Абрамов П.В. Мировая война 1914–1918 гг. // ЭСВМ. М., 1948. Т. 3. Стб. 1110.
13. Российский государственный военно-исторический архив (РГВИА). Ф. 2003. Оп. 4. Д. 493. Л. 242–245.
14. Будко А.А., Селиванов Е.Ф., Журавлев Д.А. Санкт-Петербург — центр российской военной и морской медицины // 300 лет военной истории Санкт-Петербурга. СПб., 2003.
15. Besedin A.L., Petrushina M.V. Conceptual background preparation of management decisions for the formation of a model of national health care: a systematic analytical approach. *European Journal of Natural History* — 2015. — № 6 — P. 16–22.
16. Besedin A.L., Petrushina M.V. Modernization of the Russian healthcare: harmonization of models, control systems and program-oriented development mechanism *International Journal Of Applied And Fundamental Research*. — 2016. — № 1, [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.science-sd.com/463-24954>
17. Генкина Э.Б. Переход Советского государства к новой экономической политике (1921–1922). М., 1954
18. Орлов И.Б. Новая экономическая политика: история, опыт, проблемы. М., 1999.
19. Дело врачей. Википедия. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B5%D0%BB%D0%BE_%D0%B2%D1%80%D0%B0%D1%87%D0%B5%D0%B9
20. Состояние медицины в СССР в 20-е — 30-е гг. 20 века. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.studfiles.ru/preview/2483686/page:25/>
21. Баграмян И.Х. Так шли мы к победе. М.: Воениздат, 1977.
22. Кирик, Ю.В., Капитоненко Н.А. Эволюционные процессы здравоохранения в современной России (обзор литературы) [Электронный ресурс] / Ю.В. Кирик, Н.А. Капитоненко // Вестн. обществ. здоровья и здравоохранения Дал. Востока России. — 2014. — № 2. — Библиогр.: 65 назв. — Режим доступа: [www. URL: http://fesmu.ru/voz/2014](http://fesmu.ru/voz/2014).
23. Беседин А.Л. Теория управления современной организацией в турбулентной социально-экономической среде: выживание, реформирование и развитие. — Тула: Изд-во ТулГУ, 2004.
24. Беседин А.Л., Петрушина М.В. Управление здравоохранением с позиций системного подхода. — Проблемы экономики — М., Спутник+, № 6, 2015, с. 13–30.

MANAGEMENT REFORMING AND TRANSFORMATION OF RUSSIAN HEALTHCARE FROM THE PETRINE ERA TO THE PRESENT: FUNDAMENTAL CHANGES AND KEY PERFORME

A.L. BESEDIN, M.V. PETRUSHINA

We highlighted issues related to the main features of the Russian healthcare system during its reforming and transformation. Shown wave-like character of reforms, the relationship between the center and regions in the implementation of regulatory function at different stages of domestic healthcare development was considered. The most prominent personalities who led the reform and development of healthcare are represented.

Keywords: *healthcare reforming, quality of healthcare, alternative medicine, the state system of medical care, Department of health, Ministry of health, multi-channel financing of healthcare, insurance medicine, the Society of Russian doctors, Zemstvo medicine, free medical care, factory medicine, access to healthcare, healthcare model, military medicine, local health management, the centralization of healthcare, decentralization of healthcare, demonopolization of healthcare, health policy, social policy, healthcare Economics.*