

8. Пациент должен быть мотивирован к участию в профилактике и лечении, он делает осознанный выбор, принимает на себя ответственность за свое здоровье только тогда когда ему объяснили (законодательно определили) все предполагаемые и реальные риски по отношению к своему здоровью, здоровью своих еще не рожденных детей и ответственности перед обществом в случае необдуманного эгоистического повеления, только в этом случае возможна его юридическая ответственность.

9. Общественное здоровье, как совокупность здоровья индивидумов, в будущем становится основой развития общества. Вместе с тем, современные реалии связанные с массовыми эпидемиями, инфекционными заболеваниями заставляют нас задуматься о частичном ограничении автономии пациента, в условиях новых угроз появившихся не только, как естественный эпидемиологический процесс, но и как риск негативного использования новых достижений медицины, требующих адекватного законодательного регулирования.



РАЗВИТИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ НОВЫХ ВЫЗОВОВ, СВЯЗАННЫХ С ПАНДЕМИЕЙ КОВИД-19

И.М. Акулин

д.м.н., профессор СПбГУ, заведующий кафедрой организации здравоохранения и медицинского права Санкт-Петербургского государственного университета, Россия, г. Санкт-Петербург,
e-mail: akulinim@yandex.ru, SPIN-код: 9115-1178

Т.И. Белоколодова, к.ю.н., доцент кафедры гражданского права и процесса юридического факультета Санкт-Петербургского филиала Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

Моб.т.8-921-996-93-64 akulinati@yandex.ru

***Аннотация.** Социальная сущность Государства РФ особенно ярко проявляется в условиях новых плохо изученных инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, как COVID-19. Государство является гарантом социальной защиты интересов граждан Российской Федерации в охране здоровья. Россия одной из первых в мире наладила эффективную работу с пандемией COVID-*

19. Эффективная работа Государства РФ при пандемии COVID-19 основана на мощной медицинской инфраструктуре, созданной на различных этапах развития отечественного здравоохранения. Кратко проанализированы этапы развития государственного принципа организации медицинской помощи населению России, основанных на профилактических принципах.

Ключевые слова: *Государство РФ. Ковид-19. Этапы развития здравоохранения России. Профилактические принципы. Медицинское страхование РФ. Ошибки и достижения.*

Охрана здоровья населения - важнейшая задача социального государства, предусмотренная Конституцией РФ. Для ее решения необходим комплекс мер различного характера: политических, экономических, правовых, социальных, медицинских, гигиенических, противоэпидемических, научных. Они направлены на сохранение и укрепление физического и психического здоровья граждан, предупреждение и лечение заболеваний. В условиях появления новых, плохо изученных инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, как COVID-19, ярко проявляется социальная сущность Государства РФ. Государственный характер гарантий в сфере здравоохранения определен в статье 41 Конституции РФ. В соответствии со статьей 41 Конституции Российской Федерации, каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь, на бесплатную медицинскую помощь в государственных, муниципальных медицинских организациях. Таким образом, Государство является гарантом социальной защиты интересов граждан Российской Федерации в охране здоровья. Не смотря на развитие рыночных отношений в системе здравоохранения РФ, равноправного положения государственного, частного и муниципального здравоохранения, основу социального государства составляют государственные учреждения, где собственником является РФ. Кроме того, основные расходы на бесплатное оказание медицинской помощи населению несет РФ. (Около 79% от общей суммы расходов на медицинскую помощь с учетом социального налога - 5,1% к фонду оплаты труда).

Российская Федерация, Государство является учредителем и собственником:

- 68% медицинской инфраструктуры (5724 из 8419 медицинских организаций разного уровня и иных организаций, лицензированных к медицинской деятельности).

- 96,7% организаций, лицензированных к образовательной деятельности в области медицины.

Государство устанавливает стандарты медицинской помощи и деятельности, образовательные стандарты и типовые образовательные программы, а также формирует профессиональные стандарты и критерии аккредитации медицинских работников. Все это способствовало тому, что России удалось наладить эффективную работу при пандемии COVID-19, имея мощную медицинскую инфраструктуру, созданную на различных этапах развития отечественного здравоохранения. Однако, Государство столкнулось с массированным сопротивлением общества профилактическим мероприятиям осуществляемым в соответствии с законодательством РФ, считая их чрезмерно жесткими. Почему принимались в штыки первоначальные ограничительные мероприятия? Оправданы ли в условиях опасной новой инфекции подобные меры, являются ли они логичными в соответствии не только с законодательством РФ, но накопленным Российским Государством многовековым опытом. Своевременно ли приняты меры Государства в связи с пандемией Ковид-19. Обратимся к фактам.

Эпидемиологическая характеристика

С декабря 2019 г. по март 2020 г. наиболее широкое распространение SARS-CoV-2 получил на территории КНР, в которой подтвержденные случаи заболевания были зарегистрированы во всех административных образованиях. Наибольшее количество заболевших выявлено в Юго-Восточной части КНР с эпицентром в провинции Хубэй (84% от общего числа случаев в КНР). С конца января 2020 г. во многих странах мира стали регистрироваться случаи COVID-19, преимущественно связанные с поездками в КНР. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 11 февраля 2020 г. определила официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом, – COVID-19 («Coronavirus disease 2019»). Международный комитет по таксономии вирусов 11 февраля 2020 г. присвоил официальное название возбудителю инфекции – SARS-CoV-2. В конце февраля 2020 г. резко осложнилась эпидемиологическая обстановка по COVID-19 в Южной Корее, Иране и Италии, что в последую-

цем привело к значительному росту числа случаев заболевания в других странах мира, связанных с поездками в эти страны. ВОЗ объявила только 11 марта 2020 г. о начале пандемии COVID-19. В это время Россия одной из первых в мире наладила эффективную работу с пандемией COVID-19. Уже в конце января появилось Постановление Правительства Российской Федерации от 31.01.2020 г. №66 «О внесении изменения в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих», в результате Ковид -19 внесен в раздел В 34.2 коронавирусная инфекция (2019-nCoV). Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (утв. Постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. N 715). Были в срочном порядке разработаны новые методические рекомендации для организаторов здравоохранения, Санитарно-противоэпидемический режим и профилактика COVID-19 (коронавируса): новые правила для организаторов здравоохранения, которые постоянно обновлялись. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 22 мая 2020 г. № 15 “Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3597-20 “Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)”. В этих правилах говорится:

- п. 1.2. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) (далее - COVID-19) является острым респираторным заболеванием, вызванным новым коронавирусом (SARS-CoV-2).

- Вирус SARS-CoV-2 в соответствии с санитарным законодательством Российской Федерации отнесен **ко II группе патогенности**.

Рекомендации, представленные в документе, в значительной степени базируются на материалах по диагностике, профилактике и лечению COVID-19, опубликованных специалистами ВОЗ, китайского, американского и европейского центров по контролю за заболеваемостью, анализе отечественных и зарубежных научных публикаций, нормативно-правовых документах Правительства Российской Федерации, Минздрава России и Роспотребнадзора. Огромный массив нормативных документов, которые позволяли управлять ситуацией, связанной с профилактическими и организационными мерами по недопущению распространения инфекции Ковид-19 и мерами по диагностике и лечению ее. Мероприятия по предупреждению завоза и распространения COVID-19 на территории Россий-

ской Федерации регламентированы распоряжениями Правительства Российской Федерации от 30.01.2020 № 140-р, от 31.01.2020 № 154-р, от 03.02.2020 № 194-р, от 18.02.2020 № 338-р, от 27.02.2020 № 447-р, от 27.02.2020 № 446-р, от 27.02.2020 № 448-р от 16.03.2020 № 635-р, от 06.03.2020 № 550-р, от 12.03.2020 № 597-р, от 14.03.2020 № 622-р, от 16 марта 2020 г. № 730-р, от 27 марта 2020 г. № 763-р и постановлениями Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24.01.2020 № 2, от 31.01.2020 № 3, от 02.03.2020 № 5, от 13.03.2020 № 6, от 18.03.2020 № 7, от 30.03.2020 № 9, от 03.04.2020 № 10, от 13.04.2020 № 11, от 22.05.2020 № 15, от 07.07.2020 г. № 18, от 13.07.2020 № 20, от 15.07.2020 № 21, от 18.09.2020 № 27, и другими.

Это позволило сдерживать распространение Кофит-19 в РФ и приступить к разработке вакцины. В это время в мире Ковид-19 распространялся быстрыми темпами и вызвал растерянность многих стран в том числе и ВОЗ. Среди всех регионов мира первое место по числу выявленных случаев заболевания и летальных исходов до сих пор занимает Американский регион. При этом наибольшее число случаев инфицирования в настоящее время зарегистрировано в США и Бразилии (более 40% от общего числа в мире). Почти все страны мира серьезно пострадали от пандемии COVID-19, однако эпидемическая ситуация в разных странах крайне неоднородная. Высокий уровень заболеваемости и летальности отмечается в тех странах, где изоляция и ограничительные мероприятия были введены с запозданием или в неполном объеме (Италия, Испания, США, Великобритания). Напротив, в странах, в которых противоэпидемические мероприятия были введены своевременно и в полном объеме (Сингапур, Южная Корея, Тайвань, Япония), наблюдается низкий уровень заболеваемости и летальности от COVID-19¹. **Быстрая реакция Государства на эпидемиологическую ситуацию связанную с Ковид-19 позволила осуществить и хорошо продуманная нормативная база РФ. Так в Федеральном**

¹ *Virology, Epidemiology, Pathogenesis, and Control of COVID-19 Yuefei Jin, Haiyan Yang, Wangquan Ji, Weidong Wu, Shuaiyin Chen, Weiguo Zhang, Guangcai Duan Viruses. 2020 Apr; 12(4): 372. Published online 2020 Mar 27. doi: 10.3390/v12040372*

законе “О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения” от 30.03.1999 N 52-ФЗ в СТ 1. Прямо сказано, что **санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия** – это организационные, административные, инженерно-технические, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию; **ограничительные мероприятия (карантин)** - административные, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, **направленные на предотвращение распространения инфекционных заболеваний и предусматривающие особый режим хозяйственной и иной деятельности, ограничение передвижения населения, транспортных средств, грузов, товаров и животных.**

В статье 5. **Данного Закона - Полномочия Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, указано на то что Государство должно обеспечить санитарную охрану территории Российской Федерации, оно имеет право на: введение и отмена на территории Российской Федерации ограничительных мероприятий (карантина); своевременное и полное информирование** органов государственной власти, органов местного самоуправления, юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и граждан о санитарно-эпидемиологической обстановке, о проводимых и (или) планируемых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятиях, в том числе об ограничительных, о возникновении или об угрозе возникновения инфекционных заболеваний и о массовых неинфекционных заболеваниях (отравлениях).

Часто приходится слышать о том, что граждане не имеют обязанностей по соблюдению мер по охране своего и общественного здоровья, однако **в статье 10 Закона говорится, что граждане обязаны:** выполнять требования санитарного законодательства, а также постановлений, предписаний осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор должностных лиц; заботиться о здоровье, гигиеническом воспитании и об обучении своих детей; **не осуществлять действия, влекущие за собой**

нарушение прав других граждан на охрану здоровья и благоприятную среду обитания. Кроме того, в статье **33. Меры в отношении больных инфекционными заболеваниями** прямо указано, что **государственные органы, учреждения и организации обязаны осуществить действенные противоэпидемические мероприятия в интересах граждан РФ:**

1. Больные инфекционными заболеваниями, лица с подозрением на такие заболевания и контактировавшие с больными инфекционными заболеваниями лица, а также лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных болезней, подлежат лабораторному обследованию и медицинскому наблюдению или лечению и в случае, если они представляют опасность для окружающих, обязательной госпитализации или изоляции в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

2. Лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных заболеваний, если они могут явиться источниками распространения инфекционных заболеваний в связи с особенностями производства, в котором они заняты, или выполняемой ими работой, при их согласии временно переводятся на другую работу, не связанную с риском распространения инфекционных заболеваний. При невозможности перевода на основании постановлений главных государственных санитарных врачей и их заместителей они временно отстраняются от работы с выплатой пособий по социальному страхованию.

3. Все случаи инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) подлежат регистрации медицинскими организациями по месту выявления таких заболеваний (отравлений), государственному учету и ведению отчетности по ним органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

То есть, в случае наличия опасной инфекции, входящей в вышеуказанный утвержденный Правительством список обязаны подчиниться этим мероприятиям. **Кроме того, в Федеральном законе “Об иммунопрофилактике инфекционных болезней” от 17.09.1998 N 157-ФЗ в статье 10. «Профилактические прививки по эпидемическим показаниям»,** есть прямое указание на обязанности Государства организовать вакцинацию граждан РФ несмотря на то, что действительно вакцинация в соответствии с

законодательством в РФ является мерой добровольной. Статья 10. Профилактические прививки по эпидемическим показаниям проводятся гражданам при угрозе возникновения инфекционных болезней, перечень которых устанавливает федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения. Однако, есть профессии, такие как медицинские и педагогические работники, которые в силу своего профессионального статуса подвергаются и подвергают пациентов или обучающихся риску заражения особо опасной инфекцией и в соответствии с постановлением Правительства могут быть отстранены от выполнения своих профессиональных обязанностей, вакцинации.²

Почему Россия проявила себя как эффективное Государство в условиях пандемии COVID-19. Что явилось основой понимания сущности профилактических и противоэпидемических мероприятий. Обратимся к историческому опыту России, на основе которого удалось принимать верные решения.

Российская система здравоохранения прошла долгий путь становления от частной системы здравоохранения – народной медицины средневекового периода (возмездной, с участием иностранных врачей), до хорошо развитой системы здравоохранения советского периода, основанной на профилактических принципах (конец 70-х годов 20 века).

Существенные изменения система здравоохранения претерпела в связи с переходом в 90-х годах от бюджетного здравоохранения к системе медицинского страхования, внедрению рыночных отношений и развитию медицинских услуг, не характерных для традиций отечественной медицины. Данная реформа здравоохранения на долгие годы отдала здравоохранение России от профилактических принципов. Остановимся очень кратко на этапах развития профи-

² *Постановление Правительства РФ от 15 июля 1999 г. N 825 “Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок” (с изменениями и дополнениями).*

лактических принципов в России, более подробно смотрите нашу статью.³

Этапы развития государственного принципа организации медицинской помощи населению России.

I этап. 18- 19 ВЕК. Пандемия Оспы. Вакцинация населения от оспы, как пусковой механизм объединения медицинской службы российским Государством. Победа над эпидемией оспы, благодаря решительным действиям Екатерины II. По числу привитых Россия не только сравнялась с европейскими странами, но и опередила их. С 1804 по 1810 г. в 52 губерниях в России вакцинация была проведена 937 080 детям. В память привития оспы Екатерине II было отчеканено 12 медалей по Сенатскому указу от 14 мая 1772 г.

II этап. Реформы Александра II. Земская медицина на службе государства – этап ПМСП, создавший предпосылки для всеобщего охвата медицинской помощью сельского населения и в последующем городских жителей. Постепенный переход на государственную службу земских и думских врачей (были частными). Частная медицина на службе у государства. Успех, признанный мировым сообществом в системе ПМСП. Земские врачи способствовали развитию гуманных принципов отечественной медицины, жертвенности, самоотверженности российских врачей посвящены классические литературные произведения. Философ И. Ильин писал: «Лечение, целение есть совместное дело врача и самого пациента. В каждом индивидуальном случае должно быть создано некое врачебно-целebное «мы»: он и я, я и он; мы вместе и сообща должны вести его лечение. А создать это возможно только при взаимной симпатии». (Иван Ильин. Путь к очевидности. Новелла 12. «О призвании врача».)

III этап. 1917 год. Государственная система Семашко Н.А.

Становление и развитие профилактического принципа государ-

³Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Сопрун Л.А. Исторический анализ развития правового регулирования профилактического принципа в организации охраны здоровья населения России. В сборнике: Медицина и право в XXI веке. материалы XII ежегодной научно-практической конференции с международным участием: круглый стол “Правовые и криминологические проблемы профилактической медицины”. 2020. С. 74-112.

ственного здравоохранения России, основанного на массовом диспансерном методе и борьбе с инфекционными заболеваниями, здоровом образе жизни, как системы обеспечения безопасности Государства. Отказ от частной медицины. Улучшение демографической ситуации. Признание успехов России ВОЗ в 1978 году. У истоков развития профилактического принципа стоял выдающийся соотечественник: Николай Александрович Семашко (20.09.1874 – 18.05.1949) – организатор здравоохранения, создатель системы здравоохранения Советского Союза и теоретик наркома здравоохранения Российской Социалистической Республик. Его преподавателями были на медицинском факультете Московского университета И. М. Сеченов, гигиенист Ф. Ф. Эрисман, хирург Н. В. Склифосовский. С 11 июля 1918 года по 25 января 1930 года – народный комиссар здравоохранения РСФСР, Семашко Н.А. создал уникальную систему здравоохранения, ставшей примером для всего мира.

IV. Всеобщая диспансеризация населения СССР. 1978-80 гг.

Неудавшийся опыт оздоровления нации путем экстенсивного принципа развития. Кризис здравоохранения. Неправильные приоритеты. Невозможность анализа и исправления ситуации в связи с перестройкой. Перестройка 90-х годов вызвала необходимость спасения отечественного здравоохранения. Нависла угроза развала здравоохранения. Начался поиск путей адекватного финансирования из-за отсутствия бюджетных средств. Выход был найден в страховой медицине после изучения опыта зарубежных стран, работающих в капиталистических условиях, на рыночных принципах (медицинская услуга). Государство опять приняло меры по спасению здравоохранения прежде всего исходя из бедственного положения населения страны, защиты социально незащищенных слоев. Государство обеспечило всеобщность и бесплатность медицинской помощи за счет социального налога на ОМС (от 3,6% до 5,1% к ФОТ). Для ускорения внедрения принципов медицинского страхования были привлечены частные страховые медицинские организации. На первом этапе их роль была чрезвычайно полезной и важной, в настоящее время роль страховых компаний не ясна. Вывод – **население России не может выжить без поддержки Государства.**

V. Этап перехода РФ от бюджетного здравоохранения к рыночной модели медицинского страхования.

Мы разделили его на 3 периода:

1. 1991 – 1993 гг. Подготовка к внедрению Закона «О медицинском страховании в РФ», от 28.06.91.

2. 1993 – 2011 гг. Развитие медицинского страхования, накопление опыта реализации рыночных отношений в здравоохранении. Новый Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ.

3. 2011-2020 гг. Совершенствование медицинского страхования. Исправление ошибок предыдущих этапов перехода здравоохранения РФ к медицинскому страхованию. Анализ эффективности и роли страховых организаций и частной системы здравоохранения.

Это очень важный этап отечественного здравоохранения, так как никогда мы не сталкивались с рыночными отношениями в здравоохранении в таких масштабах. Что положительного дала система ОМС за прошедший период с 1991 года:

1. Спасла отечественное здравоохранение от развала, путем введения социального налога на ОМС (начиная с 3,6% доведя его до 5,1%).

2. Создала устойчивую модель социального страхования в системе здравоохранения РФ (ФФОМС и филиалов ТФОМС). Это надо сохранить и государственной системе здравоохранения (без коммерческих страховых организаций).

3. Сохранила медицинскую инфраструктуру здравоохранения РФ.

4. Позволила стандартизировать медицинскую деятельность. Введены понятия Аккредитации, Порядков медицинской помощи, Клинических рекомендаций, Стандартов, Протоколов, условий лицензирования и др.

5. Научила ЛПУ выживать в экстремальных условиях.

6. Развила систему менеджмента качества медицинской помощи. Разработала стандарты ее оценки с помощью страховой экспертной системы.

7. Удалось частично развить конкуренцию среди участников Программы государственных гарантий (в основном стационарной системы).

8. Позволила создать развитую (альтернативную) систему частного здравоохранения.

9. Создала новую систему защиты прав пациентов в системе ТФОМС, в том числе и с помощью юридических служб, медицинских юристов.

10. Предложила возможность участия частной системы здравоохранения в обеспечении Программы государственных гарантий медицинской помощи населению РФ.

11. Создала возможность выбора медицинских организаций пациенту.

Что потеряно (недостатки):

1. Ухудшилась профилактическая работа среди населения. Подорвано доверие к вакцинации, профосмотрам, негативная антипрививочная кампания в прессе, что привело к росту инфекционных заболеваний и запущенным формам некоторых заболеваний (онкология, туберкулез, венерические заболевания, и др.)

2. Рыночный характер медицинской помощи, связанный с медицинским страхованием, привел к частичной дегуманизации здравоохранения, все чаще к несоблюдению этического-деонтологических принципов. Это было связано с вынужденным требованием администрации выполнения плана (вала) медицинских услуг.

3. Не привело к улучшению финансирование здравоохранения в целом.

4. Привело к излишним медицинским услугам (по некоторым данным до 30% лишних ненужных пациентам услуг).

5. Ухудшил систему ПМСП в связи с невозможностью приспособиться к рыночным механизмам, в силу специфики. Данный сектор, в первую очередь, должен быть освобожден от рыночных условий в системе ОМС, особенно это важно в сельском здравоохранении, разрыв в доступности городского и сельского населения составляет 1,5 раза.

6. Пропаганда здорового образа жизни (ЗОЖ) не на должном уровне, отсутствие национальной стратегии в сохранении общественного здоровья, что сказалось на медленном улучшении медико-демографических показателей в здравоохранении РФ.

7. Совмещение платности и бесплатности для населения в государственных ЛПУ (ОМС) оказалось неприемлемым и привело к распылению средств, не ликвидировало «теневой рынок» в системе здравоохранения РФ.

8. Не улучшило положение медицинских работников, не способствовало повышению заработной платы. Меры, которые принимает Государство для поддержки кадрового потенциала связаны с бюджетными дотациями.

9. Страховые организации не стали реальными защитниками пациентов в случае причинения вреда пациентам и некачественного лечения.

10. Рост врачебных ошибок. Развитие рынка медицинских юристов и создание противоборствующей системы врач – пациент и заинтересованной в этом юридической прослойки.

Как известно при изучении материалов ВОЗ⁴, экономические модели систем охраны здоровья разных стран могут быть обозначены в зависимости от того, какую роль и функции выполняет Государство в этих процессах. Это: платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования; государственная медицина с бюджетной системой финансирования; система здравоохранения, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования.

Однако, все они имеют недостатки, по данным ВОЗ⁵ - 10 «Фактов о финансировании здравоохранения» (ВОЗ). Обычно от 20% до 40% средств на здравоохранение растрачивается впустую. Переплата является одной из форм растрачивания средств. Цены на лекарства превы-

⁴ Резолюция WHA58.33. Устойчивое финансирование здравоохранения, всеобщий охват и медико-социальное страхование. В кн.: Fifty-eighth World Health Assembly, Женева, 16–25 Мая, 2005. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2005 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-en.pdf, accessed 23 June 2010).

⁵ Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, Working Group 1. WHO background paper: constraints to scaling up and costs. International Health Partnership, 2009 (<http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/Taskforce/Johansbourg/Working%20Group%201%20Report%20Final.pdf>, accessed 23 June 2010).

шают международные средние цены во много раз. Лучшее использование лекарств позволит странам сэкономить до 5% их расходов. От половины до двух третей всех государственных расходов на здравоохранение используется на больничную помощь. Ежегодные глобальные убытки, связанные с неэффективностью больничной помощи, исчисляются почти в 300 миллиардов долларов США. Благодаря более эффективному расходованию финансовых средств продуктивность больниц можно повысить на 15% без каких-либо дополнительных расходов. Анализируя эти факты, приходишь к выводу, что только Государство способно взять на себя социальную функцию регулятора расходов в здравоохранении. Если обратиться к здравоохранению Евросоюза, то необходимо отметить, что в странах Евросоюза активно развивается не рыночная система организация медицинской помощи (Скандинавские страны, Испания, Италия, Португалия, многие страны бывшего СССР). В странах Евросоюза в настоящее время внедряется новая парадигма медицинской помощи; медицинского и фармацевтического образования на основе концепции «От лечения заболеваний к их предотвращению и поддержанию здоровья». Развивается система ПМСП, общественного здравоохранения на основе концепции ЗОЖ, здоровье сберегающего поведения. Профилактические принципы российского здравоохранения применены во многих странах Евросоюза⁶. Однако, эти достижения в наше время не столь велики если обратиться к рейтингу под названием Bloomberg Global Health Index основан на данных Всемирной организации здравоохранения, отдела народонаселения ООН и Всемирного банка. Он охватывает 169 стран.⁷ Индекс оценивает страны на основе таких факторов, как продолжительность жизни, употребление табака и ожирение. Он также учитывает экологические факторы, включая доступ к чистой воде и соблюдению санитарных норм. На первой строчке оказалась Испания, вторая Италия. В десятку лучших стран вошли Исландия, Швеция, Швейцария и

¹ Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Пресняков Р.А., Медяник М.И., Гурьянова Н.Е. *Итоги первого рабочего совещания представителей стран-участников Содружества Независимых Государств по подготовке модельного закона по общественному здравоохранению. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики.* 2019. № 4. С. 94-102.

² <https://worldhealth.net/news/bloombergs-global-health-index-2020/>

Норвегия. А Япония стала самой здоровой азиатской страной и даже затмила Сингапур. В десятку лучших также попали Австралия и Израиль. В этих странах высокий уровень доступности медицинской помощи и профилактических медуслуг, которые могут получить граждане с первых лет жизни (обученные медсестры, неотложная медпомощь для детей и т.д.), отмечают составители рейтинга. Добавим, что в большинстве стран не рыночный характер отношений в здравоохранении.

Улучшение показателей эффективности системы здравоохранения РФ возможно на основе профилактического принципа функционирования и перехода на развитие основанного Н.А. Семашко. В настоящее время система здравоохранения РФ находится в стадии реформирования. Реформы часто преследуют две переплетающиеся между собой цели: достижение здоровья и экономической выгоды, что обычно является основной задачей реформ. Однако, экономическая выгода в условиях массовых заболеваний или пандемий невозможна! Главной целью социального Государства является сохранение нации в условиях глобальной угрозы пандемии, которая напрямую связана с безопасностью и суверенитетом государства. Государство является гарантом охраны здоровья населения РФ.

Исторический опыт доказывает, что в условиях глобальных угроз Российское Государство – функционирует эффективно. Интересы индивидуума и общества в лице Государства часто не совпадают. Пандемия Ковида-19 (SARS-CoV-2), ярко проявило социальную сущность Государства и перед угрозой национальной безопасности, связанной с общественным здоровьем, заставило применить меры непопулярные у населения.

Государство способно консолидировать общества на борьбе с новыми вызовами и найти для этого адекватные средства. Рынок медицинских услуг в этом случае отступает на задний план. История развития системы здравоохранения России доказывает данный вывод. Возврат к истокам отечественного здравоохранения, дальнейшего развития принципов Н.А.Семашко, позволит превратить здравоохранение России в предмет национальной гордости, фактор не социального конфликта, а фактор консолидации общества.

