

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

DOI: 10.26794/2226-7867-2022-12-3-74-80  
УДК 323:614.2(045)

## Социальная политика государства в системе здравоохранения: возрождение модели Семашко

М.Н. Короткова

Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

### АННОТАЦИЯ

Актуальность исследования обусловлена ростом позитивного интереса к модели Семашко в современной России со стороны медицинской и исторической частей научного сообщества, специалистов-медиков, населения России и государства. В работе использованы нормативно-правовые акты, суждения первых лиц государства, официальная статистика. Низвержение модели Семашко в ранней постсоветской России было обосновано либерально-рыночным подходом и эпидемиологическим транзитом. Однако появившийся общественный запрос на социально ориентированные модели, новая эпидемиологическая волна, а также перманентный дефицит финансов и кадров вынудили государство вновь обратиться к опыту модели Семашко. Новая эпидемиологическая волна поставила вопрос о возврате к централизации управления и финансирования и о реоптимизации ресурсов эпидемиологического профиля. В области управления официальные власти предложили ограничиться централизацией санитарно-эпидемиологической службы, в области финансирования – централизацией средств ОМС в бюджете ФОМС. Что касается эпидемиологической базы, то планируется ее расширение через строительство новых больниц, увеличение штата эпидемиологов и врачей-инфекционистов.

**Ключевые слова:** социальная политика государства; модель Семашко; советская система здравоохранения; первичное звено; профилактика; оптимизация; ординатура; сельская медицина; отраслевая оплата труда; централизация управления

**Для цитирования:** Короткова М.Н. Социальная политика государства в системе здравоохранения: возрождение модели Семашко. *Гуманитарные науки. Вестник Финансового университета*. 2022;12(3):74-80. DOI: 10.26794/2226-7867-2022-12-3-74-80

ORIGINAL PAPER

## Social Policy of the State in the Healthcare System: The Revival of the Semashko Model

M.N. Korotkova

Wagner Perm State Medical University (PSMU), Perm, Russia

### ABSTRACT

The relevance of the study is due to the growing positive interest in the Semashko model in modern Russia from the “medical” and “historical” parts of the scientific community, medical specialists, the population of Russia and the state. The article uses general documents, speech by top public officials, official statistics. The overthrow of the Semashko model in early post-Soviet Russia was due to public demand for market-oriented models, epidemiological transit. However, new circumstances (a new public demand for socially oriented models, a new epidemiological wave, as well as a permanent shortage of personnel and underfunding) forced the state to turn again to the experience of the Semashko model. A new epidemiological wave has raised questions: on the return to the centralization of management and financing and on the re-optimization of epidemiological resources. The official authorities proposed to centralize the management of the sanitary and epidemiological service and the means of compulsory health insurance (CHI) in the budget of the Federal Health Insurance Fund. It is also planned to expand the epidemiological base through the construction of new hospitals, increase the staff of epidemiologists and infectious diseases doctors.

**Keywords:** social policy; Semashko model; Soviet healthcare system; primary health care; prevention; optimization; residency; rural medicine; sectoral remuneration; centralization of management

**For citation:** Korotkova M.N. Social policy of the state in the healthcare system: The revival of the Semashko model. *Gumanitarnye Nauki. Vestnik Finansovogo Universiteta = Humanities and Social Sciences. Bulletin of Financial University*. 2022;12(3):74-80. (In Russ.). DOI: 10.26794/2226-7867-2022-12-3-74-80

## ВВЕДЕНИЕ

Советскую систему здравоохранения часто называют в честь ее организатора «моделью Семашко». В годы модернизации новой России она была подвергнута многочисленной критике, которая чаще всего исходила от экономистов рыночного толка [1, с. 17].

Самый популярный аргумент против модели Семашко (не связанный с экономикой) относился к эпидемиологическому транзиту: утверждалось, что модель Семашко должна быть демонтирована, так как она направлена на борьбу с инфекционными заболеваниями [2, с. 17, 24]. Позже это явилось одной из причин запуска политики оптимизации, направленной на реструктуризацию ресурсов здравоохранения.

Однако сегодня в современной России наблюдается рост позитивного интереса к модели Семашко, истоки которого кроются, во-первых, в нарастающем разочаровании в рыночной экономике и либерализме в мире в целом [3, с. 19]<sup>1</sup> (т.е. в общественном запросе на социальные, государственно-ориентированные модели)<sup>2</sup>. Во-вторых, интерес обусловлен новой эпидемиологической волной и исторически доказанной эффективностью работы модели Семашко в чрезвычайных условиях [4, с. 2499; 5, с. 66]. В-третьих, следует сказать о дефиците финансов (постоянном увеличении расходов на здравоохранение с убывающей приростной отдачей)<sup>3</sup> и кадров [6].

## ОБЗОР НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

С помощью международной поисковой системы PubMed осенью 2021 г. можно было найти более 50 текстов, связанных с моделью Семашко. В научном сообществе существует несколько точек зрения на то, что произошло с моделью Семашко в постсоветской России. Представители первой настаивают на том, что модель Семашко была демонтирована (по причине несовместимости с рынком) и призывают, как минимум, к возрождению ее элементов [4, с. 2499; 7, с. 101]. Сторонники второй точки зрения полагают, что модель Семашко была реформирована, но частично: в наследство от нее остались принципы работы

и материально-техническая база [5, с. 67; 8, с. 218; 9, с. 350]. Те, кто представляет третью точку зрения, настаивают на недостаточности этих реформ и призывают к дальнейшей модернизации на основе рыночных механизмов [1, с. 25].

Исследователи считают, что преобразования завязаны на новой либерально-рыночной идеологии постсоветской России 1990-х гг. На основе своих убеждений они оценивают преобразования в позитивном или негативном ключе и формируют дальнейшие рекомендации.

Если говорить о масштабных системных исследованиях преобразований модели Семашко/советской системы здравоохранения, то стоит упомянуть отчеты Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения зарубежных и отечественных специалистов от 2003 [2] и 2011 [10] гг. Однако эти отчеты уже устарели, кроме того, в них преобладает экономический подход. То есть можно констатировать недостаточность системных научных исследований по возрождению модели Семашко. Таким образом, целью исследования является систематизация реакции государства на новые запросы времени (или эволюция политики государства в отношении модели Семашко).

## РЕЗУЛЬТАТЫ

*1. Дефицит финансирования.* Данное обстоятельство (несмотря на ввод в эксплуатацию страховой модели), а также необходимость дальнейшего сокращения издержек (в силу демографических сдвигов) вынуждают государство к постоянным поискам новых источников средств.

*1.1. Развитие первичного звена.* Здесь следует немного отступить и отметить важную вещь. Большинство исследователей ставят знак равенства между моделью Семашко и советской системой здравоохранения и относят профилактику, стационар и обширный штат специалистов к ее составляющим<sup>4</sup>. Другие считают профилактику характерной чертой модели Семашко, а стационар и развитый штат специалистов относят к чертам позднесоветской системы здравоохранения [11]. В рамках этого подхода политика модернизации, направленная на оптимизацию материальных и трудовых ресурсов (стационара и штата специалистов) с упором на предупреждающую медицину, позиционируется как воз-

<sup>1</sup> В.В. Путин на пленарном заседании клуба «Валдай». URL: <https://www.youtube.com/watch?v=-TwGHcd5t8Y>.

<sup>2</sup> Эффективность частных и государственных предприятий: ФОМ. URL: <https://fom.ru/ekonomika/12784>.

<sup>3</sup> Мировая статистика здравоохранения, 2017 г. URL: [https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2017/ru/](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/ru/)

<sup>4</sup> Есть риск, что будет третья волна. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/4704183>.

врат к модели Семашко. Возврат усматривается в последовательном развитии первичного звена, персонализированной медицины, диспансеризации и иммунизации населения.

Дефицит финансирования в данном случае частично решается с помощью переноса внимания государства с дорогостоящей и избыточной (в условиях эпидемиологического транзита) специализированной и стационаро-ориентированной медицины на профилактику и первичное звено [11]<sup>5</sup>.

*1.2. Акцент на профилактику.* Необходимыми элементами возврата к профилактической модели Семашко стали: возрождение диспансеризации, иммунизации населения, развитие персонализированной медицины, формирование системы общественного здоровья, выдвижение инициативы, направленной на «снижение доступности алкогольной и табачной продукции», популяризация здорового образа жизни [4, с. 2501; 8, с. 218; 9, с. 350; 12, с. 453].

Профилактическая модель позволяет минимизировать расходы государства посредством предотвращения лечения болезней; развития более дешевой, точной диагностики; сокращения расходов на лечение уже заболевших людей; сокращения нагрузки на первичное звено [13, с. 56].

*1.3. Предложения по пересмотру модели финансирования услуг.* По замыслу государства, дефицит финансирования частично можно решать с помощью стимулирования производительности труда при одновременной оптимизации штатов и организаций. Рост производительности труда, в свою очередь, зиждется на «эффективных» методах оплаты услуг, нацеленных на результат: в первичном звене — на подушевом тарифе. Считается, что фиксированный подушевой тариф сдерживает рост расходов на медицинские услуги и стимулирует профилактическую работу врачей (чем больше здоровых пациентов, тем меньше посещений, тем выше финансирование учреждения) [14, с. 21; 15, с. 71].

Однако (как показала практика) первичное звено в рамках подушевого тарифа не всегда заинтересовано в работе с пациентами, потому что, во-первых, данные тарифы недостаточны для реализации медицинских программ; во-вторых,

«чем меньше обращений, тем больше экономия средств»; в-третьих, «деньги за пациента все равно будут получены»<sup>67</sup>.

Еще одна проблема с финансированием услуг была озвучена в 2019 г. вице-премьером РФ Т. Голиковой: медицинские организации в силу ограниченности подушевого тарифа «не всегда вкладывают туда те услуги, которые, в общем, гражданину надо оказать». Поэтому необходимо задуматься над тем, чтобы вывести некоторые услуги из тарифа и оплачивать их по факту (как раньше)<sup>8</sup>.

*1.4. Оптимизация ресурсов как возврат идеи о рациональном хозяйствовании.* Современную политику оптимизации можно рассматривать не только с позиций возврата интереса к превентивной медицине, но и как идею об экономичном использовании ресурсов.

В 1929 г. Н. Семашко в статье «Все внимание рационализации» заявил: «Не будем скрывать, что очень многие недостатки в медицинской работе зависят не столько от недостатка средств, сколько от того, что мы плохо хозяйничаем <...> многие основные вопросы в практике здравоохранения могли бы быть изжитыми, во всяком случае смягченными, если бы рационализация глубже проникла в нашу культуру» [12, с. 457].

Требование перехода к качественным показателям развития отрасли/оптимизации (после тяжелого периода, обусловленного необходимостью выживания в условиях радикальной модернизации государства и недостаточного финансирования) [2, с. 85; 12, с. 453; 16] можно считать исторически закономерным.

*2. Дефицит кадров.* Существующий дефицит кадров требует пересмотра отношения к модели Семашко, к механизмам, применяемым ранее. Одним из таких механизмов является распределение медицинских кадров.

*2.1. Изменения правил поступления в ординатуру.* В 1948 г. появилась система обязательного распределения (которая просуществовала до распада Советского Союза).

<sup>6</sup> Скрипка Страдивари в разбитом футляре. URL: <https://rg.ru/2020/08/27/akademik-armais-kamalov-zdravooxranenie-dolzno-byt-priravneno-k-gossluzhbe.html>

<sup>7</sup> Лечение по суду. ОМС. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/3434613>.

<sup>8</sup> Голикова предложила вывести часть услуг из подушевого норматива финансирования. URL: <https://vademec.ru/news/2019/06/06/golikova-raskritikovala-polikliniki-zanetseleso-obraznoe-ispolzovanie-podushvevogo-finansirovaniya>.

<sup>5</sup> Человек не должен просто лежать в больнице, он должен там лечиться. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2014/12/26/2190-intervyu-ministra-veroniki-skvortsovoy-gazete-moskovskiy-komsomolets>.

В 2017 г. в порядок приема на обучение в ординатуре были внесены существенные изменения, которые можно интерпретировать как скрытый, частичный возврат к советскому механизму решения проблемы с дефицитом кадров (принудительному стимулированию к работе в сельской местности). Сегодня для получения должности врача общей практики или врача узкой специализации необходимо обучаться в ординатуре. Учитывая открытый конкурсный характер зачисления и ограниченность мест в ординатуре, наибольший шанс на поступление имеют те, кто отработал в сельской местности не менее 2-х лет<sup>9</sup>.

По мнению официальных лиц, к механизмам, по сути, заменяющим советскую систему обязательного распределения, также относится целевой набор<sup>10</sup>. Однако он подразумевает выбор со стороны учащихся. Кроме того, эта система функционирует со времен Советского Союза, поэтому не может считаться реакцией государства на новые обстоятельства.

**2.2. Поддержка сельской медицины.** Нарботки советской системы здравоохранения используются для решения проблемы, связанной с дефицитом сельских кадров [17, с. 90]. Речь, прежде всего, идет об открытии кабинетов общей практики и предоставлении «земским» врачам разнообразных льгот и материальных стимулов. Подобные меры существенно снижают дефицит специалистов.

**2.3. Возврат к отраслевой системе оплаты труда.** С 2005 г. регионы (работодатели, главврачи) получили возможность самостоятельно определять структуру зарплат, что привело к серьезной дифференциации заработной платы специалистов со сходным уровнем квалификации, стажа и должности. Главной причиной стал низкий уровень фиксированной части дохода — оклада (30%)<sup>11</sup>. В этих условиях В. Скворцова в 2014 г. выступила с предложением о необходимости возврата «как минимум к компонентам отраслевой системы» оплаты труда, а в перспективе — к таким понятиям, как «ставка» и «нагрузка»<sup>12</sup>.

С конца 2021 г. (по март 2022 г.) запущен эксперимент по внедрению новой системы оплаты труда в 7 регионах России<sup>13</sup>. В усовершенствованной структуре оплаты труда сохраняются рыночные механизмы стимулирования труда, при этом возвращается понятие фиксированного оклада, призванного, в частности, решить проблему с перетоком специалистов из одного региона в другой.

**2.4. Возврат к принципу солидарности.** Дефицит кадров в регионах вызван дифференциацией не только оплаты труда, но и медицинских услуг. Для исправления ситуации, по словам В. Скворцовой, в 2013 г. «был впервые возвращен принцип социального равенства и солидарности при распределении госресурсов: территориальные программы ОМС стали финансироваться по единому для всей страны подушевому нормативу с учетом... коэффициентов дифференциации между регионами в зависимости от условий и потребностей разных территорий страны». Как результат, разница в оплате одной и той же услуги сократилась более чем вдвое<sup>14</sup>.

**Вопрос о централизации.** Принципиально важной чертой модели Семашко была централизация управления. В постсоветской России управление здравоохранением было возложено на государство и его субъекты.

Пандемия заставила некоторых представителей медицинского сообщества усомниться в целесообразности данного решения<sup>15, 16</sup>. Однако официальные власти не согласны с этой позицией. Так, в комплексном исследовании «Общество и пандемия. Опыт и уроки борьбы с COVID-19 в России», в котором приняли участие представители не только ведущих вузов страны, но и ряд федеральных министерств и ведомств, говорится о том, что «сама по себе централизация (или децентрализация) не является гарантией успеха», а «федеративная основа государства» и децентрализованная

<sup>9</sup> Приказ Министерства здравоохранения от 11.05.2017 № 212н РФ «Об утверждении Порядка приема на обучение по образовательным программам высшего образования — программам ординатуры».

<sup>10</sup> Дело врачей. URL: <https://rg.ru/2019/09/05/skvorcova-vrach-dolzhn-prinimat-pacienta-stolko-vremeni-skolkonuzhno.html>.

<sup>11</sup> Министра вызывали? Российская газета. 2014. № 207.

<sup>12</sup> Интервью с В. Скворцовой. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=puBR3iW0noA>.

<sup>13</sup> Проект Постановления Правительства Российской Федерации от 2021. URL: [https://storage.consultant.ru/ondb/attachments/202110/09/ПРОЕКТ\\_NSOT\\_MED\\_091021\\_GP7.pdf](https://storage.consultant.ru/ondb/attachments/202110/09/ПРОЕКТ_NSOT_MED_091021_GP7.pdf).

<sup>14</sup> Министра вызывали? Российская газета. 2014. № 207.

<sup>15</sup> Как COVID-19 изменит систему здравоохранения. URL: <https://plus.rbc.ru/news/5f0d0b7c7a8aa9187eb1b492>

<sup>16</sup> Мы должны вернуть централизованное управление отраслью. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Mihail-Kuzmenko-my-doljny-vernut-centralizovannoe-upravlenie-otraslu.html>.

система управления играют позитивную роль в условиях кризиса<sup>17</sup>.

Также негативно официальные власти<sup>18</sup> и сторонники рыночной экономики [18, с. 81] реагируют на предложения о возврате к централизации финансирования (отказе от страховой модели и возврате к бюджетной) [4, 7]. В качестве основной причины звучит «безумная дороговизна» «глобального перераспределения доходов» в условиях экономически дифференцированных регионов<sup>19</sup>.

Вместо возврата к централизации управления и финансирования официальные власти предлагают ограничиться централизацией в области биологической безопасности<sup>20</sup>, санитарно-эпидемиологической службы, а также централизацией финансирования средств ОМС в бюджете ФОМС [4, с. 2502; 19, с. 11].

*Вопрос о реоптимизации ресурсов эпидемиологического профиля в новых условиях.* С одной стороны, говорить о выработке единого плана действий в отношении реоптимизированных ресурсов после окончания пандемии пока еще

рано. С другой стороны, медицинским сообществом признано, что высокое число коек и врачей на душу населения (которое раньше оценивалось как экономически неэффективное, а следовательно, подлежащее оптимизации) оказало позитивное влияние на способность отечественного здравоохранения противостоять распространению коронавируса [20]. В ближайшие планы государства, по словам заместителя руководителя аппарата Правительства РФ О. Кривоноса, входит создание единой системы оказания медицинской помощи, способной при возникновении инфекционных болезней «кратно» нарастить свои мощности, увеличение штата эпидемиологов и врачей-инфекционистов, а также строительство новых инфекционных больниц<sup>21</sup>.

## ВЫВОДЫ

Обратиться к опыту модели Семашко государство вынудили обстоятельства последних лет (прежде всего, нерешенный вопрос дефицита финансов и кадров). Это привело к оптимизации ресурсов с упором на предупреждающую медицину и первичное звено, поддержке сельской медицины, изменению правил подготовки специалистов (поступления в ординатуру), а также к возвращению к отраслевой системе оплаты труда.

<sup>21</sup> Общество и пандемия: опыт и уроки борьбы с COVID-19 в России. М.; 2020. 744 с.

<sup>17</sup> Общество и пандемия: опыт и уроки борьбы с COVID-19 в России. М.; 2020. 744 с.

<sup>18</sup> В правительстве отвергли идею возврата к советской модели медицины. URL: <https://www.rbc.ru/economics/22/10/2020/5f915a949a7947b23a05db22>.

<sup>19</sup> Там же.

<sup>20</sup> Там же.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Тихомиров А. В. Отраслевая организация здравоохранения. *Главный врач: хозяйство и право*. 2010;(5):17–25.
2. Tragakes E., Lessof S. Health care systems in transition: Russian Federation. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2003. 212 p.
3. Рокмор Т. Маркс после марксизма: Философия Карла Маркса. Пер. с англ. М.: Канон-плюс; 2011. 400 с.
4. Артеменко Д. А., Соколов А. А. Трансформация общественного здравоохранения России: анализ сбалансированности. *Финансы и кредит*. 2017;(42):2498–2510. DOI: 10.2489/fc.23.42.2498
5. Трефилова О. А. Николай Александрович Семашко — общественный деятель и организатор детского здравоохранения. *История медицины*. 2014;(3):65–72.
6. Короткова М. Н. Политика государства в сфере здравоохранения: проблема дефицита кадров. *Политика и Общество*. 2016;(7):1008–1017. DOI: 10.7256/1812–8696.2016.7.19626
7. Соколов А. А. Анализ международной практики модернизации национальных систем здравоохранения. *Научный Вестник Южного института менеджмента*. 2017;(2):96–103.
8. Арсентьев Е. В., Решетников В. А. К биографии Н. А. Семашко: деятельность первого наркома здравоохранения в 1920–1925 гг. *История медицины*. 2018;(3):217–229. DOI: 10.3897/hmj.5.3.32480
9. Сквирская Г. П., Волнухин А. В. Основные направления совершенствования деятельности в области общественного здоровья и управления здравоохранением в современных условиях в Российской Федерации. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2020;(2):348–366. DOI: 10.24411/2312–2935–2020–00051

10. Popovich L., Potapchik E., Shishkin S., Richardson E., Vacroux A., and Mathivet B. Russian Federation: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2011;13(7):1–190.
11. Sheiman I., Shishkin S., Shevsky V. The evolving Semashko model of primary health care: the case of the Russian Federation. *Risk Management and Healthcare Policy*. 2018;(11):209–220. DOI: 10.2147/RMHP.S 168399
12. Арсентьев Е.В., Решетников В.А. К биографии Н.А. Семашко. *История медицины*. 2017;4(4):447–460. DOI: 10.17720/2409–5583.t4.4.2017.09i
13. Куракова Н.Г., Сон И.М., Петров А.Н. Переход к модели персонализированной медицины: барьеры и возможные решения. *Менеджер здравоохранения*. 2017;(8):53–67.
14. Кузенкова Н.Н. Выдержать конкуренцию и сохранить доступность медицинской помощи. *Московская медицина*. 2017;(5):20–22.
15. Буранбаева Л.З., Якшимбетова Г.И. Социально-экономические приоритеты подушевого финансирования здравоохранения. *Вестник БИСТ (Башкирского Института Социальных Технологий)*. 2017;(4):70–75.
16. Sheiman I. Rocky road from the Semashko to a new health model. *Bull World Health Organ*. 2013;(91):320–321.
17. Егорышева И.В. Роль Наркомздрава РСФСР в развитии сельского здравоохранения в 1920-е гг. *Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко*. 2017;(1):89–91.
18. Шишкин С.В., Шейман И.М., Потапчик Е.Г., Понкратова О.Ф. Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития. М.: Высшая школа экономики; 2019. 100 с.
19. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Состояние и предложения: 2019–2024 гг. М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»; 2019. 416 с.
20. Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Базарова И.Н., Ендовицкая Ю.В., Несветайло Н.Я. Влияние коронавируса COVID-19 на ситуацию в российском здравоохранении. URL: [https://mednet.ru/images/materials/news/doklad\\_cniioiz\\_po\\_COVID-19-2020\\_04\\_26.pdf](https://mednet.ru/images/materials/news/doklad_cniioiz_po_COVID-19-2020_04_26.pdf).

## REFERENCES

1. Artemenko D.A., Sokolov A.A. Transformation of public health in Russia: balance analysis. *Finansy i kredit=Finance and Credit*. 2017;(42):2498–2510. (In Russ.). DOI: 10.2489/fc.23.42.2498
2. Tikhomirov A.V. Branch organization of healthcare. *Glavnyi vrach: khozyaistvo i pravo = Chief Physician: Economy and law*. 2010;(5):17–25. (In Russ.).
3. Tragakes E., Lessof S. Health care systems in transition: Russian Federation. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2003. 212 p.
4. Rockmore T. Marx After Marxism. The Philosophy of Karl Marx. Oxford; Malden, MA; 2002. 224 p.
5. Trefilova O.A. Nikolai Semashko — social activist and health care organizer. *Istoriya meditsiny = History of medicine*. 2014;(3):65–72. (In Russ.).
6. Korotkova M.N. The state policy in the sphere of healthcare: the problem of staff shortage. *Politika i Obshchestvo = Politics and Society*. 2016;(7):1008–1017. (In Russ.). DOI: 10.7256/1812–8696.2016.7.19626
7. Sokolov A.A. The analysis of international practice of modernization of national Health systems. *Nauchnyi Vestnik Yuzhnogo instituta menedzhmenta=Scientific Bulletin of the Southern Institute of Management*. 2017;(2):96–103. (In Russ.).
8. Arsentyev E.V., Reshetnikov V.A. To the biography of N.A. Semashko: on the work of the first People's Commissar of Health in 1920–1925. *Istoriya meditsiny = History of Medicine*. 2018;(3):217–229. (In Russ.). DOI: 10.3897/hmj.5.3.32480
9. Skvirskaya G.P., Volnuhin A.V. Basic directions of improving scientific, educational, and practical activities in the field of public health and health management in modern conditions in the Russian Federation. *Sovremennye problemy zdravookhraneniya i meditsinskoj statistiki = Current problems of health care and medical statistics*. 2020;(2):348–366. (In Russ.). DOI: 10.24411/2312–2935–2020–00051
10. Popovich L., Potapchik E., Shishkin S., Richardson E., Vacroux A., and Mathivet B. Russian Federation: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011;13(7):1–190.
11. Sheiman I., Shishkin S., Shevsky V. The evolving Semashko model of primary health care: the case of the Russian Federation. *Risk Management and Healthcare Policy*. 2018;(11):209–220. DOI: 10.2147/RMHP.S 168399
12. Arsentyev E.V., Reshetnikov V.A. To the biography of N.A. Semashko. *Istoriya meditsiny = History of Medicine*. 2017;4(4):447–460. (In Russ.). DOI: 10.17720/2409–5583.t4.4.2017.09i

13. Kurakova N.G., Son I.M., Petrov A.N. The transition to a model of personalized medicine: barriers and possible solutions. *Manager Zdravoochranenia = Health Care Manager*. 2017;(8):53–67. (In Russ.).
14. Kuzenkova N.N. To withstand competition and maintain the availability of medical care. *Moskovskaya meditsina = Moscow medicine*. 2017;(5):20–22. (In Russ.).
15. Buranbaeva L.Z., Yakshimbetova G.I. Socio-economic priorities of per capita financing of healthcare. *Vestnik BIST (Bashkirskogo Instituta Sotsial'nykh Tekhnologii) = Bulletin of BIST (Bashkir Institute of Social Technologies)*. 2017;(4):70–75. (In Russ.).
16. Sheiman I. Rocky road from the Semashko to a new health model. *Bull World Health Organ*. 2013;(91):320–321.
17. Egorysheva I.V. The role of the Russian Federation Health Care People's Commissariat in the development of rural services in 1920–1929. *Byulleten' natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya im. N.A. Semashko = Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2017;(1):89–91. (In Russ.).
18. Shishkin S.V., Sheiman I.M., Potapchik E.G., Ponkratova O.F. Analysis of the state of insurance medicine in Russia and prospects for its development. Moscow; 2019. 100 p. (In Russ.).
19. Ulumbekova G.E. Healthcare of Russia: 2018–2024. What to Do? Moscow; 2019. 416 p. (In Russ.).
20. Starodubov V.I., Kadyrov F.N., Obukhova O.V., Bazarova I.N., Endovitskaya Yu.V., Nesvetailo N. Ya. The impact of the COVID-19 coronavirus on the situation in Russian healthcare. URL: [https://mednet.ru/images/materials/news/doklad\\_cnioiz\\_po\\_COVID-19-2020\\_04\\_26.pdf](https://mednet.ru/images/materials/news/doklad_cnioiz_po_COVID-19-2020_04_26.pdf). (In Russ.).

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / ABOUT THE AUTHOR

**Мария Николаевна Короткова** — кандидат политических наук, доцент кафедры «Истории Отечества, истории медицины, политологии и социологии», Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

**Mariya N. Korotkova** — Cand. Sci. (Political Sciences), Associate Professor, Department of Russian History, History of Medicine, Political and Social Sciences, Wagner Perm State Medical University, Perm, Russia  
<https://orcid.org/0000-0002-4997-7109>  
korotkova\_mariya@mail.ru

*Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.*  
*Conflicts of Interest Statement: The author has no conflicts of interest to declare.*

*Статья поступила 03.02.2022; принята к публикации 20.03.2022.*  
*Автор прочитала и одобрила окончательный вариант рукописи.*  
*The article was received on 03.02.2022; accepted for publication on 20.03.2022.*  
*The author read and approved the final version of the manuscript.*