



Сеченовский Университет
НАУК О ЖИЗНИ

РОССИЙСКАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ

Лекция, посвященная 150-летию со дня рождения
первого наркома здравоохранения РСФСР
Николая Александровича Семашко

Учебные вопросы лекции

Введение.

- 1. Достижения и перспективы развития российской системы здравоохранения.**
- 2. Алма-Атинская декларация 1978 г. и ее значение для современного здравоохранения.**
- 3. Роль и вклад Н.А. Семашко в развитие отечественного здравоохранения.**

Заключение.

Список рекомендованной литературы



1. Мурашко М.А. Развитие здравоохранения в России: было, стало, будет: Презентация актовой лекции на II Национальном конгрессе с международным участием «Национальное здравоохранение-2023». - https://mednet.ru/images/news-2/rz_8_12_2023.pdf
2. Мурашко М.А. Здравоохранение в парадигме новых национальных проектов: Презентация доклада на заседании Ассоциации «Совет ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений» в Алтайском государственном медицинском университете Минздрава России, 2024. - <https://sovetrekторов.ru/novosti/2023/mikhail-murashko-vystupil-na-zasedanii-assotsiatsii-soveta-ректоров-v-altayskom-krae/>
3. Мурашко М.А., Самойлова А.В., Швабский О.Р. И др. Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности в Российской Федерации как национальная идея. Общественное здоровье. 2022; 2(3): 5-15. <https://cyberleninka.ru/article/n/obespechenie-kachestva-i-bezopasnosti-meditainskoy-deyatelnosti-v-rossiyskoy-federatsii-kak-natsionalnaya-ideya/viewer>
4. Семашко Н.А. Прожитое и пережитое. М.: Госполитиздат, 1960. 120 с. - <https://docs.rucml.ru/feml/2014/02/0001340205S/>
5. Избранные произведения Николая Александровича Семашко. М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1954. 339 с. - <https://docs.rucml.ru/feml/2014/02/0001340205S/>
6. Решетников В.А. Разговор с Семашко. 150 лет назад родился первый нарком здравоохранения РСФСР. Медицинская газета. 9.10.2024; № 40: 10-11. - <https://mgzt.ru/node/20284>
7. Ашенбреннер И.В. Основные федеральные тренды и текущий опыт реализации проектов по цифровой трансформации системы здравоохранения в России: Презентация доклада ЦИФРОМЕД, 2023. - https://evercare.ru/sites/default/files/2023-06/3.%20Телемедфорум_Ашенбреннер.pdf
8. Корхмазов В.Т. Динамика основных показателей работы больничного сектора системы здравоохранения России. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021; 7(4): 84–94. - <https://www.vshouz.ru/journal/2021-god/dinamika-osnovnykh-pokazateley-raboty-bolnichnogo-sektora-sistemy-zdravookhraneniya-rossii/>
9. Информационные новости: Официальный сайт Минздрава России. - <https://minzdrav.gov.ru/ru>
10. Статистические материалы МИАЦ: Официальный сайт ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России - <https://mednet.ru/napravleniya/obrazovanie/svedeniya-ob-obrazovatelnoj-organizaczii/osnovnije-svedeniya>



Николай Александрович
Семашко
1874 г. – 1949 г.

Введение

В 2024 году исполнилось 150 лет со дня рождения в 1874 году и 75 лет со дня кончины в 1949 году доктору медицинских наук, профессору, действительному члену Академии медицинских наук СССР и Академии педагогических наук РСФСР Николаю Александровичу Семашко.

Трансформация здравоохранения от земской медицины до наших дней



Бездорожье в Тверской губернии.
Земский врач – И.И. Творожников

Начало Советского
периода развития

Современный период развития
здравоохранения

В ознаменование юбилейных дат торжественные мероприятия были проведены во многих образовательных, научных и медицинских организациях нашей страны.

О жизни и деятельности Н.А. Семашко нашими коллегами были опубликованы многочисленные статьи, проведены научно-практические конференции и учебно-методические мероприятия с различными категориями граждан.



Возложение цветов на могилу Н.А. Семашко его родственниками и сотрудниками Сеченовского Университета



Открытие сквера и бюста Н.А. Семашко в Российском университет медицины



Научно-практическая конференция в Башкирском ГМУ Минздрава России

Учебный вопрос № 1:

Достижения и перспективы развития российской системы здравоохранения

Система здравоохранения Российской Федерации



Численность застрахованного населения России
более 145 млн чел.



Бюджет системы здравоохранения
(Федеральный бюджет + ФОМС)

4.4 трлн руб.
(55 млрд.долл. США)



Количество оплаченных случаев оказания
медицинской помощи за счет ОМС в год
784.64 млн

из них

715.49 млн амбулаторно
33.11 млн стационар
36.04 млн скорая медицинская помощь

**123 тыс. медицинских и
фарм. организаций**



96 тыс. мед. организаций
27 тыс. фарм. организаций



Медицинских работников
2,14 млн чел., в том числе 750 тыс. врачей



~ 1,3 млрд

случаев посещения мед
организаций, в год



~ 25 млн

госпитализаций

Глобальные тренды здравоохранения



Смена парадигмы здравоохранения

ЧТО ДЕЛАЕМ?



**ФОРМИРУЕМ
ЗДОРОВЬЕ**



Управление здоровьем

Вчера

Диагностика симптомов уже имеющихся болезней

Сегодня

Ранняя диагностика

Завтра

Предикция на основе риск-профиля



СОХРАНЯЕМ



Человекоцентричность

Вчера

Патерналистический подход:
Общественное важнее индивидуального

Сегодня

Информационный подход:
Право на принятие решений и свобода выбора

Завтра

Персональный подход:
Общественное здоровье как максимальный уровень здоровья каждого человека



ПОДДЕРЖИВАЕМ



РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ = создание ценности для пациента



Снижение доли вызвавших СМП по причине обострения заболеваний



Увеличение доли пациентов, для которых были соблюдены сроки приема врача



Снижение длительности ожидания медицинской помощи



Снижение доли госпитализации пациентов на диспансерном наблюдении



25 критериев



Предстоящие изменения до 2030 года

1



Старение населения и рост нагрузки на систему здравоохранения

2



Высокая дифференциация (территориальная, гендерная)

3



Удорожание расходов, инфляция

4



Развитие и сохранение инфраструктуры

5



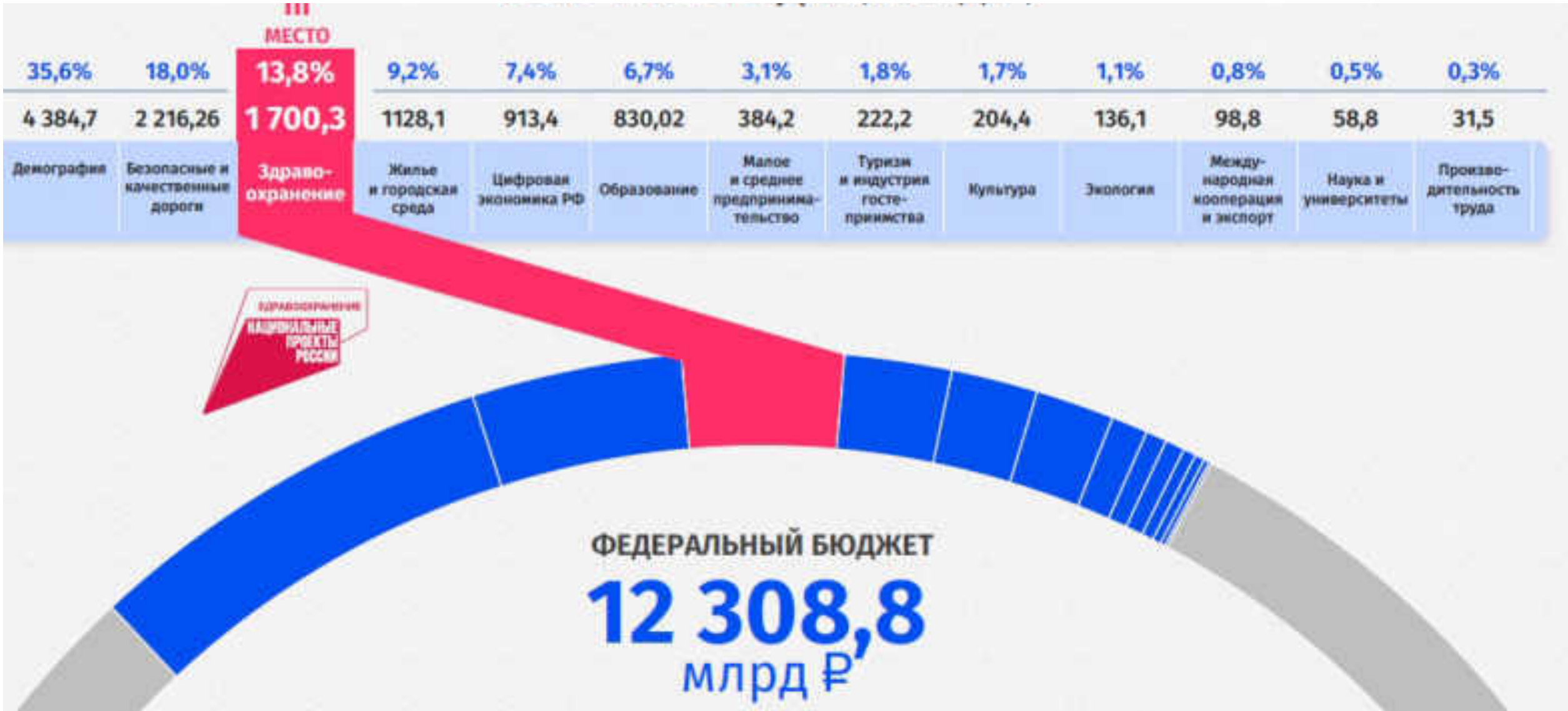
Высокая скорость научных разработок и необходимость их внедрения в практическое здравоохранение по всей стране

6



Кадровый дефицит

Ресурсы, направленные на национальные проекты до 2024 года



Забота о здоровье человека на его жизненном пути



Повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет

Повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи

Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»

- Создание/замена ФАП, ФП, ВА, приобретение ПМК
- Внедрение НММО

Федеральный проект «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации»

- Создание, реконструкция, капитальный ремонт объектов
- Оснащение оборудованием, автомобильным транспортом
- Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
- Проведение профилактических мероприятий (ПМО и Д)

Развитие скорой медицинской помощи

Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»

Повышение доступности медицинской помощи

Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»

Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями»

Федеральный проект «Борьба с сахарным диабетом»

Федеральный проект «Развитие детского здравоохранения»

Улучшение качества жизни старшего поколения

Федеральный проект «Старшее поколение»



Здоровье для каждого

ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ

484

центра здоровья для взрослого населения

4 282

кабинета медицинской профилактики для взрослого населения



Увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни, к 2030 в 1,5 раза.

«ПЕРЕЗАГРУЗКА» ФУНКЦИОНАЛА ЦЕНТРОВ

— АКТИВНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ

Оценка биологического возраста
Обучение формированию здоровых пищевых привычек
Обучение основам повседневной физической активности
Консультирование по отказу от вредных привычек

— ЗДОРОВАЯ СЕМЬЯ

Обучение основам ЗОЖ, влияющим на репродуктивное здоровье, подготовка к рождению ребёнка
Психологическое консультирование

— ЗДОРОВЬЕ РАБОТАЮЩИХ

МОДЕЛЬ РАБОТЫ С НАСЕЛЕНИЕМ: формирование здорового образа жизни

— НОВЫЕ КЛИЕНТСКИЕ ПУТИ

- «Диспансеризация и проф. осмотры»
- «Выписка из стационара»
- «Направление из поликлиники»
- «Самообращение»
- «Запись через ЕПГУ» / «цифровые каналы»

СТАНДАРТИЗАЦИЯ

Обновление НПА

Модернизация Центров здоровья:

- ПЕРСОНАЛ
- ПОМЕЩЕНИЯ
- ОСНАЩЕНИЕ

ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

- ЦИФРОВАЯ ПЛАТФОРМА, интегрированная в региональные МИС, ЕПГУ
- ДИСТАНЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ
- ИНФОРМАЦИОННО-ЭКСПЕРТНАЯ СИСТЕМА оценки индивидуальных привычек питания
- Платформа «АТРИЯ», корпоративные программы



КОММУНИКАЦИОННАЯ КОМПАНИЯ

— популяционная профилактика

Планирование семьи

2022–2028 — последний период исчезающих демографических возможностей для женщин позднего репродуктивного возраста.

При работе с этой группой семьи могут планировать ещё 1-2 детей



После 2028 года возрастает когорта женщин раннего репродуктивного возраста

- Перспектива повышения рождаемости
формирование позитивных репродуктивных установок у молодежи с мотивацией на многодетность! Акцент на профилактику и сохранение их здоровья!
- Обеспечение доступности акушерско-гинекологической помощи.

Меры по увеличению числа детей в семьях

Меры по снижению числа абортов

- Внедрение мотивационной анкеты — с 01.07.2023 г.
- Внедрение речевых модулей в медицинских организациях, в которых производятся аборты
- Требования к сайтам медицинских организаций, в которых производятся аборты
- Интерактивные образовательные модули «Психологическое доабортное консультирование женщин в состоянии репродуктивного выбора»

- Предметно-количественный учет лекарственных препаратов для производства абортов: Мифепристон, Мизопростол



Меры государственной поддержки семей с детьми

- Единое пособие на детей до 17 лет (в зависимости от нуждаемости семьи выплата составит от 50 до 100% регионального прожиточного минимума)
- Единовременная выплата при рождении ребенка — до 22,9 тыс. Р
- Пособие по беременности и родам (мать в декретном отпуске) — до 383,1 Р за 140 дней
- Пособие по уходу за ребенком трудоустроенным родителям до 33,2 тыс. Р (40% от среднего заработка)
- Материнский капитал: 586,9 тыс. Р за 1-го ребенка, 188,6 тыс. Р доплата за 2-го ребенка, 775,6 тыс. Р за 2-го ребенка, если не получали за 1-го ребенка
- Семейная ипотека до 6% при наличии 2-х и более несовершеннолетних детей или если ребенок родился после января 2018 г.
- При рождении 3-го ребенка семья может воспользоваться федеральной выплатой на погашение обязательств по ипотечному кредиту в размере 450 тыс. Р
- Меры поддержки для многодетных семей
- Меры поддержки, реализуемые в субъектах РФ

Мероприятия по сохранению репродуктивного здоровья женщин

Утвержден
Заместителем
Председателя
Правительства РФ
Т. А. Голиковой
25 ноября 2021 г.

Калужская область
Тульская область
Архангельская область
Новгородская область
Магаданская область
Приморский край
Камчатский край с 2023

Типовой проект «Репродуктивное здоровье»

- Тульская область
- Калужская область
- Новгородская область
- Архангельская область
- Магаданская область
- Приморский край



Цель: Обеспечение устойчивого прироста численности населения, в том числе посредством сохранения репродуктивного здоровья мужчин и женщин, и повышения репродуктивного потенциала нации.

Задача №1: оценка репродуктивных установок населения (в том числе установок на рождение) у граждан в возрасте 15-17 лет и 18-45 лет

Задача №2: оценка состояния репродуктивного здоровья у граждан в возрасте 15-17 лет и 18-35 лет

Задача №3: повышение медицинской грамотности и информированности населения о факторах риска и факторах, способствующих здоровью, значимости ЗОЖ

Задача №4: повышение эффективности доабортного консультирования

Задача №5: формирование ответственного отношения к своему здоровью

Задача №6: реализация мер социально-экономической поддержки семей с детьми

Задача №7: формирование позитивного образа семьи и воспитание положительных установок на родительство и многодетность

Обеспечение расширенного неонатального скрининга

98% новорожденных обследовано

1 032 693

**947 657
(92 %)**

**811 353
(79 %)**

17 581 (2 %)

488 (0,044%)

МСП* зарегистрировано
в ФРМСП**

направлений на скрининг
в ВИМИС

результат в ВИМИС

положительные
результаты

подтвержден диагноз***

*МСП – федеральная государственная информационная система
**ФРМСП – Федеральный реестр медицинских документов и документов
***По данным ФГБУ «Федеральный научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор»

Российская Федерация

Данные за период: 01.01.2023 – 19.09.2023



**Карточка новорожденного
в Регистре неонатального скрининга**

91 ребенок - спинальная мышечная атрофия

159 детей – первичный иммунодефицит

**238 детей – наследственные болезни обмена
веществ**

Новые подходы к профилактике заболеваний граждан

Зарегистрирован
в Минюсте России

17.10.2023

Вступил в силу
с 29.10.2023

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ от 28.09.2023 № 515Н

О внесении изменений в порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденный приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н



Гражданин проходит профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию приоритетно в медицинской организации, в которой он получает ПМСП. Допускается проведение вышеуказанных мероприятий в иной медицинской организации, участвующей в оказании гражданам Российской Федерации медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий, в том числе в выездной форме по месту работы или учебы, в соответствии с согласованным графиком



Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья обеспечивают обмен информацией между иными медицинскими организациями и медицинскими организациями, в том числе других субъектов Российской Федерации, граждане которых получают ПМСП



Работодатель или учебное заведение уведомляет сотрудников или учащихся о возможности пройти профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию по месту работы или учебы



Иной медицинской организацией на основании сведений региональных информационных систем ОМС, интегрированных с ГИС ОМС, составляется поименный список граждан, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру и диспансеризации



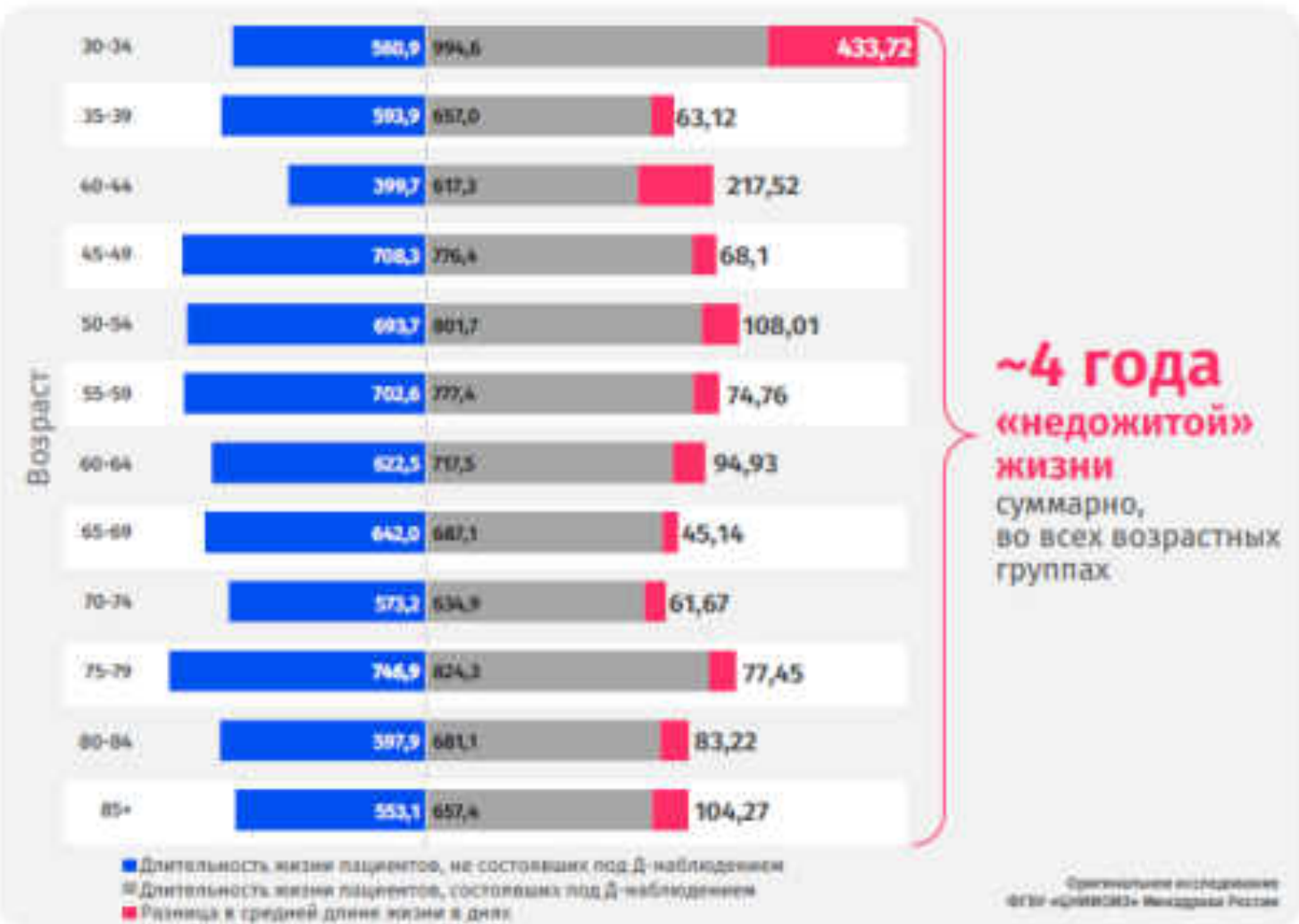
Работодатель или учебное заведение (уполномоченное лицо) совместно с иной медицинской организацией формирует план проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации



Список граждан направляется иной медицинской организацией в территориальный фонд ОМС, который осуществляет его сверку, в том числе на предмет исключения повторного в текущем году проведения профилактического медицинского осмотра или диспансеризации, а также доводит список граждан до страховых медицинских организаций путем размещения в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования

Повышение эффективности диспансерного наблюдения

Разница в средней длительности жизни умерших пациентов, состоявших и не состоявших под Д-наблюдением среди перенесших острый коронарный синдром в 2021 г., дней



КРИТЕРИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Охват

- общий охват диспансерным наблюдением
- охват диспансерным наблюдением по нозологическим формам
- охват диспансерным наблюдением по возрастным группам

Качество

- охват диспансерным наблюдением впервые выявленных по нозологическим формам
- кратность диспансерных осмотров
- соблюдение клинических рекомендаций и алгоритмов
- преемственность амбулаторного и госпитального этапов оказания медицинской помощи

Эффективность

- достижение целевых показателей
- госпитализация лиц, стоящих под диспансерным наблюдением
- смертность пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением
- вызовы СМП к пациентам, состоящим под диспансерным наблюдением

Здоровое старение

В ТЕЧЕНИЕ 25 ЛЕТ численность населения мира в возрасте **СТАРШЕ 65 ЛЕТ УВЕЛИЧИТСЯ ВДВОЕ**, что существенно повлияет на спрос на медицинские услуги и их структуру.

Вызовы:

- **Запрос на сохранение работоспособности и активности «возрастного» населения;**
- **Рост потребности в гериатрическом уходе, учреждениях долгосрочного ухода и услугах на дому;**
- **Увеличение расходов на здравоохранение в связи с длительным лечением и необходимостью специализированного ухода;**
- **Нехватка медицинских работников, подготовленных в области гериатрии и ухода за пожилыми людьми;**
- **Необходимость широкого обучения всех медицинских работников принципам гериатрического ухода;**
- **Высокий спрос на медицинские услуги в отдаленных или малообслуживаемых районах;**
- **Цифровой разрыв, влияющий на доступ пожилых людей к телемедицине и электронным медицинским услугам.**

Решения:

- **Фокус на профилактике:** Акцент на профилактических мерах, таких как вакцинация, скрининги и вмешательство в образ жизни, для снижения частоты возникновения хронических заболеваний;
- **Адаптация:** Корректировка политики в области здравоохранения с учетом потребностей стареющего населения;
- **Общественные программы:** Инициативы, направленные на повышение физической активности, улучшение питания и психического состояния пожилых людей;
- **Телемедицина:** Расширение доступа к медицинской помощи за счет удаленных консультаций и мониторинга;
- **Цифровые инструменты здравоохранения:** Использование носимых устройств и аналитики на основе искусственного интеллекта для проактивного управления здоровьем;
- **Устойчивость:** Обеспечение долгосрочной финансовой устойчивости систем здравоохранения в условиях роста затрат.



Развитие гериатрической службы

ТЕХНОЛОГИИ

1. Скрининг гериатрических синдромов (опросник «Возраст не помеха»), маршрутизация и сопровождение пациентов
2. Диспансеризация - дополнительная анкета для граждан 65 лет и старше
3. Организация внутреннего контроля качества в медицинской организации: Практические рекомендации Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской организации
4. Мультидисциплинарная команда
5. Консультация врача-гериатра и проведение комплексной гериатрической оценки
6. Протоколы ведения пожилых пациентов в стационаре
7. Контроль лекарственных назначений (START/STOP критерии в фармакотерапии)
8. Передача данных от медицинской организации в социальное учреждение о потенциальной нуждаемости в социальной помощи

РЕЗУЛЬТАТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ

Снижение смертности:

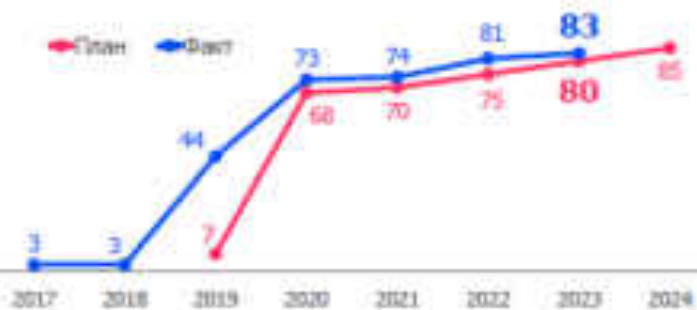
- Скрининг и своевременная коррекция гериатрических синдромов — на 53 %
- Консультация гериатра и реализация рекомендаций — на 32 %
- Протоколы периоперационного ведения — на 18 %
- Профилактика падений — на 55 %
- Протоколы профилактики делирия — на 8% (внутрибольничная смертность)

Снижение стоимости лечения:

- Скрининг и своевременная коррекция гериатрических синдромов — на 51 % (экстренная госпитализация)
- Консультация гериатра и реализация рекомендаций — на 13 %
- Протоколы периоперационного ведения — на 13 %
- Протоколы профилактики делирия — на 23 %
- Контроль лекарственных назначений — на 44 % в месяц



Гериатрические центры



Гериатрические кабинеты



Геронтологические койки



Модель здорового долголетия

ПРОЕКТ ПО СОЗДАНИЮ ЕДИНОЙ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И ТЕРАПИИ

НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ		ГЕРИАТР
18-39 лет (диспансеризация 1 раз в 3 года)	40-64 года (диспансеризация 1 раз в год)	65-100 лет (диспансеризация 1 раз в год)
Ранняя профилактика	Активная профилактика и реабилитация	Диспансеризация и уход
АКЦЕНТ НА ПРИЧИНАХ		АКЦЕНТ НА СЛЕДСТВИЯХ

Необходимо создать общий алгоритм и опросный лист, разделенный по базовым блокам и ранжированный в зависимости от риска возникновения события с возрастом

ПРЕДЛОЖЕНИЕ

ОНКО	ССЗ	ЦНС	ХБЛ	ЖКТ	СД	МВС	Гены	Когн	Диета	Акт-ть	Злоуп
Оценка каждого параметра в зависимости от риска возникновения											
Риски для молодого возраста				Риски для среднего возраста				Риски для пожилого возраста			

КАК РЕЗУЛЬТАТ — ЕДИНАЯ КАРТА ЗДОРОВЬЯ в зависимости от рисков развития патологии

СМЕЩЕНИЕ АКЦЕНТОВ НА АКТИВНУЮ ПРОФИЛАКТИКУ У ВСЕХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	ГЕРИАТРИЯ — ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЯВНЫМИ ГЕРИАТРИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ, УХОД И ОБУЧЕНИЕ
---	---

Новые базовые принципы работы первичного звена

- 1 Организация оказания медицинской помощи по **принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения**
- 2 **Транспортная доступность** медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения
- 3 Наличие необходимого количества **медицинских работников** с соответствующим уровнем квалификации
- 4 Применение порядков оказания медицинской помощи, **клинических рекомендаций** и стандартов медицинской помощи
- 5 Предоставление **гарантированного объема медицинской помощи** в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
- 6 Отказ от бумаги, применение **МИС**, (база для широкого внедрения **СППВР** с использованием технологий **искусственного интеллекта**)
- 7 Рутинное применение **телемедицинских технологий**
- 8 Начало применения **дронов** для доставки **биоматериалов** до лаборатории или необходимой медицинской продукции



Создание и развитие медицинской инфраструктуры, продуманной маршрутизации



Применение клинических рекомендаций, использование современных технологий и лекарственных препаратов, консультации федеральных экспертов

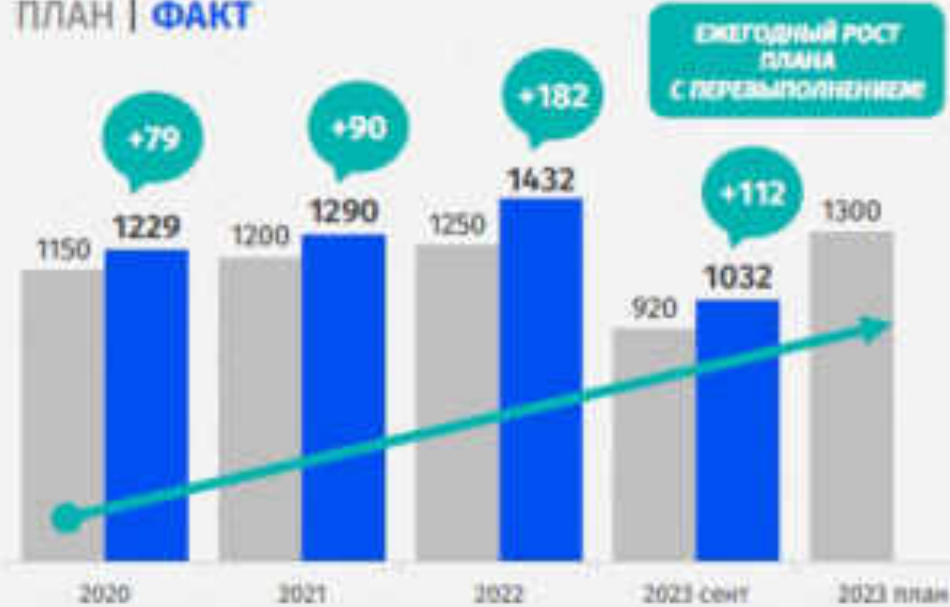


Преимственность между уровнями оказания медицинской помощи



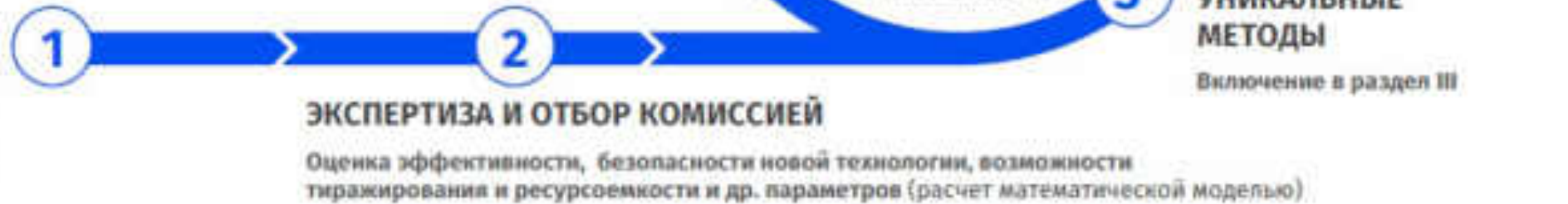
Развитие специализированной медицинской помощи

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ ПОМОЩЬ В РАМКАХ ОМС,
тыс. операций
ПЛАН | ФАКТ



ПОИСК НОВЫХ МЕТОДОВ

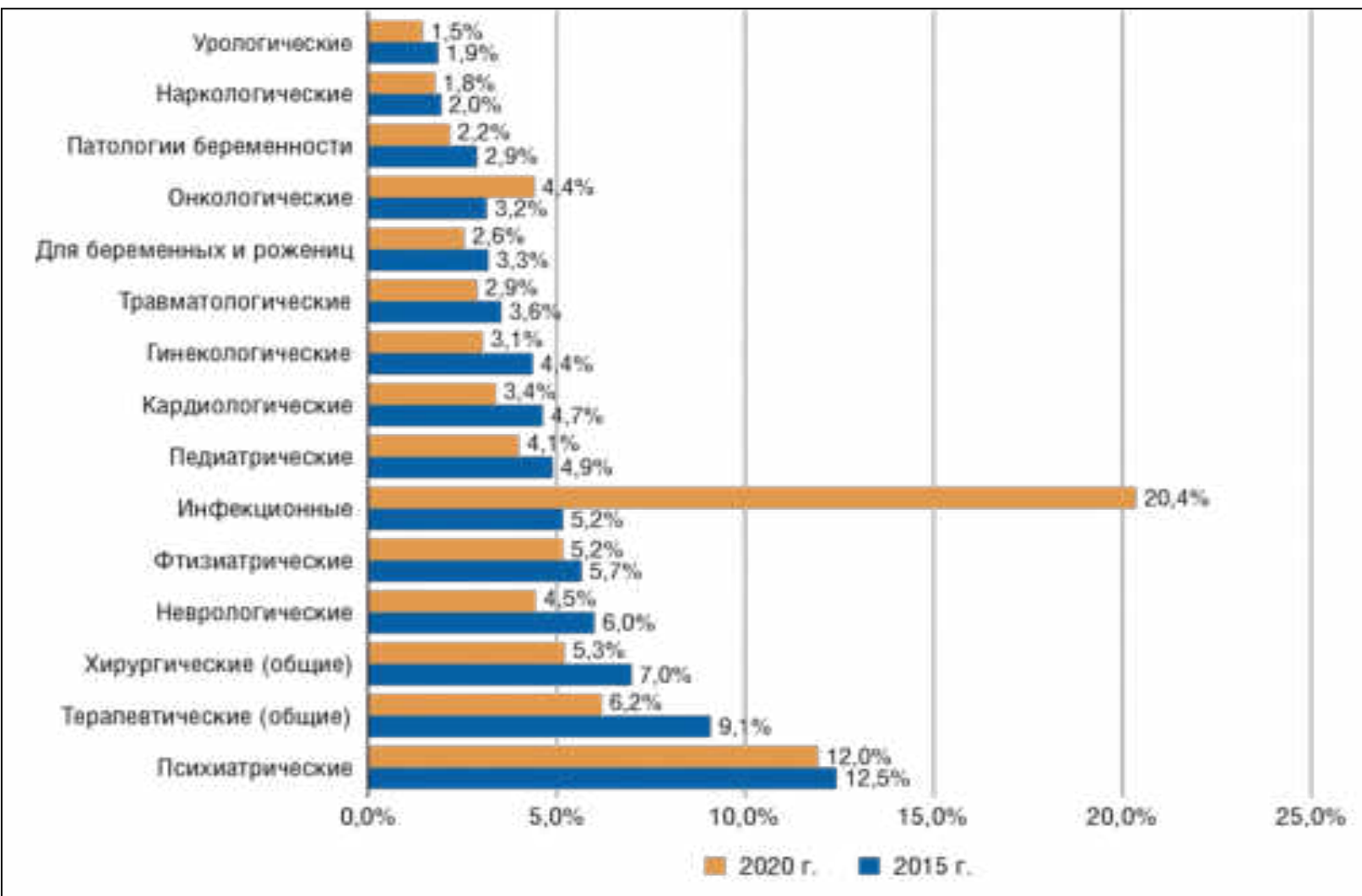
- Результат НИР и НИОКР
- Клиническая апробация
 - Предложения ГВС, Ассоциаций, НИИ, НМИЦ и др.



Динамика ресурсов Минздрава России

Наименование	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.
Число медицинских организаций - всего	7028	6856	6706	6537	6356
в том числе оказывающих медицинскую помощь населению	5985	5842	5720	5578	5450
Из них:					
Число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях	4248	4169	4094	4005	3913
в том числе больничных организаций	3781	3712	3645	3570	3512
Численность коечного фонда	1030207	1031509	1019509	999517	990302
Число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (за исключением стоматологических поликлиник)	1134	1091	1057	1013	996
Число стоматологических поликлиник	603	582	569	560	541
Число диспансеров	603	588	580	559	515
в том числе имеющих отделения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях	467	457	449	435	401
Мощность МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по числу посещений в смену	3354428	3361172	3372117	3381849	3361172
Численность врачей (тыс.)	551,5	557,3	551,3	541,5	549,1
Численность среднего медицинского персонала (тыс.)	1214,9	1197	1170,1	1131,2	1121,4

Структура коечного фонда в период пандемии COVID-19



Бережливые технологии в медицинских организациях



Совершенствование маршрутизации пациентов



Внедрение клинических рекомендаций

С 01.01.2022 медицинские организации Российской Федерации обязаны обеспечивать оказание медицинскими работниками медицинской помощи на основе клинических рекомендаций

Постановление Правительства РФ №1968 от 17.11.2021 «Об утверждении порядка поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций»

Разработано
КЛИНИЧЕСКИХ
РЕКОМЕНДАЦИЙ

391

из которых
ПРИМЕНЯЮТСЯ
В НАСТОЯЩЕЕ
ВРЕМЯ

235

«НАСТОЯЩЕЕ БУДУЩЕЕ»

СТАНДАРТИЗАЦИЯ -> АВТОМАТИЗАЦИЯ «ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ» ПРОЦЕССОВ

Нейросеть смогла поставить правильный диагноз редкого заболевания ребенку, с чем не могли на протяжении трех лет справиться врачи в США.



17 ВРАЧЕЙ

пытались выявить
диагноз по симптомам

Мама мальчика в течение этого времени обращалась ко всем врачам, чтобы выяснить причину болезни, — от педиатра до стоматолога. Однако медики не помогли женщине, тогда она решила обратиться к нейросети. В результате программа поставила Алексу редкий диагноз — расщепление позвоночника и порок развития спинного мозга, который оказался верным. Мальчику вовремя сделали операцию, и он смог выжить.

изображение и название - рашталагу

Необходимость оценки знаний клинических рекомендаций у врачей клинических специальностей, в т.ч. врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь

ВУЗы

После
ВУЗов

Формирование
индивидуальной
образовательной
траектории

Государственный фонд «Защитники отечества»

ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ УЧАСТНИКАМ СВО И ЧЛЕНАМ СЕМЕЙ

Участники СВО и члены семей погибших (умерших)

Медицинская организация государственной системы здравоохранения

Договор с медицинской организацией



Клинический психолог

на 25 тыс. человек в каждом муниципальном образовании:

- психологическое консультирование
- психодиагностическое обследование
- мотивация гражданина на сотрудничество
- направление лиц с признаками психических расстройств в кабинеты медико-психологической помощи, врача-психотерапевта, врача-психиатра-нарколога

Филиалы Государственного фонда «Защитники Отечества»

Договор с медицинской организацией



Клинический психолог

- психологическое консультирование
- психодиагностическое обследование
- мотивация гражданина на сотрудничество
- направление лиц с признаками психических расстройств в кабинеты медико-психологической помощи, врача-психотерапевта, врача-психиатра-нарколога

Медицинская организация государственной системы здравоохранения

Договор с медицинской организацией



Врач-психотерапевт

- постановка диагноза
- амбулаторное лечение
- направление на стационарное лечение

Реабилитация пациентов



«Новая модель пациента» –

имеется одновременное поражение и центральной нервной системы (ЦНС), и периферической нервной системы (ПНС), и костно-мышечной системы опорно-двигательного аппарата (ОДА), и соматическая патология, и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).



Необходимо создать новую модель реабилитации

построение персонализированной программы **«гибридной» этапной реабилитации пациента** на основе максимально быстрой и комплексной диагностики повреждений систем и органов, полученных в результате травм и ранений.

- ✓ Сокращение сроков адаптации пострадавших пациентов и их возвращения в профессиональную и социальную среду
- ✓ Сокращение числа вторичных осложнений и время нахождения пациентов в стационарах
- ✓ Повышение эффективности использования бионических протезов и увеличение процента возвращения к профессиональной деятельности.
- ✓ Проведение внегоспитальной реабилитации пациентов любого профиля максимально качественно с минимизацией общих финансовых затрат.

Стык современных цифровых, роботизированных и информационных технологий:

- Роботизированная механотерапия
- Иммерсивные технологии (виртуальная, дополненная и смешанная реальности)
- Стимуляция различных модальностей
- Технологии мозг-компьютер-интерфейс
- Гибридная реабилитация с применением телемедицинских технологий
- Стандартизированная лаборатория биомеханики



НОВЫЕ ПРИЦИПЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ:

- ✓ краткосрочный стационарный этап
- ✓ продолжение реабилитации «вне стен больницы»
- ✓ мониторинг и телемедицинская поддержка этапов реабилитации
- ✓ внедрение единого централизованного подхода в учреждениях субъектов РФ



Инновационное развитие медицинской отрасли



Перспективы внедрения искусственного интеллекта

БОЛЬШИЕ ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ на этапах оказания медицинской помощи



1. Оптимизация управления потоками пациентов и ресурсами медицинской организации
2. Взаимодействие с пациентами в качестве виртуального помощника
3. Автозаполнение первичной медицинской документации

4. Формирование представления о пациенте на основе данных МИС
5. Подбор литературы (доказательная медицина) для диф.диагноза по конкретному клиническому случаю
6. Извлечение полезной информации из неструктурированного текста
7. Формирование протокола консилиума на основе слитной речи нескольких врачей
8. Формирование итогового медицинского документа
9. Голосовое управление интерфейсами медицинских информационных систем и оборудования
10. Сопровождение проведения медико-экономической экспертизы по законченному случаю

РЕВОЛЮЦИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ



1. Датчики в персональных устройствах, автомобилях и умный дом + оценка ИИ (медицинские и фитнес датчики в смарт-часах и браслетах, датчики падения и аварии в телефонах, часах, автомобилях, алгоритмы умного дома для ухода за пожилыми родственниками)
2. Передача информации о состоянии пациента
Оптимизация управления ресурсами неотложной / скорой помощи на основе данных в режиме реального времени о ситуации на дорогах, доступных бригадах, риске пациентов и предполагаемом профиле помощи с минимальным участием человека
3. Ускорение дифференциального диагноза неотложных состояний и поддержки выбора тактики медицинской помощи

ПРОФИЛАКТИКА И УПРАВЛЕНИЕ ПОПУЛЯЦИОННЫМ ЗДОРОВЬЕМ



Анализ больших данных (омиксные данные по популяции, поведение и факторы риска, влияние методов диагностики и лечения)

- ✓ Оценка ИИ приведет к существенному прогрессу в осознании механизмов развития заболеваний и формировании стратегий персонализированной профилактики.

Цифровизация здравоохранения

МОДЕЛЬ ДОСТИЖЕНИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ ЦЕЛИ ПО УВЕЛИЧЕНИЮ ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

2030 год
78+ лет

Медико-демографическая ситуация в Российской Федерации

Медико-демографическая ситуация в субъектах РФ

Показатели общественного здоровья на внутрирегиональном уровне

Управление общественным здоровьем в стране

Управление здоровьем в субъекте РФ

Управление здоровьем населения в муниципалитете

2023 год Состояние здоровья населения на участке

73.1 год

Управление здоровьем населения на участке



Контроль качества медицинской помощи



Планирование объемов



Оценка необходимых ресурсов

Повышение эффективности использования средств ОМС

Рациональное распределение средств ОМС

ДАННЫЕ

- Сведения об оказанной медицинской помощи и её стоимости
- Сведения из ФЕРЗЛ,
- Сведения из ФПУМП (включая ВМП)

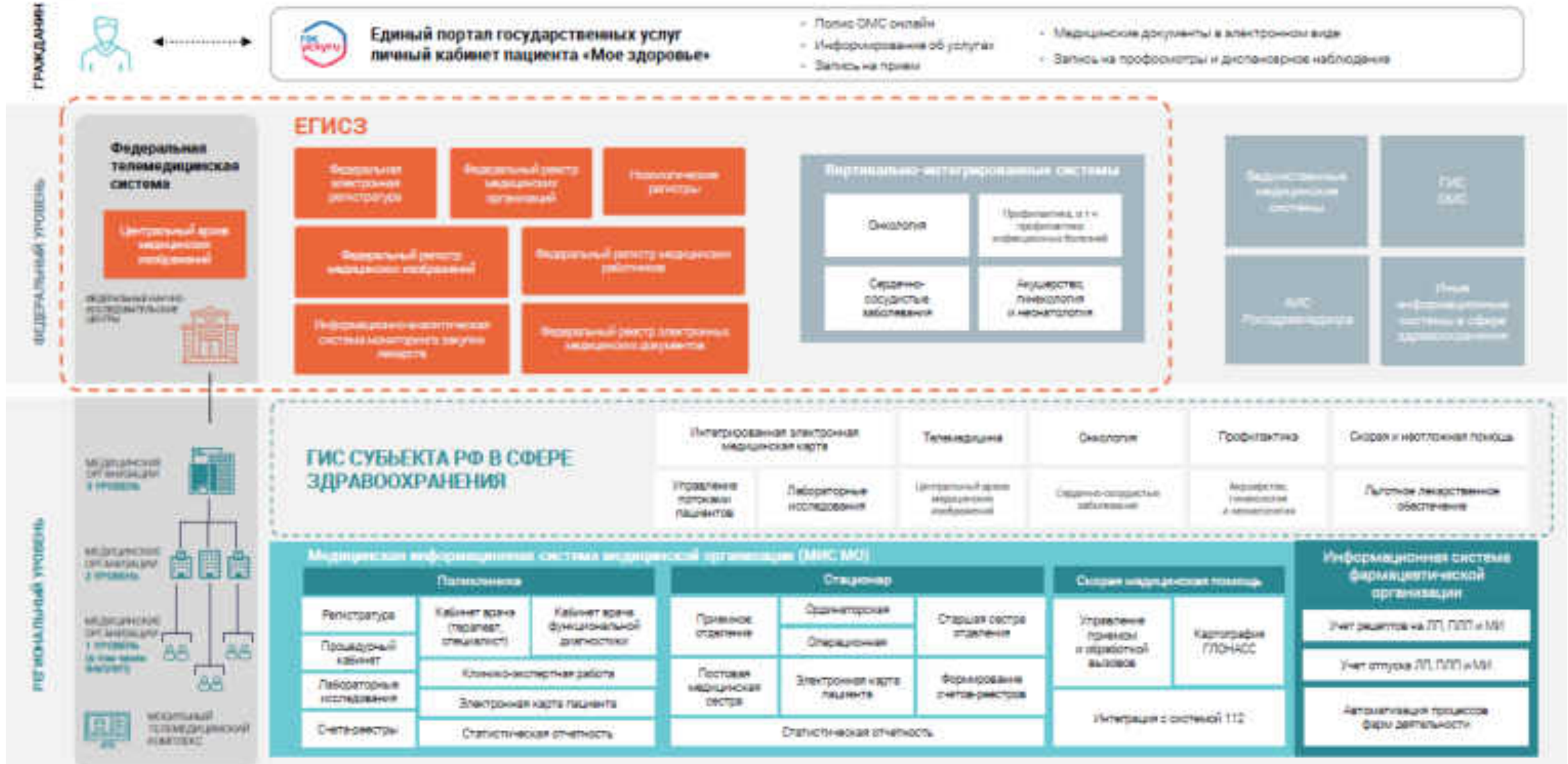
- Сведения из регистров
- Сведения из РЭМД
- Сведения ФМО: СМП, ВМП-1, ВМП-Э

Персональные маршруты

Проактивное информирование

Приоритизация и ранжирование

Архитектура единого цифрового контура



Цифровой профиль пациента

Сведения о социальном статусе/инвалидности

- Диагноз
- Решение медико-социальной экспертизы



История анализов/исследований

- Информация обо всех проведенных анализах/исследованиях



Вакцинация

- Прививочный сертификат
- Оценка иммунизации
- Сертификат о вакцинации (COVID-19)



Персональные данные

- ФИО
- Пол
- Дата рождения
- Сведения о постоянной регистрации и адрес фактического проживания



Цифровой полис ОМС

- Номер полиса ОМС
- Страховая медицинская организация
- Прикрепление к поликлинике



История обращений за мед. помощью

- Даты обращений
- Диагнозы
- Планы лечения



Модель пациента

- Группа и факторы риска
- Половозрастная группа
- Данные о наследственных заболеваниях
- Клинические данные



Жизненно важные показатели, статусы и дневниковые записи

- Рост, вес, группа крови, аллергии, давление, пульс, принимаемые лекарственные препараты, хронические статусы



Устранение кадрового дефицита

Ключевые ограничения, препятствующие применению традиционных технологий привлечения медицинских работников

1. Количество медицинских работников демографически ограничено
2. Длительность подготовки квалифицированных врачей - не менее 10 лет
3. Организация помощи на новых территориях проходит в условиях малого количества местных медицинских работников
4. СВО требует дополнительных кадровых ресурсов

Повышение уровня компетентности и профессионализма медицинских работников в соответствии с их квалификацией — повышение квалификации

РАЗРАБОТКА ЭФФЕКТИВНЫХ ОРГАНИЗАЦИОННО-КАДРОВЫХ МОДЕЛЕЙ

- Перераспределение функций между медицинскими работниками
- Внесение дополнений в программы подготовки медицинских работников с целью обеспечения требуемого уровня компетенций
- Изменение правил маршрутизации пациентов
- Использование технологий «бережливого производства»

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- Использование телеконсультаций врач-врач, особенно в условиях незначительной потребности в помощи «узких» специалистов на отдельных территориях с привлечением профильных НМИЦ
- Информационная поддержка процесса осуществления приема/посещения
- Информационная поддержка выполнения отдельных трудовых функций — в первую очередь это автоматизация различных отчетов, которые должен формировать медицинский работник

Необходимы новые механизмы, позволяющие обеспечить возрастающую потребность в объеме медицинской помощи имеющимся количеством медицинских работников

Новый подход в подготовке кадров

- Виртуальная и дополненная реальность
- Предиктивная аналитика
- Искусственный интеллект
- Телемедицина

- Большие данные
- Дистанционный мониторинг пациентов
- Носимые умные устройства и интернет медицинских вещей
- IT в фармации



Непрерывное образование специалистов здравоохранения

ВОВЛЕЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СИСТЕМУ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Плановые показатели ФП «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами»: Число специалистов, вовлеченных в систему НМО, в том числе с использованием ДОТ (тыс. чел.)

базовое значение	2019 г.	2022 г.	2024 г.
109	350	1700	1 900

Регистрация и активность пользователей Портала edu.rosminzdrav.ru в рамках непрерывного образования специалистов здравоохранения на **ноябрь 2023 года** (тыс. чел.)

Зарегистрированы (физические лица)	>2 940
Обучаются (все физлица / с активными должностями в ФРМР)	>2 450 / 1 840

ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА И ОБЪЕМА ОБУЧЕНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ПОТРЕБНОСТЯМИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Непрерывное образование осуществляется через:

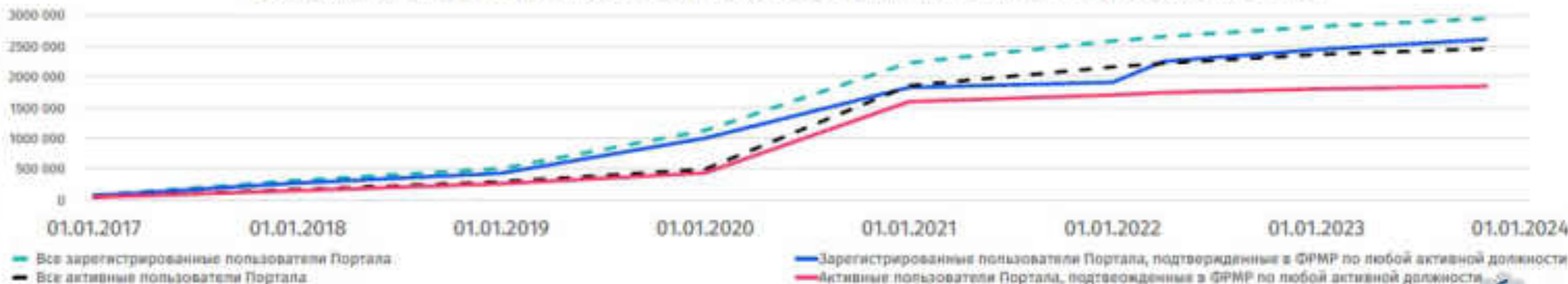


ИНТЕРНЕТ-ПОРТАЛ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Контентное наполнение Портала edu.rosminzdrav.ru на **ноябрь 2023 года**

Включено ДПП ПК	>182 ТЫСЯЧ
Размещено ИОМ	>8 ТЫСЯЧ
Представлено образовательных мероприятий	>66 ТЫСЯЧ

ДИНАМИКА РЕГИСТРАЦИИ И ОБУЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОРТАЛА EDU.ROSMINZDRAV.RU



Учебный вопрос № 2:

**Алма-Атинская
декларация 1978 года и ее
значение для современного
здравоохранения**

Международная конференция по ПМСП



Алма-Атинская декларация была принята 12 сентября 1978 года на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи (в г. Алма-Ата)

Алма-Атинская декларация провозгласила основополагающие принципы развития систем здравоохранения различных стран мира, направленные на охрану и укрепление здоровья населения.

В соответствии данной Декларацией, первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) должна способствовать достижению населением такого уровня здоровья, который позволит гражданам вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни.

ПМСП должна быть центральным звеном национальной системы здравоохранения, являясь первым этапом непрерывного процесса охраны здоровья населения и должна быть максимально приближена к месту жительства и работы граждан.

Основные компоненты ПМСП в соответствии с Алма-Атинской декларацией

- просвещение населения по наиболее важным проблемам здравоохранения и методам их профилактики;
- содействие обеспечению рационального питания населения, качественного водоснабжения и проведению основных санитарно-гигиенических мероприятий;
- охрана здоровья матери и ребенка;
- иммунизация против основных инфекционных заболеваний;
- профилактика эндемических заболеваний;
- лечение наиболее распространенных заболеваний и травм;
- обеспечение населения основными лекарственными средствами.

■

ПМСП в Российской Федерации

- наличие большого количества медицинских организаций, обеспечивающих принцип доступности медицинской помощи различным возрастно-половым группам населения;
- полнота оказания медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе;
- возможность комплексного оказания медицинской помощи населению, включая диагностику, лечение, реабилитацию пациентам с различными заболеваниями;
- возможности внедрения современных медицинских технологий на базе медицинских организаций и др.

Перспективы развития ПМСП в Российской Федерации

- **повышение конкурентоспособности медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, в условиях рыночной экономики;**
- **расширение возможностей информатизации поликлиник, офисов врачей общей практики, амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов;**
- **использование телемедицинских технологий для мониторинга состояния здоровья пациентов, страдающих НИЗ, для проведения консилиумов, для повышения квалификации медицинских работников и др.;**
- **широкое внедрение принципов эффективного менеджмента;**
- **постоянное повышение доступности и качества оказываемой населению медицинской помощи; внедрение бережливых технологий;**
- **повышение качества диагностики и диспансерного наблюдения за пациентами;**
- **оказания паллиативной медицинской помощи incurable пациентам.**

Федеральный проект развития ПМСП

Федеральный проект

«Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»

Данный проект входит в Национальный проект «Здравоохранение»
(Сроки реализации проекта: 01.01.2019 г. – 31.12.2024 г.)

- увеличение доступности ПМСП для жителей отдаленных и малонаселенных пунктов;
- развитие санитарной авиации;
- формирование системы защиты прав пациентов;
- увеличение доступности для граждан поликлиник и поликлинических подразделений, внедривших стандарты и правила «Новой модели организации оказания медицинской помощи»;
- увеличение охвата профилактическими медицинскими осмотрами и диспансеризацией.

Результаты реализации Федерального проекта



- 6,47 млн посещений населением ФАПов, врачебных амбулаторий (по данным 2022 г.);
- 302,1 тыс. выездов передвижных медицинских комплексов, при этом осмотрено около 8,88 млн. человек;
- 43,6 тыс. вылетов санитарной авиации (при этом эвакуировано 57,7 тыс. человек);
- более 68,9 млн человек прошли профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию (по данным 2022 г.);
- 6,7 тыс. медицинских организаций внедряют бережливые технологии;
- 99,9% обоснованных жалоб пациентов, застрахованных в системе ОМС, урегулировано в досудебном порядке.

Учебный вопрос № 3:

**Роль и вклад Н.А. Семашко
в развитие отечественного
здравоохранения**

Развитие методологических основ организации отечественного здравоохранения происходило на протяжении длительного периода. Однако активное внедрение в практическую деятельность органов здравоохранения, в масштабах всей страны, основополагающих принципов организации здравоохранения началось после утверждения в 1918 г. Народного комиссариата здравоохранения.



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

Роль Н.А. Семашко в развитие отечественного здравоохранения.

- 1. В настоящий момент остается насущной проблемой объективная оценка развития взглядов Н.А. Семашко и их значения для формирования современной, бюджетно-страховой, модели здравоохранения.**
- 2. Социально-экономические преобразования за последние тридцать лет привели к существенным изменениям в демографической ситуации и здоровье населения страны, которые следует рассматривать как угрозу социальному благополучию и экономическому развитию страны.**
- 3. Актуальной задачей современного здравоохранения остается, поставленная Н.А. Семашко в 1918 г.: обеспечение всех граждан качественной, общедоступной и бесплатной медицинской помощью. При этом, теоретико-методологические подходы достижения данной цели претерпели трансформацию.**

Роль Н.А. Семашко в развитие отечественного здравоохранения.

4. Формирование и внедрение советской модели здравоохранения (модели Семашко) показало ее устойчивость в течение многих лет, несмотря на социально-экономические потрясения XX века, а также ее способность к дальнейшему совершенствованию.

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



Николай Александрович
Семашко
1874 г. – 1949 г.

При проведении анализа и систематизации архивных источников о жизни и деятельности Н.А. Семашко.

Были обнаружены новые факты в биографии Первого наркома здравоохранения, среди которых:

- **Возможная причина отставки Н.А. Семашко с должности наркома здравоохранения СССР, связанная с критикой классового принципа организации советского здравоохранения.**
- **Вклад Н.А. Семашко в спасение медицинского персонала в Крыму от политических репрессий во время Гражданской войны.**

Принципы модели Семашко

Цель	Методы достижения цели
<p>Обеспечение всех граждан республики качественной, общедоступной и бесплатной медицинской помощью</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Государственный характер организации2. Централизация3. Плановое начало4. Профилактическое направление5. Территориально-участковый принцип6. Классовый принцип7. Система медицинского образования (синтез науки и практики)8. Приоритет охраны материнства и младенчества9. Привлечение населения к организации здравоохранения.

Трансформация теоретико-методологических подходов модели Семашко

монопольный государственный характер организации

- Система государственного регулирования программы ОМС

Плановый характер развития

- Стратегии развития и национальные проекты

территориально-участковый принцип организации здравоохранения

- Остался неизменным

Профилактическое направление

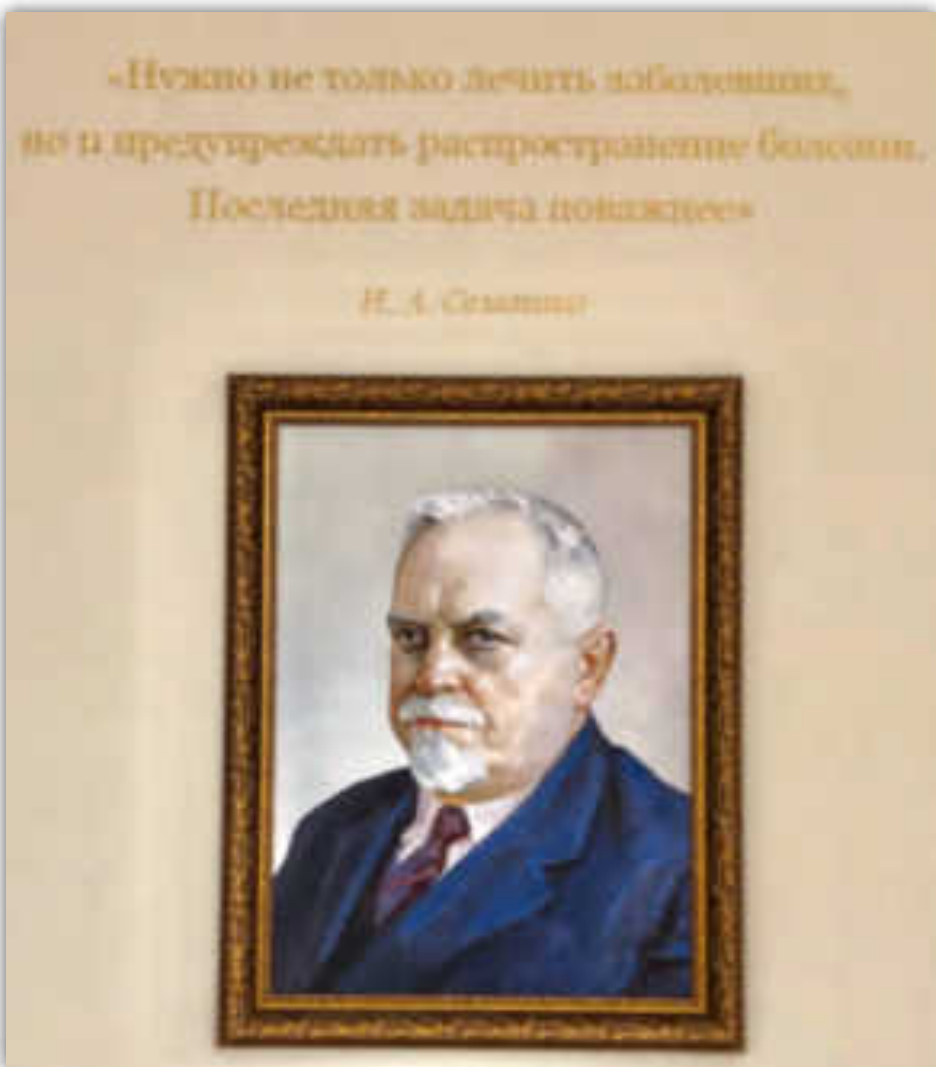
- Новые формы профилактики заболеваний, гигиенического обучения и воспитания населения.

Система высшего медицинского образования

- Единство науки и практики с переходом на систему непрерывного образования специалистов

Участие населения в вопросах здравоохранения

- Общественные организации

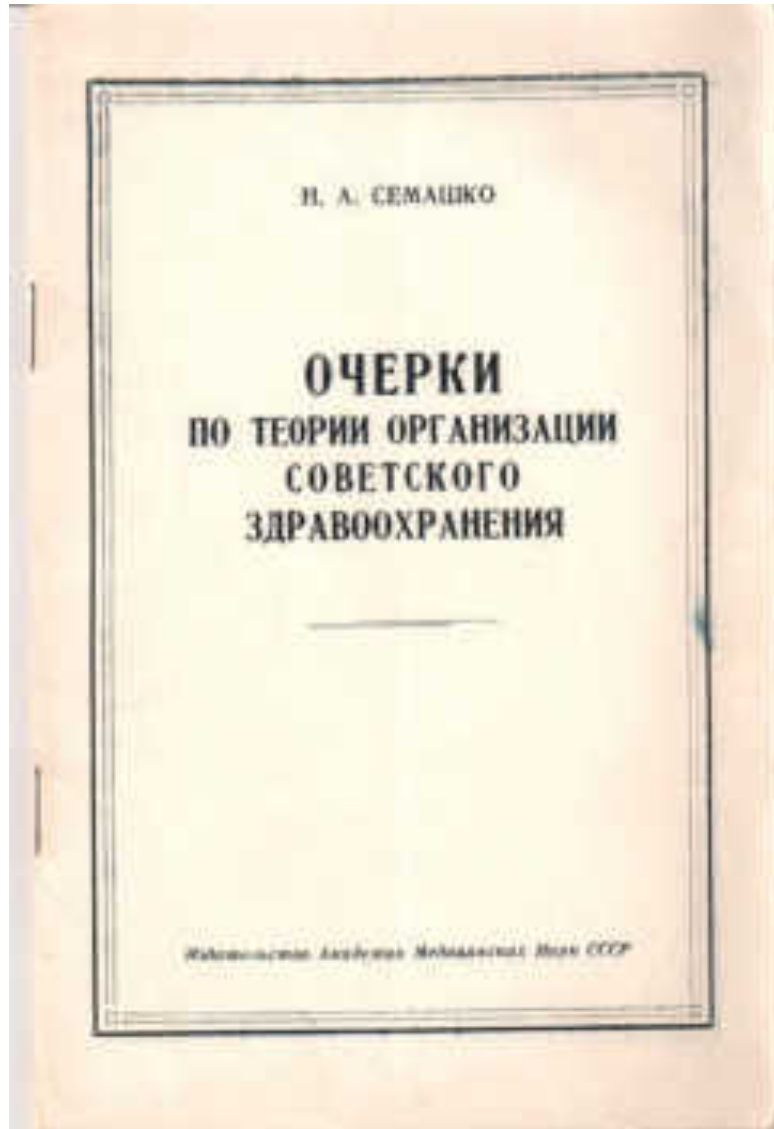


Николай Александрович
Семашко
1874 г. – 1949 г.

Направления профилактической работы:

- Санитарный надзор;
- Диспансерный метод – проводник профилактики лечебных учреждений;
- Жилищная политика – максимальное удовлетворение нужд трудящихся;
- Организация общественного питания;
- Физкультура и физическое развитие;
- Охрана материнства и детства;
- Санитарное просвещение;
- Санитарно-курортное дело.

Санитарный надзор



- Санитарный надзор сосредоточен в руках государственной санитарной организации.
- Основные виды государственного санитарного надзора:
 - Коммунальный;
 - Пищевой;
 - Промышленный;
 - Школьный.
- Ведомственная санитарная организация Н.А. Семашко.

Оздоровление населения производилось с помощью нескольких взаимосвязанных подходов, которые позволили перейти на новый уровень борьбы с массовыми заболеваниями.

Во-первых, для борьбы с профессиональными заболеваниями вызванными вредными условиями труда, создавались санитарные части и профилактории на предприятиях.

Во-вторых, велась борьба с социальными болезнями такими как туберкулез, алкоголизм и венерические заболевания.

В-третьих, был нанесен удар по инфекционным заболеваниям, борьба с которыми продолжалась на протяжении всего существования СССР, начиная с сыпного тифа и заканчивая победой над черной оспой, одержанной в мировом масштабе

При становлении «социальной патологии» возникла необходимость в установлении определенных критериев, с помощью которых заболевания можно было отнести к социальным

Критерии

Массовость

Частота распространения

Длительность течения

Ущерб в производительности труда населения

Социальные болезни

Однако с развитием общественного сознания и медицинской науки, критерии стали шире и включали в себя не только эпидемиологические показатели, но и критерии демонстрирующие уровень

**Первичная
инвалидность**

**Смертность
населения**

**Снижение
продолжительности жизни**

Инфекционные болезни



До 1917 г. – от натуральной оспы, скарлатины, дифтерии, коклюша, ежегодно погибало до 500 тыс. человек.
1914 – 1918 гг. – от туберкулеза погибло 2 млн. человек.

Результат:

- В годы работы Н.А. Семашко в Наркомздраве были заложены основы санитарно-эпидемиологической службы;
- Выработана единая система противоэпидемических мероприятий;
- В 1939 году в СССР – зарегистрированы лишь 2 случая натуральной оспы
- Победены сыпной тиф и малярия;
- На 23.8% снизилась заболеваемость брюшным тифом.



Санитарное просвещение

16-19 июня 1918 г.
I Всероссийский съезд медико-санитарных отделов Советов

«Немедленно развить самую широкую санитарно-просветительную деятельность среди населения (беседы, лекции, выставки)...»

из доклада Н.А. Семашко



ЦДК и Рязанский Дом Крестьянина (1922 г)



Основные направления санитарно-просветительного дела:

- Выставочно-музейная;
- Литературно-редакционная;
- Лекционная;
- Издательской и библиотечная.

Избы-читальни



Структура дома санпросвета:

- Лекторское бюро
- Методический кабинет
- Отдел наглядных пособий выставок по охране здоровья
- Библиотеки, лекционные залы



1 сентября 1928 г. – создан Институт санитарной культуры
1938 г. – преобразован в Центральный научно-исследовательский институт санитарного просвещения

Санитарное просвещение

Подготовка специалистов работников санитарного просвещения:

- Каждый медицинский работник не менее 4 час. в месяц медицинские и гигиенические знания
- Студенты 4 курсов во всех медицинских вузах должны были прослушать курс из 6-8 час. лекций по теории и практике санитарного просвещения
- Вовлечение населения в работу по охране его здоровья



Охрана труда работников на предприятии



Огромную роль в постановке дела охраны здоровья населения играет само население.

Н.А. Семашко

Медико-санитарная работа в селе



Большое внимание, особенно с началом коллективизации, Наркомздрав уделял медико-санитарной работе на селе.

Ценой огромных усилий к концу 20-х годов в стране было создано 7,5 тыс. сельских врачебных участков, 59 230 больничных (42 859 из них в РСФСР) и 9097 родильных коек на селе

13 марта 1923 года было создано Главное курортное управление (ГКУ) при Наркомздраве



С этого момента все лечебные заведения, курорты, санатории и прилегающие к ним территории переходили под полный контроль и управление Наркомздраву и ГКУ. Лично первым наркомом здравоохранения Н. А. Семашко была поставлена грандиозная цель - централизовать и упорядочить управление курортным делом в стране.

Развитие курортов в СССР

В 1921 году появилось 10 санаториев с общим числом мест 723 койки в Грузинской ССР, в 1925 году в Абхазии, Аджарии и Южной Осетии появились санатории и курорты. Кроме того, каждая союзная республика организовывала органы по управлению курортным делом. К 1928 году число союзных курортов выросло до 46.



Всеобщее признание заслуг Н.А. Семашко

За большие заслуги перед народом и вклад в развитие отечественного здравоохранения, медицинского образования и науки Николаю Александровичу:



- присвоена ученая степень доктора медицинских наук (1934);
- присуждено ученое звание профессора (1935);
- награжден орденом Трудового Красного Знамени (1943);
- награжден орденом Ленина (1944);
- присуждено звание заслуженного деятеля науки РСФСР (1944);
- избран действительным членом Академии медицинских наук СССР (1944);
- избран действительным членом Академии педагогических наук РСФСР (1945).

Методологические основы организации здравоохранения, заложенные Н.А. Семашко, сегодня успешно реализуются в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Российской Федерации, а также во многих странах, использующих модель здравоохранения Бевериджа (Великобритания, Финляндия, Португалия, Австралия, Испания, Сингапур, Италия, Швеция, Канада и др.).



Заключение

Уважаемые коллеги! Сегодня мы уверенно стоим на созданном Н.А. Семашко и его соратниками более 100 лет назад прочном фундаменте, представляющим сплав практического здравоохранения, медицинской науки и образования. Мы уверенно смотрим в завтрашний день и верим, что все стоящие перед медицинской отраслью задачи будут нами выполнены.

При этом, несмотря на сложные условия современного мира, нам необходимо продолжить исторический анализ жизни и деятельности Николая Александровича, используя при этом, прежде всего, сохранившиеся архивные материалы и опубликованные свидетельства очевидцев того времени, чтобы на объективных фактах представить современному поколению врачей события уходящего в историю сложного периода нашей страны и отдать долг учителю за вклад в развитие отечественного здравоохранения, медицинского образования и науки.



Сеченовский Университет
НАУК О ЖИЗНИ

БЛАГОДАРИМ ЗА ВНИМАНИЕ!