

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Магистерская программа

«Международные гуманитарные связи»

КЛИМОВ Антон Сергеевич

Основные направления международного сотрудничества в области
общественного здравоохранения в контексте глобализации и устойчивого
развития в 21 веке на примере ВОЗ.

Main trends in international cooperation in Public Health in context of
globalization and sustainable development in XXI century by example WHO

Д и с с е р т а ц и я
на соискание степени магистра
по направлению 41.04.05 «Международные отношения»

Научный руководитель –
кандидат исторических наук,
Доцент А.А. Алимов

Студент:
Научный руководитель:
Работа представлена на кафедру
«___» _____ 2018 г.
Заведующий кафедрой:

Санкт-Петербург
2018

Содержание

Введение	3
1 Возникновение и развитие международно-правовых форм сотрудничества государств в области здравоохранения.....	8
1.1 Роль государства в современном здравоохранении	8
1.2 Анализ нормативных правовых документов, являющихся правовой основой модернизации отечественного здравоохранения.....	14
2 Структура и формы деятельности Всемирной организации здравоохранения	26
2.1 Роль Всемирной организации здравоохранения в настоящее время.....	26
2.2 Основные этапы развития сотрудничества РФ с ВОЗ.....	40
2.3 Роль и место России в глобальном здравоохранении	44
3 Определение стратегических направлений сотрудничества РФ и ВОЗ в контексте глобализации и устойчивого развития в 21 веке.....	52
3.1 Основные характеристики процесса глобализации и устойчивого развития и их влияние на современные тренды международного сотрудничества.....	52
3.2 Приоритеты развития здравоохранения в условиях глобализации и устойчивого развития	67
Заключение	73
Список использованных источников	77
Приложение 1 - Структура мирового рынка медицинских услуг	87
Приложение 2 – Рейтинг стран мира в 2016 году	88

Введение

Актуальность исследования. Исторически сложилось так, что общественное здравоохранение эволюционировало от взаимосвязи между экологическими условиями, социально-экономическими условиями и здоровым образом жизни.

Международное сотрудничество в медицине очень важно, потому что есть медицинские проблемы, которые отдельные страны не могут решить самостоятельно. Например, эти страны не могут контролировать такие инфекционные заболевания, как гепатит, грипп или СПИД, или разрабатывать методы искоренения некоторых неинфекционных заболеваний, которые сегодня считаются убийцами номер один. Это сердечно-сосудистые заболевания, онкологические заболевания, хронические респираторные заболевания, диабет и так далее.

Вызовы, с которыми в настоящее время столкнулись многие европейские страны составляют четыре основные медицинские проблемы:

- рост и потенциально неустойчивость расходов на здравоохранение, в основном за счет увеличения распространенности хронических заболеваний, старения населения, что требует более диверсифицированного ухода и увеличения социальных потребностей;
- влияние на здоровье внешних факторов окружающей среды, включая изменение климата;
- риск потерять способность к защите населения от угроз инфекционных заболеваний;
- неравенство в отношении здоровья и доступа к медицинским услугам и помощи¹.

¹ Important notice on the Horizon 2020 Work Programme This Work Programme covers 2018, 2019 and 2020. The parts that relate to 2019 and 2020 are provided at this stage on an indicative basis. Such Work Programme parts will be decided during 2018 and/or 2019 // European Commission Decision C(2017)7124 of 27 October 2017

Из-за этого состояние здоровья и развитие общества обусловлены особенностями экономики, социальной структуры и условиями окружающей среды в определенный момент его истории.

Для координации всех этих вопросов в 1948 году была создана Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Сейчас около 180 стран-членов ВОЗ. Штаб-квартира находится в Женеве (Швейцария) и Европейского Бюро ВОЗ в Копенгагене (Дания).

Эта международная организация преследует ряд целей:

- оказание правительствам помощи в укреплении служб здравоохранения;
- предоставление информации в области здравоохранения;
- содействие научным исследованиям в области медицины;
- стимулирование искоренения эпидемических, эндемических и других заболеваний;
- содействие улучшению питания, жилья, санитарии, условий труда и других аспектов гигиены окружающей среды;
- разработка международных стандартов на биологическую и фармацевтическую продукцию.

Одной из основных услуг, осуществляемых ВОЗ, является служба предупреждения об эпидемиях. Такие эпидемические заболевания, как холера и желтая лихорадка, по-прежнему представляют большую опасность в наше время. ВОЗ информирует национальные службы здравоохранения о вспышках вирусных заболеваний (например, ОРВИ - внезапный острый респираторный синдром или птичий грипп), с тем чтобы страны могли принять меры по предотвращению распространения этих часто смертельно опасных вирусов.

Ответственность за здоровье людей в мире выходит за рамки конкретных мер по борьбе с болезнями. Она варьируется от охраны здоровья матери и ребенка и профилактики травматизма до улучшения финансирования медицинских услуг и предоставления основных

лекарственных средств. Благодаря достижениям ВОЗ улучшилось состояние здоровья и продолжительность жизни населения мира.

Международное сотрудничество поощряется в рамках всей программы работы в соответствии со стратегией международного сотрудничества ЕС в области исследований и инноваций.

Существует тесная связь между этими факторами, каждый из которых становится отражением другого, и, следовательно, общество, его окружающая среда и его экономика отражают его состояние здоровья и наоборот. Несомненно, состояние здоровья данного сообщества отражает состояние развития страны, к которой оно относится, и в этих аспектах вклад медсестер-профессионалов важен для решения конкретных действий по социальной трансформации.

Подобно тому, что дополняет и развивает социальные структуры в этом глобализованном мире, системы здравоохранения, а также соответствующим образом в развивающихся странах, в которых в настоящее время существуют параллельные системы частного здравоохранения, ориентированы на отдельные социальные группы в соответствии с преобладающим населением в каждой стране и в зависимости от уровня их развития. В равной степени такой подход к здравоохранению определяет приближение сестринского ухода как к населению каждой из стран, так и даже региона внутри них. В большинстве стран Министерство здравоохранения является организацией, отвечающей за обеспечение здоровья населения на основе социально-экономических, демографических и экологических показателей.

Степень научной разработанности темы. В научной литературе пока нет исследований комплексного характера, проведенных на базе и международного права, и национального законодательства Российской Федерации, посвященных такой конкретной и социально значимой области государственной жизни, как здравоохранение.

Вопросы развития международного сотрудничества в медицине и здравоохранении широко обсуждались в работах Д.Д. Венедиктова (1979), М.Н. Савельева (1990), Ф.Е. Варганяна (1999), Н.Н. Фетисова (2002, 2005), Е.И. Каркищенко (2004), А.В. Плешакова, Д. Симпсона (2006), И.М. Шеймана (2006), и др.

Предпринимавшиеся исследования были сосредоточены либо на отдельных вопросах международного сотрудничества, либо на проблемах российской системы медицинского обслуживания. Глубоких исследований и научного обоснования приоритетов международного сотрудничества в области здравоохранения и роли ВОЗ в последние 15 лет не проводилось.

Цель диссертационного исследования – анализ международного сотрудничества в области общественного здравоохранения, и разработка основных направлений в контексте глобализации и устойчивого развития в 21 веке.

Для достижения намеченной цели были поставлены и решены следующие задачи:

- провести анализ научных публикаций и нормативно – правовых документов, посвященных модернизации отечественного здравоохранения;
- определить роль государства в развитии системы здравоохранения;
- оценить состояние международного сотрудничества в сфере здравоохранения между РФ и ВОЗ;
- определить стратегические направления сотрудничества РФ и ВОЗ.

Объектом диссертационного исследования являются направлений развития международного сотрудничества в области здравоохранения Российской Федерации и Всемирной организации здравоохранения.

Предметом диссертационного исследования являются существующие международно-правовые основы и механизмы международного сотрудничества в области общественного здравоохранения.

Методологическая основа диссертационного исследования. Теоретической и методологической основой диссертации послужили труды и

научные статьи отечественных и зарубежных авторов в области международного сотрудничества в медицине и здравоохранении, информация, опубликованная в периодической печати и глобальной информационной сети.

Информационно-эмпирической базой исследования послужили законодательные акты Российской Федерации и ее субъектов, прогнозно-аналитические материалы статистических сборников органов государственной статистики Российской Федерации, прогнозно-аналитические материалы российского и европейского Центров государственно-частного партнерства, аналитическая информация зарубежной и российской деловой прессы, включая специальные периодические издания по исследуемым проблемам, материалы научно-практических конференций, семинаров, интернет-ресурсы.

Структура и объем диссертации. Цель и задачи исследования определяют структуру диссертационной работы, которая состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы, включающего 79 источников, и 2 приложений. Основное содержание работы изложено на 89 страницах машинописного текста, содержит 2 таблицы и 1 рисунок.

1 Возникновение и развитие международно-правовых форм сотрудничества государств в области здравоохранения

1.1 Роль государства в современном здравоохранении

Наибольшую долю средств на здравоохранение выделяют в США (18% ВВП), а в экономически развитых странах эти расходы составляют от 6 до 12% ВВП. При этом финансирование здравоохранения имеет несколько государственных источников (страховые взносы, бюджетные средства), частные источники (средства домохозяйств и добровольное коллективное страхование у работодателей)².

Существует развернутый вариант классификации организационно-экономических моделей национально здравоохранения за рубежом, основанный на классификации национальных моделей здравоохранения по источникам финансирования, представленный в таблице 1.1.

Таблица 1.1

Классификация национальных моделей здравоохранения по источникам финансирования

Наименование модели здравоохранения	Государства	Источник финансирования
«Северно- европейская модель»	Ирландия, Дания, Нидерланды, Великобритания	Финансируется посредством перераспределения общих налоговых сборов
«Центрально-континентальная модель»	Австрия, Бельгия, Германия, Люксембург, Франция	На 3/4 все доходы здравоохранения аккумулируются во внебюджетных фондах (кассах) за счет отчислений от заработной платы работающих граждан
«Южная модель»	Греция, Италия, Испания, Португалия	Финансируется за счет взносов из фондов занятости
«Скандинавская модель»	Швеция, Финляндия и Дания	Финансируется из средств подоходного налога
«Частно- государственная модель»	США	Финансируется в значительной части за счет частных и страховых средств
«Преимущественно страховая модель»	Страны Восточной Европы, некоторые страны СНГ, Россия	Финансируется по бюджетным распределительным механизмам с элементами страхового тарифа оплаты

² Мир в цифрах – 2015. Карманный справочник. Пер. с англ. Д. Журавлева, Н.Кононовой, О. Лазуткиной. М.: ЗАО «Олимп – бизнес», 2015. - 272 с.

Близость современной национальной модели здравоохранения России к странам с переходной экономикой уходит на второй план, в перспективе ведомственные программы по оплате государственных гарантий на бесплатную медицинскую помощь станут ближе странам с «континентальной моделью». В этих странах институты здравоохранения работают по единым системам классификации клинически - связанных групп заболеваний (КСГ), которые, в свою очередь, соизмеримы по расходам.

В «континентальной модели» установлены единые схемы формирования стандартов лечения. Все собираемые данные о предоставлении государственно-страховых услуг персонифицированы по типу «лицевого счета, застрахованного». Статистика страхования связана со всеми основными статистическими системами государства, которые относятся к экономической статистике страны (например, сводятся в единую базу функций правительства, Classification of the functions of the government - COFOG)³.

Единство и прозрачность отчетности о расходах в системах медицинского страхования за рубежом невозможна без выстроенной системы единого статистического учета, унификации подходов к формированию государственных услуг и единства отчетной документации для всех участников системы здравоохранения в стране. Опыт агрегированного управления государственными услугами и затратами в системах медицинского страхования зарубежных стран позволяет им опираться на основные результаты работы всей мировой глобальной сети учета услуг здравоохранения.

Все Национальные Счета Здравоохранения (НСЗ) объединяют методологические вопросы оценки эффективности финансирования здравоохранения с вопросами учета и управления расходами.

³ Merson, M.H. International public health: diseases, programs, systems, and policies. M.H. Merson, R.E. Black, A. Mills. – P.320.

НСЗ систематизируют все подходы к классификации расходов в зарубежной практике их учета, а также дают представление о построении систем управления расходами, связанными с налоговыми поступлениями и социальным медицинским страхованием по основным распорядителям и получателям средств, и текущими расходами в зависимости от единицы измерения объемов медицинской помощи. Эти счета являются существенной частью оценки эффективности системы здравоохранения и выявления возможностей для ее улучшения.

В долгосрочном плане все страны по данным алгоритмам могут институционально организовать процесс составления агрегированных данных по совокупным расходам и создавать динамические ряды стандартных таблиц. Что позволит провести более точную оценку прогресса на пути достижения национальных целей в здравоохранении⁴.

В последние десятилетия в зарубежной практике основными исследовательскими темами в вопросах управления расходами становятся:

- связь достигаемых положительных показателей здоровья с размерами средств, выделяемых на здравоохранение;
- колебания расходов между странами и внутри одной страны, их зависимость от проведения структурных преобразований видов и объемов оказываемых услуг;
- роль страховых, государственных и частных моделей в обеспечении результативности работы сферы здравоохранения;
- выбор методов аккумуляции финансовых средств и способов оплаты услуг здравоохранения;
- методы учета расходов для целей калькуляции;
- единые способы медико-экономического агрегирования услуг для целей их планирования и оплаты (КСГ, подушевое финансирование)⁵.

⁴ Арустамян, Г.Н. и др. Основы экономики здоровья населения России. Монография. М.: Креативная экономика, 2015. - 464 с. Электронный ресурс: http://e.lanbook.com/books/element.php?pl1_id=64831

⁵ Решетников, А.В. и др. Экономика здравоохранения. Учебник под общ. ред. А.В. Решетникова, 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медицина, 2015. - 192 с.

Очевидно, что вся совокупность перечисленных вопросов актуальна для нынешнего этапа реформирования экономических отношений в отечественном здравоохранении. Как показал предыдущий анализ организационных и финансовых моделей медицинского страхования, в зарубежных странах действуют разные системы здравоохранения, для сравнительного анализа и обобщения опыта которых необходима единая стандартная схема описания и охвата всех финансовых потоков в системах здравоохранения.

Основное правило государственного здравоохранения, таким образом, можно сформулировать как равенство доходов и расходов. Здравоохранение, основанное на государственном финансовом обеспечении, должно быть бездефицитным, и все субсидии, идущие на возмещение ресурсов, потраченных на лечение, следует покрывать налоговыми и неналоговыми доходами бюджета.

Все расходы системы здравоохранения ориентированы на составление плановых заданий по услугам, которое определяется умножением государственных нормативных цен (тарифов) на количество товаров, работ и услуг, предоставляемых для нужд и гарантий населению.

Общим принципом, формирующим экономические отношения внутри институтов в сфере зарубежного и отечественного здравоохранения, является агрегирование расходов и централизация финансовых средств. Как правило, это происходит в системах социального (медицинского) страхования.

С экономической точки зрения, в процессе оказания медицинской помощи потребляются ресурсы, а деньги направляются на возмещение расходов их поставщиков, а также производителей услуг здравоохранения⁶. Участники ВОЗ с 2005 года приняли обязательства сглаживать финансовые

⁶ Фучежи, А.П., Пирогов, М.В. Теоретические и практические аспекты совершенствования планирования и финансирования здравоохранения с использованием групп однородных заболеваний. Монография. Приложение к журналу «Главврач», N 9. М.:, 2014. - 86 с.

затруднения, чтобы у граждан был доступ к бесплатным медицинским услугам⁷.

Эта цель была определена как всеобщий охват населения услугами здравоохранения, а государственные институты должны были контролировать справедливое их распределение⁸.

С учетом международного и отечественного опыта формирования государственных гарантий бесплатного для граждан получения медицинских услуг, организационными основами финансирования комплексов публичных услуг государства в системе обязательного медицинского страхования, является:

– унифицированная по набору услуг медицинская технология (стандарт, КСГ, DRG) в соответствии с диагнозом (группой однородных диагнозов) по международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ 10). Названная рядом авторов как «клинико-технологическая часть» услуги, она имеет непосредственное отношение к медицине и определяет оптимальное количество медицинских услуг, исследований, консультаций, схем и методов лечения⁹;

– унифицированная экономическая составляющая. Эта часть в отечественном здравоохранении ранее обычно сводилась к определению калькулируемых расходов при предоставлении медицинской технологии.

A. Donabedian в 1976 году дал классификацию методов анализа результативности и качества медицинских услуг, позволяющую давать объективную оценку структуре, результатам, процедурам медицинского обслуживания¹⁰.

⁷ Резолюция WHA58.33 Всемирной организации здравоохранения. Устойчивое финансирование здравоохранения, всеобщий охват и медико-социальное страхование. Женева, 16–25 мая 2005. Электронный ресурс: http://apps.who.int/gob/Elwha/puff_files/WHA58/WHA58_33-en.pdf.

⁸ Отдел публикаций ВОЗ. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью, 2010. Электронный ресурс: <http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/Taskforce/Johansbourg/Working>.

⁹ Берснев, В.П., Поляков, И.В., Могучая, О.В. Аккредитация и современные подходы к оценке качества нейрохирургической помощи. Санкт-Петербург, 2016. - 89 с

¹⁰ Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, V.44, 1976. - pp. 166-206.

Согласно этой системной классификации можно выделить следующие типы стандартов:

- структурные стандарты, определяющие ресурсы (материально-технические и кадровые);
- процессные стандарты (лечебные и диагностические технологии);
- стандарты качества лечения¹¹.

Самыми популярными стандартами для оценки медико-экономической эффективности в международной практике здравоохранения признана система диагностически-родственных (связанных) групп, DRG. Эта система появилась в США, когда возникла проблема оплаты медицинской помощи по программе для пожилых людей и программе для малоимущих. Появилась необходимость систематизации и классификации пациентов по группам, одинаковым по характеру патологического процесса, уровню потребления больничных ресурсов и стоимости лечения, что привело к созданию основ однородности DRG.

Основной принцип DRG заключался в приведении всех расходов к срокам лечения основного (направительного диагноза), который мог включать (или не включать) лечение сопутствующих заболеваний или осложнений. При этом в группировках медицинских стандартов лечения учитывался возраст и пол пациентов, влияющие на наборы предоставляемых медицинских вмешательств, а также возможность (необходимость) проведения хирургических операций. Последнее обстоятельство способствовало тому, что все группы заболеваний разделены на терапевтический и хирургический профили¹².

В моделях ряда зарубежных стран для сравнительного анализа деятельности больниц на отраслевом и территориальном уровнях используются подобные группировки диагнозов. С этой точки зрения можно

¹¹ Электронный ресурс: данные Министерства здравоохранения России
<http://www.rosminzdrav.ru/opendata/7707778246-mopassports/data-20140515-structure-1.csv>

¹² Габуева, Л.А. Статус федеральных стандартов медицинской помощи при оценках эффективности деятельности медицинских организаций и их работников. Здравоохранение, N 6. М.: МЦФЭР, 2014. с.56-65.

выделить такие стандарты по 53 диагнозам (или нозологиям лечения) в Швейцарии, Германии, Бельгии, Турции и других странах¹³.

Основным классификационным признаком для всех группировок стандартных технологий лечения по диагнозам является классификация болезней (по МКБ-10 – международная классификация болезней).

Таким образом, можно заключить, что во многих системах здравоохранения экономическая часть медицинского стандарта, лежащего в основе государственной услуги здравоохранения, связана с перечнем и объемами потребления различных ресурсов, необходимых для практической реализации клинико-технологической части. От того, насколько эта связь гармонична, зависит в конечном итоге баланс экономических интересов производителей услуг сферы здравоохранения, органов управления и страховой медицины, занявшей позиции основного плательщика.

1.2 Анализ нормативных правовых документов, являющихся правовой основой модернизации отечественного здравоохранения

21 ноября 2011 года был принят федеральный закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»¹⁴ (далее – Закон об ОМС). В период 2011-2012 годы в целях повышения уровня качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам, планировалась реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ и программ модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь (ст. 50 Закона об ОМС). Совершенствование организационной системы здравоохранения, развитие инфраструктуры, в том числе финансового,

¹³ Григорьева, Н.С. Модели медицинского обслуживания в зарубежных странах. Электронный ресурс: www.edu-shop.ru/dir/medicine/646.

¹⁴ Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Российская газета. № 274. 03.12.2010.

материально-технического и технологического оснащения лечебно-профилактических учреждений, наличие квалифицированных медицинских кадров – необходимые факторы для эффективного функционирования системы здравоохранения¹⁵.

Региональные программы «представляют собой комплекс социально-экономических, организационных и других мероприятий, увязанных по ресурсам, исполнителям, срокам реализации и направленных на модернизацию здравоохранения в субъектах РФ». Законом об ОМС было установлено три ключевых направления развития здравоохранения на период 2011-2012 годы:

- укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения;
- внедрение современных информационных систем;
- внедрение стандартов медицинской помощи и повышение доступности амбулаторной помощи.

О каждом из них в той или иной мере говорилось еще в распоряжении Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года»¹⁶.

Основная цель государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года – формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки (подраздел 2 «Развитие здравоохранения»). Вышеперечисленные задачи направлены на

¹⁵ Воробьева Л.В., Савина Л.В., Шашкова О.В. Комментарий к Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (постатейный) / под ред. Л.В. Воробьевой // СПС «КонсультантПлюс». 2014.

¹⁶ Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» // Собрание законодательства РФ. 24.11.2008. № 47. Ст. 5489

модернизацию инфраструктуры медицинских организаций, создание комфортных условий лечения больных, улучшение оснащенности организаций, что необходимо для внедрения единых федеральных стандартов оказания медицинской помощи.

Следует отметить, что в Законе об ОМС приведенные выше направления именуется как целями, так и мероприятиями. Подобная терминологическая путаница не создает препятствий для выполнения программ, однако свидетельствует о несовершенстве юридической техники при составлении документов.

Стоит в целом отметить неудачность конструкция ст. 50 Закона об ОМС. В разных ее пунктах даются отсылки на цели, закрепленные в п. 3, от чего создается впечатление, что он содержит перечень возможных направлений реформирования, хотя на самом деле закрепленным в нем списком устанавливаются границы финансирования мероприятий из средств ФФОМС.

Постановлением Правительства МО от 25.12.2013 № 1124/57 указанный выше перечень из трех задач был дополнен строительством перинатальных центров. Отдельно авторами Программы выделяются приоритетные направления, среди которых: модернизация службы скорой медицинской помощи, совершенствование стационарной и специализированной помощи и другие.

Ниже будут рассмотрены основные правовые акты, регламентирующие модернизацию здравоохранения по следующим разделам: укрепление материально-технической базы; внедрение информационных технологий; внедрение стандартов медицинской помощи и повышение доступности амбулаторной помощи; финансирование; контроль и оценка реализации программ.

О необходимости укрепления материально-технической базы (МТБ) учреждений здравоохранения говорилось еще в Концепции демографической

политики Российской Федерации на период до 2025 года¹⁷, утвержденной Указом Президента в 2007 году, и в Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года¹⁸ (п. 76), принятой в 2009 году. Укрепление кадрового потенциала и МТБ – одна из задач в рамках основных направлений деятельности Правительства РФ на период до 2012 года по профилю «Качественное и доступное здравоохранение»¹⁹.

Важность работы по этому направлению также неоднократно подчеркивалась в прогнозах социально-экономического развития России²⁰.

В рамках укрепления МТБ планировалось строительство новых, реконструкция существующих и обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов учреждений здравоохранения, их капитальный ремонт, а также приобретение медицинского оборудования.

В Московской области ПМЗМО в части совершенствования МТБ была предусмотрена реализация двух мероприятий:

1. приведение инфраструктуры здравоохранения в соответствие со структурой населения области, а также со структурой заболеваемости и смертности и с утвержденной номенклатурой, включая медицинские организации иных форм собственности и ведомственной принадлежности;
2. приведение МТБ в соответствие с требованиями порядков оказания медицинской помощи, утвержденных приказами Минздравсоцразвития РФ.

Основная задача при проведении структурных изменений в сети здравоохранения МО - концентрация материальных и кадровых ресурсов с целью рационального и эффективного их использования для наиболее

¹⁷ Указ Президента РФ от 09.10.2007 № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» // Собрание законодательства РФ. 15.10.2007. № 42. Ст. 5009.

¹⁸ Указ Президента РФ от 12.05.2009 № 537 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года» // Собрание законодательства РФ. 18.05.2009. № 20. Ст. 2444

¹⁹ Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1663-р «Об утверждении основных направлений деятельности Правительства РФ на период до 2012 года и перечня проектов по их реализации» // Собрание законодательства РФ. 01.12.2008. № 48. Ст. 5639.

²⁰ Прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на 2012 год и плановый период 2013 - 2014 годов» (разработан Минэкономразвития РФ) // Администратор образования. № 21. Ноябрь. 2011 (извлечение)

полного обеспечения жителей области доступной и квалифицированной медицинской помощью.

Рассматриваемое направление модернизации здравоохранения в регионах являлось наиболее масштабным как с точки зрения требуемых финансовых средств, так и числа мероприятий, проведение которых было необходимо для достижения запланированных индикаторов. Тем не менее, с точки зрения правовой регламентации оно не столь перегружено актами органов власти различных уровней, как это имеет место, например, в рамках второго направления. Внедрение информационных технологий ФФОМС 7 апреля 2011 года были утверждены общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования²¹.

Документ носит преимущественно технический характер, но его изучение и соблюдение необходимо для эффективного функционирования всей системы и ее единообразного применения. Содержание понятия информационных систем в сфере здравоохранения было определено на легальном уровне в ст. 91 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»²², которая вступила в силу с 1 января 2012 года. В них осуществляются сбор, хранение, обработка и предоставление информации об органах, организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и об осуществляемой ими медицинской деятельности на основании представляемых ими первичных данных о медицинской деятельности. Минздрав РФ 28 апреля 2011 года утвердил Концепцию создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения²³ (далее – Концепция), которая обязательно должна

²¹ Приказ ФФОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» // СПС «КонсультантПлюс».

²² Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. № 263. 23.11.2011.

²³ Приказ Минздравсоцразвития России от 28.04.2011 № 364 «Об утверждении Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» // Бюллетень трудового и социального законодательства РФ. № 7. 2011.

была быть учтена при разработке региональных программ модернизации здравоохранения. Предпосылкой создания Концепции послужил низкий процент использования средств вычислительной техники в целях автоматизации лечебно-диагностического процесса, а также в области управления здравоохранением.

В Концепции подробно прописаны цели и принципы создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения. Причем следует отметить проработанность последних. Например, авторы документа подчеркивают необходимость разработки общих стандартов, обеспечивающих многократность и универсальность использования вводимой информации, защиту персональных данных и многое другое.

Основной элемент инфраструктуры системы - федеральный центр обработки данных (ЦОД), за разработку и функционирование которого отвечает Министерство здравоохранения РФ. ЦОД могут создаваться и на региональном уровне, однако их использование осуществляется за счет собственных средств субъекта.

В рамках первого этапа создания системы «Базовая информатизация», осуществление которого проходило в 2011-2012 годах, Минздравом РФ было разработано множество методических рекомендаций²⁴ (МР) для координации действий федеральных и региональных учреждений и организаций. МР были подготовлены во исполнение решения заседания президиума Совета при Президенте России по развитию информационного общества в РФ, проходившем 22 декабря 2010 г. по вопросу о порядке реализации региональных программ модернизации здравоохранения в части внедрения информационных технологий. Одно из мероприятий первого этапа внедрения системы – разработка разделов региональных программ модернизации здравоохранения, отвечающих целям Концепции.

²⁴ Методические рекомендации по порядку организации работ по созданию субъектом Российской Федерации в 2011 - 2012 годах регионального фрагмента единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения // СПС «КонсультантПлюс»

На основании МР Минздрава РФ в субъектах разрабатывались порядки по организации работ в данной сфере. Причем Минздравом РФ был утвержден следующий порядок действий для эффективного внедрения системы:

- разработка программы и плана мероприятий;
- разработка технических заданий и требований на закупки товаров, работ и услуг по созданию регионального фрагмента, соответствующих мероприятиям согласованных планов;
- организация конкурсных процедур по плану мероприятий; - реализация плана мероприятий;
- подготовка отчетности о промежуточных и окончательных результатах исполнения планов реализации регионального фрагмента системы.

Первоначально в ПМЗМО (в редакции Постановления Правительства МО от 19.04.2011 № 352/15) лишь в общем говорилось о необходимости обеспечения информационной поддержки системы здравоохранения и процессов управления медицинской помощью, на что из бюджета выделялось 941883,5 тыс. рублей. После утверждения МР Минздрава РФ подраздел ПМЗМО, посвященный внедрению информационных систем, был существенно доработан.

Теперь в качестве основной цели мероприятий по информатизации было заявлено обеспечение эффективной информационной поддержки граждан, лечебной деятельности и управления системой в целом.

Применение стандартов медицинской помощи (СМП) необходимо для обеспечения доступности и качества медицинской помощи (п. 4 ст. 10 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). СМП разрабатываются Минздравом РФ в соответствии с номенклатурой медицинских услуг. Разъяснения по вопросу внедрения стандартов медицинской помощи (СМП) в рамках программ модернизации

здравоохранения были даны Минздравсоцразвития РФ в отдельном письме²⁵, где прописан порядок действий при направлении пациента в стационар, варианты возмещения расходов медицинской организации и другие аспекты. Согласно ПМЗМО в первоочередном порядке планировалось внедрение стандартов по всем экстренным состояниям и плановым онкологическим заболеваниям во всех лечебно-профилактических учреждениях МО, в том числе при заболеваниях системы кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения, онкологическим заболеваниям, патологии детства и травмам, что соответствует структуре заболеваемости и смертности населения в МО.

Ключевым актом в сфере повышения доступности амбулаторной помощи на федеральном уровне является Постановление Правительства РФ от 07.02.2011 № 60 «О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации»²⁶.

Обязанность разработки и утверждения данного документа была предусмотрена п. 8 ст. 50 Закона об ОМС. Постановлением были обозначены три ключевых направления для деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ:

- обеспечение укомплектованности медицинских организаций специалистами с высшим и средним медицинским образованием;
- предоставление амбулаторной медицинской помощи в соответствии со стандартами ее оказания;
- введение ориентированной на результаты деятельности системы оплаты труда медицинских кадров, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь.

²⁵ Письмо Минздравсоцразвития РФ от 24.11.2011 № 14-3/10/2-11668 «О стандартах медицинской помощи» // СПС «КонсультантПлюс»

²⁶ Постановление Правительства РФ от 07.02.2011 № 60 «О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации» // Российская газета. № 29. 11.02.2011.

Пунктом 2 рассматриваемого постановления предусмотрена необходимость включения, указанного выше перечня мероприятий с указанием медицинских организаций, участвующих в их реализации и индикаторов реализации в региональную программу модернизации. Данное требование в полной мере не соблюдено. Тем не менее, последнее из приведенных направлений отмечено как приоритетное. Выплаты стимулирующего характера медицинскому персоналу должны устанавливаться с учетом критериев оценки эффективности деятельности, позволяющих оценить результативность и качество работы. Перечень должностей специалистов, а также методика оценки их деятельности устанавливаются НПА субъектов РФ в соответствии с показателями, разрабатываемыми Минздравом РФ (были утверждены 21.02.2011²⁷).

Причем, как уточнил ФФОМС в письме от 12.08.2011 № 4434/26-2²⁸ «медицинские работники, не имеющие медицинского образования и права на осуществление самостоятельной медицинской деятельности, не могут быть включены в такие списки». Тем не менее, установление для них дополнительных выплат возможно в рамках территориальной программы ОМС. Минздравсоцразвития РФ, давая разъяснения по соответствующему вопросу, прокомментировал, что такие выплаты могут закладываться в бюджет субъекта РФ²⁹.

Финансирование программ по модернизации здравоохранения должно осуществляться за счет доходов ФФОМС и ТФОМС, а также средств бюджетов субъектов РФ. Причем средства Федерального фонда в виде

²⁷ Приказ Минздравсоцразвития РФ от 21.02.2011 № 145н «Об утверждении показателей оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи» // Российская газета. № 69. 01.04.2011.

²⁸ Письмо ФФОМС от 12.08.2011 № 4434/26-2 «Об осуществлении дополнительных денежных выплат медицинским работникам в рамках мероприятий региональной программы модернизации здравоохранения» // СПС «КонсультантПлюс».

²⁹ Письмо Минздравсоцразвития России от 08.07.2011 № 20-1/10/2-6687 «О порядке включения в перечень должностей специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, должностей врачей и среднего медицинского персонала, осуществляющих диагностические исследования и параклинические процедуры» // СПС «КонсультантПлюс».

субсидий могут быть предоставлены только для реализации мероприятий по трем основным направлениям, установленным п. 3 ст. 50 Закона об ОМС. Ответственность за обоснованность стоимости мероприятий программ несут органы исполнительной власти субъектов РФ.

Правила предоставления и расходования средств на реализацию региональных программ в соответствие с п. 7 ст. 50 Закона об ОМС были установлены Правительством РФ³⁰. Субсидии предоставляются из бюджета

ФФОМС территориальным фондам в пределах бюджетных ассигнований в соответствии с соглашениями, заключенными Минздравом РФ, ФФОМС и высшими исполнительными органами государственной власти субъектов РФ. При этом обязательно соблюдение условий, перечисленных в п. 3, 3.1 Постановления № 85. Распределение субсидий по субъектам России утверждается Правительством РФ на основании разработанной методики (Приложение к Постановлению № 85). Средства на внедрение стандартов и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи предоставляются страховым медицинским организациям (при их отсутствии на территории субъекта - непосредственно медицинским организациям) при наличии заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. ФФОМС были даны отдельные разъяснения по финансированию мероприятий данного направления³¹. Так, к уже имеющимся договорам необходимо было заключить дополнительные соглашения, где должно быть определено целевое назначение средств, а также планируемые мероприятия и условия использования средств. Для получения финансирования страховые медицинские организации должны

³⁰ Постановление Правительства РФ от 15.02.2011 № 85 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011 - 2016 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования» // Собрание законодательства РФ. 21.02.2011. № 8. Ст. 1126.

³¹ Письмо ФФОМС от 18.04.2011 № 2223/21-4/и «О порядке финансового обеспечения мероприятий по внедрению стандартов и повышению доступности амбулаторной медицинской помощи в рамках региональных программ модернизации здравоохранения» // Обязательное медицинское страхование в РФ. № 3. 2011.

ежемесячно формировать заявки в ТФОМС. Порядок формирования и формы заявок были утверждены приказом ФФОМС 22 февраля 2011 года³².

Контроль над использованием средств осуществляли ФФОМС, ТФОМС, федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, Счетная палата РФ.

Согласно п. 15 ст. 50 Закона об ОМС контроль за реализацией программ по модернизации здравоохранения осуществляется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и ФФОМС, а в части внедрения стандартов медицинской помощи – также ТФОМС. Постановлением Правительства РФ от 02.05.2012 № 413³³ полномочия по контролю на федеральном уровне были закреплены за Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (далее – Росздравнадзор). Порядок и формы предоставления отчетности о реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ были утверждены Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 декабря 2010 г. № 1240н³⁴. Ежемесячные, ежеквартальные и ежегодные отчеты должны были предоставляться уполномоченным органом исполнительной власти субъекта в бумажном и электронном виде в Минздрав РФ и ФФОМС. В Приказе в виде приложений содержатся формы отчетов и даны подробные инструкции по их заполнению. В течение 2011-2012 годов Минздравом РФ и ФФОМС принимались акты, регламентирующие порядок организации мониторинга и анализа хода

³² Приказ ФФОМС от 22.02.2011 № 40 «Об утверждении порядка формирования и формы заявки на получение средств на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами» // Российская газета. № 81. 15.04.2011.

³³ Постановление Правительства РФ от 02.05.2012 № 413 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 14.05.2012. № 20. Ст. 2528.

³⁴ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 декабря 2010 г. № 1240н «Об утверждении порядка и формы предоставления отчетности о реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, государственных учреждений, реализующих мероприятия по внедрению современных информационных систем в здравоохранение» // Российская газета. № 23. 04.02.2011.

реализации региональных программ³⁵. Для этой цели в регионах создавались рабочие группы и Межведомственная комиссия. Ежемесячные отчеты должны были сдаваться не позднее 20-го числа каждого месяца. В сентябре 2012 года Росздравнадзор констатировал «значительное отставание в реализации программ модернизации здравоохранения»³⁶. В качестве основных проблем отмечалось несвоевременное исполнение и заключение госконтрактов, множественные замечания по внедрению информационных технологий и стандартов медицинской помощи и другие. Обсуждение и анализ итогов модернизации здравоохранения в регионах с точки зрения соотношения инвестиций и улучшения состояния здоровья населения планировалось провести 11 марта 2013 года с последующим предоставлением отчетов в Минздрав РФ. Указанное мероприятие должно было стать первым из намеченных в рамках дорожной карты «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте Российской Федерации»³⁷.

В целом, с юридической точки зрения, следует говорить о высокой степени проработанности правовой базы модернизации здравоохранения. Основной недостаток - колоссальный объем актов, который создает существенные препятствия для всестороннего изучения, что является наиболее острой проблемой для лиц, ответственных за контроль хода и результатов реализации программ.

³⁵ Приказ Минздравсоцразвития России от 22.06.2011 № 607 «Об организации мониторинга и анализа хода реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, и государственных учреждений, реализующих мероприятия по внедрению современных информационных систем в здравоохранение» // Бюллетень трудового и социального законодательства РФ. № 9. 2011

³⁶ Письмо Росздравнадзора от 20.09.2012 № 04-15654/12 «О предоставлении «Дорожной карты» по устранению замечаний и реализации предложений по результатам проверки региональных программ модернизации здравоохранения» // СПС «КонсультантПлюс».

³⁷ Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1706 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс».

2 Структура и формы деятельности Всемирной организации здравоохранения

2.1 Роль Всемирной организации здравоохранения в настоящее время

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) является одним из первоначальных учреждений Организации Объединенных Наций, устав которой официально вступил в силу в первый Всемирный День здоровья (7 апреля 1948 года), когда он был ратифицирован 26-м государством-членом. До этого ее деятельность, а также остальные мероприятия организации здравоохранения Лиги Наций находились под контролем временной комиссии после международной конференции по вопросам здравоохранения, состоявшейся летом 1946 года в Нью-Йорке.

Передача была санкционирована резолюцией Генеральной Ассамблеи. Эпидемиологическая служба французского отделения International D'Hygiène Publique была включена во временную комиссию Всемирной организации здравоохранения 1 января 1947 года. Ранее, сразу после окончания Первой Мировой войны, была создана Лига Наций для содействия миру и безопасности после окончания войны.

Одной из задач Лиги Наций является профилактика заболеваний и борьба с ними во всем мире. С этой целью была создана организация здравоохранения Лиги Наций со штаб-квартирой в Женеве.

В 1945 году конференция Организации Объединенных Наций по международной организации в Сан-Франциско одобрила предложение Бразилии и Китая о создании новой независимой международной организации, занимающейся вопросами здравоохранения.

Предлагаемая организация призвана объединить ряд разрозненных организаций здравоохранения, созданных в различных странах мира.

Всемирная организация здравоохранения была создана в 1948 г. в качестве специализированного учреждения Организации Объединенных

Наций, направляющего и координирующего органа по вопросам международного здравоохранения и общественному здоровью. Одной из конституционных функций ВОЗ является предоставление объективной и надежной информации и рекомендаций в области здравоохранения. Она частично выполняет эту обязанность в рамках своих программ публикаций, стремясь помочь странам в разработке политики в интересах общественного здравоохранения и решение наиболее насущных проблем общественного здравоохранения³⁸.

С самого начала ВОЗ принимала участие в кампаниях общественного здравоохранения, направленных на улучшение санитарных условий.

В 1951 году четвертая Всемирная Ассамблея здравоохранения приняла документ ВОЗ, содержащий новые международные санитарные правила. Кроме того, ВОЗ провела широкие кампании вакцинации против ряда заболеваний микробного происхождения, включая полиомиелит, корь, дифтерию, коклюш, столбняк, туберкулез и оспу.

Последняя кампания была чрезвычайно успешной, и последний известный естественный случай оспы произошел в 1977 году, и поэтому после более чем двух десятилетий борьбы с оспой ВОЗ объявила в 1980 году, что болезнь была искоренена—первая болезнь в истории, которая была устранена человеческими усилиями.

Ликвидация полиомиелита ожидается в ближайшее время.⁴ Первоначально ВОЗ выделяла значительную часть своих ресурсов на борьбу с основными инфекционными заболеваниями, а также проводила массовые кампании, в частности, против малярии, трахомы, фрамбезии и тифа. Малярия оказалась более сложной проблемой, чем предполагалось, и усилия по ее искоренению на раннем этапе необходимо было сократить до уровня контроля.

Усилия по улучшению услуг в области охраны здоровья матери и ребенка включали подготовку традиционных акушерок—подход,

³⁸ Cultural Contexts of Health and Well-being, No. 2

пропагандируемый ЮНИСЕФ, его близким партнером во всех проектах в области охраны здоровья детей-в целях сокращения младенческой и материнской смертности.

В 1951 году были приняты Международные Санитарные правила, позднее (в 1971 году) переименованные в международные медико-Санитарные правила. В начале 1960-х годов, которые начали стремлении охватить медицинским обслуживанием сельского населения 1974, признавая недоиспользование существующих технологий для борьбы с детскими заболеваниями, которые приступила к реализации расширенной программы иммунизации против полиомиелита, кори, дифтерии, коклюша, столбняка и туберкулеза с. Еще одним примечательным инициативе ВОЗ Глобальная программа по СПИДу, которая была запущена в 1987 году. Участие ВОЗ и таких учреждений, как центр по контролю и профилактике заболеваний, необходимо для надлежащего решения проблемы СПИДа, поскольку эта болезнь широко распространена в недостаточно развитых странах, где доступ к медицинскому обслуживанию и укреплению здоровья ограничен³⁹.

Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро во всем мире, каждое из которых имеет свою собственную программу, ориентированную на конкретные проблемы здравоохранения обслуживаемых им стран. Европейский Регион охватывает почти 900 миллионов человек, живущих в области, простирающейся от Ледовитого океана на севере и Средиземного моря на юге и от Атлантического океана на Западе до Тихого океана на востоке. Европейская программа ВОЗ оказывает поддержку всем странам в области разработки и поддержания собственного здоровья стратегий, систем и программ; предупреждении и преодолении угроз здоровью; подготовка к решению будущих проблем здравоохранения; и в пропаганде и реализации мероприятий в области здравоохранения.

³⁹ United Nations Facts, information, pictures/Encyclopedia.com articles...http://www.encyclopedia.com/to pic/World_Health_Organization.aspx#5-1E1:WorldHea-full-

Чтобы обеспечить максимально широкую доступность авторитетной информации по вопросам здравоохранения, ВОЗ обеспечивает широкое международное распространение своих публикаций и поощряет их перевод и адаптацию. Помогая укреплять и защищать здоровье, а также предотвращать и контролировать болезни, книги ВОЗ способствуют достижению главной цели организации – достижению всеми людьми максимально высокого уровня здоровья.

Устав ВОЗ примечателен масштабами и широтой. Здоровье описывается как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов» и пользование наивысшим достижимым уровнем здоровья в качестве одного из основных прав человека.

Правительства несут ответственность за принятие «адекватных медико-социальных мер». В Уставе определены 22 функции ВОЗ, которые охватывают почти все возможные виды деятельности, связанные с укреплением здоровья.

Уникальной особенностью ВОЗ среди учреждений ООН является создание региональных организаций – результат, главным образом, нежелания государств-членов ПАОЗ⁴⁰ видеть, как она теряет свою идентичность в результате слияния с ВОЗ.

По аналогичным причинам каждый из шести регионов ВОЗ избирает своего регионального директора, хотя это не предусмотрено Уставом. Обусловленный этим автономный характер региональных отделений всегда вызывал беспокойство в связи с содержащимся в уставе Положением о том, что они являются «неотъемлемой частью организации».

В первые два десятилетия ВОЗ была, вероятно, наиболее известна применением технических и медицинских знаний для борьбы с инфекционными заболеваниями, таких как ее программы искоренения малярии и оспы.

⁴⁰ Пан американской медицинской организации

Первое закончилось неудачей, а второе-выдающимся успехом. Даже в то время эти программы в значительной степени опирались на добровольные взносы, несмотря на быстрый рост поступлений от начисленных взносов государств-членов по мере присоединения к ним новых Независимых Государств.

В 1970 – х годах ВОЗ стала отражать фундаментальные изменения в международной экономической и политической среде, как олицетворение требований нового международного экономического порядка и новых подходов к развитию, таких как «основные потребности». В ВОЗ это вылилось в требования к организации предоставлять больше технической помощи развивающимся странам⁴¹.

Штаб-квартира ВОЗ находится в Женеве. ВОЗ имеет 194 государства-члена, включая все государства-члены ООН, за исключением Лихтенштейна, и 2 государства, не являющиеся членами ООН, Ниуэ и острова Кука.

Территории, не являющиеся государствами-членами Организации Объединенных Наций, могут присоединяться в качестве ассоциированных членов (с полной информацией, но с ограниченным числом участников и правом голоса), если они будут одобрены Ассамблеей: Пуэрто-Рико и Токелау являются Ассоциированными членами.

Субъектам также может быть предоставлен статус наблюдателя: в качестве примера можно привести организацию освобождения Палестины и Святой престол (Ватикан).

Государства-члены ВОЗ назначают делегации на Всемирную Ассамблею здравоохранения-высший директивный орган ВОЗ. Все государства —члены ООН имеют право на членство в ВОЗ, и, согласно веб-сайту ВОЗ, другие страны могут быть приняты в качестве членов, если их заявка была одобрена простым большинством голосов Всемирной Ассамблеи здравоохранения. Ассамблея ВОЗ обычно собирается в мае каждого года.

⁴¹ The Role of the World Health Organization in the International System Charles Clift February 2013 // <https://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/publications/research/2013-02-01-role-world-health-organization-international-system-clift.pdf>

Помимо назначения генерального директора каждые пять лет Ассамблея рассматривает финансовую политику организации, рассматривает и утверждает предлагаемый бюджет по программам. Ассамблея избирает 34 члена, имеющих техническую квалификацию в области здравоохранения, в состав Исполнительного Комитета на трехлетний срок. Основные функции Совета заключаются в выполнении решений и политики Ассамблеи, консультировании ее и содействии ее работе в целом. ВОЗ финансируется за счет взносов государств-членов и доноров.

В последние годы ВОЗ активизировала сотрудничество; в настоящее время насчитывается около 80 таких партнерств с НПО и фармацевтической промышленностью, а также с такими фондами, как Билл и Мелинда Гейтс и Фонд Рокфеллера. Добровольные взносы в ВОЗ от национальных и местных правительств, фондов и НПО, других организаций системы Организации Объединенных Наций и частного сектора в настоящее время превышают взносы (взносы) 194 государств-членов.

Каждое региональное отделение возглавляет Региональный директор (РД), который избирается региональным Комитетом на пятилетний срок с возможностью однократного продления. Имя вновь избранного члена передается исполнительному Совету ВОЗ в Женеве, который приступает к утверждению назначения. Редко бывает, что избранный Региональный директор не подтверждается. Каждый Региональный Комитет ВОЗ состоит из руководителей всех департаментов здравоохранения во всех правительствах стран, входящих в регион. Помимо избрания регионального директора, Региональный Комитет также отвечает за разработку руководящих принципов осуществления в регионе политики в области здравоохранения и других стратегий, принятых Всемирной Ассамблеей здравоохранения. Региональный Комитет также выполняет функции совета по обзору прогресса в деятельности ВОЗ в регионе. Региональный директор является главой ВОЗ для своего региона. Региональный директор осуществляет руководство и / или надзор за работой сотрудников здравоохранения и

других экспертов в региональных штаб-квартирах и специализированных центрах. Региональный директор также является прямым надзорным органом — одновременно с генеральным директором ВОЗ-всех руководителей страновых бюро ВОЗ, известных как представители ВОЗ, в регионе.

Всемирная организация здравоохранения имеет 147 страновых отделений и отделений связи во всех своих регионах. Присутствие странового отделения, как правило, обусловлено необходимостью, заявленной страной-членом.

Страновой офис возглавляет представитель ВОЗ (WR), который является квалифицированным врачом, а не гражданином этой страны, который имеет дипломатический ранг и обладает надлежащими привилегиями и иммунитетами, аналогичными привилегиям и иммунитетам Чрезвычайного и Полномочного посла.

Страновой офис состоит из представителя ВОЗ и нескольких экспертов в области здравоохранения и других, как иностранных, так и местных, а также необходимого вспомогательного персонала. Основные функции страновых бюро ВОЗ включают выполнение функций главного советника правительства этой страны по вопросам политики в области здравоохранения и фармацевтики.

Международные отделения связи выполняют в основном те же функции, что и страновые отделения, но в целом в меньших масштабах. Они часто встречаются в странах, которые хотят присутствия и сотрудничества ВОЗ, но не имеют серьезных недостатков в системе здравоохранения, которые требуют наличия полномасштабного странового офиса.

Отделения связи возглавляет сотрудник по связи, который является гражданином этой конкретной страны и не имеет дипломатического иммунитета⁴².

⁴² World Health Organisation- http://www.cs.mcgill.ca/~rwest/link-suggestion/wpcd_2008-09_augmented/wp/w/World_Health_Organization.htm

Укомплектование кадрами Всемирная организация здравоохранения является учреждением Организации Объединенных Наций и как таковое имеет общее с другими учреждениями ядро общей кадровой политики. В организации насчитывается более 8500 сотрудников, а сам секретариат обслуживается примерно 7000 из них⁴³.

Организация сосредоточила свое внимание на четырех основных областях, возглавляемых усилиями в области здравоохранения, таких, как борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и туберкулезом и их профилактика.

Другие приоритеты ВОЗ включают поддержку государственных программ здравоохранения; разработку политики, продуктов и систем здравоохранения; и усилия, связанные с детерминантами здоровья, такими как безопасность пищевых продуктов и питание⁴⁴.

ВОЗ осуществляет свою деятельность из шести региональных бюро по всему миру и национальных бюро примерно в 150 странах, о чем говорилось выше.

Надзор за бюджетом и политикой организации осуществляется Всемирной Ассамблеей здравоохранения, в состав которой входят представители более чем 190 стран. ВОЗ, определяемая в ее уставе как руководящий и координирующий орган в области международной деятельности в области здравоохранения, ставит своей целью достижение всеми народами наивысшего возможного уровня здоровья⁴⁵.

В обязанности и функции ВОЗ входит:

- оказание помощи правительствам в укреплении служб здравоохранения;
- создание и поддержание административных и технических служб, таких как эпидемиологические и статистические службы;
- стимулирование искоренения болезней;

⁴³ WHO People and offices-World Health Organization-<http://www.who.int/about/structure/en/>

⁴⁴ World Health Organization-(WHO) FAQ's.ORG-<http://www.faqs.org/espionage/Vo-Z/World-HealthOrganization-WHO>

⁴⁵ World Health Organization-Wessex Global Health Network<http://www.wessexghnetwork.org.uk/resources/global-health-policies/international/who.aspx>

- улучшение питания, жилья, санитарии, условий труда и других аспектов гигиены окружающей среды;
- содействие сотрудничеству между научными и профессиональными группами;
- предложение международных конвенций и соглашений по вопросам здравоохранения;
- проведение научных исследований;
- разработка международных стандартов на пищевые, биологические и фармацевтические продукты;
- формирование у всех народов информированного общественного мнения по вопросам здравоохранения.

В реальном смысле ВОЗ-это международный кооператив в области здравоохранения, который следит за состоянием здоровья населения мира и принимает меры по улучшению состояния здоровья отдельных стран и мирового сообщества⁴⁶.

Фактически, для того, чтобы функционировать, ВОЗ все чаще обращается к государственно-частному партнерству. Богатые страны предпочитают осуществлять больший контроль над своими деньгами, предоставляя ВОЗ внебюджетные средства, предназначенные для конкретных проектов, а не для основного финансирования.

Конкуренция за такие деньги является жесткой и требует отличной внутренней координации, а также интенсивного участия профессионалов, единственной функцией которых является сбор средств.

Программы конкурируют друг с другом за средства, как внутренние, так и внешние, в то время как сотрудники, нанятые для получения технических знаний, неохотно занимаются сбором средств. Таким образом, доноры помогают поддерживать систему стимулов, с помощью которой ВОЗ

⁴⁶ WHO Constitution-World Health Organization.www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

должна конкурировать с самой собой и с другими организациями за скудные средства, что приводит к неэффективности и растрате ресурсов.

Однако самым важным негативным последствием этого является то, что приоритеты в области здравоохранения искажаются и даже игнорируются в соответствии с пожеланиями доноров и требованием продемонстрировать быстрые результаты им и их политическим руководителям.

Другие проблемы возникают в связи с тенденцией к государственно-частному партнерству: во-первых, способность ВОЗ защищать общественные интересы может быть подорвана в результате более тесного взаимодействия с коммерческим сектором. Программы, совместно финансируемые и осуществляемые консорциумом государственных и частных партнеров, могут, если не будут приняты меры предосторожности, принести неправомерную пользу частным партнерам, а не целевым группам населения. Тем не менее, в ВОЗ недостаточно развиты гарантии от конфликта интересов.

Во-вторых, мало внимания предьявляется альтернативам партнерских отношений с бизнесом.

Большинство программ и департаментов ВОЗ вынуждены расходовать свои бюджетные ассигнования на заработную плату и накладные расходы, а не на деятельность по программам. Это имеет далеко идущие негативные последствия в отсутствие адекватного финансирования программ или хорошей координации между департаментами или даже внутри департаментов, а также в отсутствие надлежащим образом финансируемых центральных функций.

Все это оказывает сильное влияние на организационный климат и развитие персонала. В то время как некоторые мотивированные сотрудники переезжают в другое место, многие из тех, кто остается в течение многих лет на одном и том же месте, имеют мало других привлекательных вариантов.

Слишком многие застряли в медовой ловушке – они не могут позволить себе уйти, поскольку аналогичная работа в своей стране может не оплачиваться так хорошо, особенно в развивающихся странах.

Сотрудники ВОЗ, занимающие должности категории специалистов в штаб-квартире и региональных отделениях, получают безналоговую заработную плату, отличную пенсионную схему и многие другие пособия, хотя они часто также оплачивают два места жительства, одно дома и одно в месте службы, а также другие расходы, такие как плата за обучение детей в школе.

Сотни сотрудников, которые в течение длительных периодов времени работают в отделениях ВОЗ по ряду переходящих краткосрочных контрактов, в отличие от этого получают низкую зарплату и мало льгот. Это экономит деньги организации и дает ей больше возможностей нанимать и увольнять сотрудников, но это наносит ущерб безопасности и зачастую продуктивности отдельных работников, подрывая при этом эффективность и устойчивость многих программ.

Многие государства-члены, особенно развивающиеся страны, хотели бы, чтобы ВОЗ играла более активную координирующую роль в объединении усилий и содействии координации роли международных и двусторонних учреждений, международных НПО и Всемирной организации здравоохранения в разработке единой, целенаправленной стратегии в области здравоохранения и мероприятий по ее осуществлению. Они видят здесь в ВОЗ естественного международного лидера, надежного, независимого и честного посредника с сильными гуманитарными ценностями, который выступает за соблюдение ключевых принципов и международных соглашений.

Усиление присутствия ВОЗ в странах с технической, финансовой и политической точек зрения могло бы стать средством оказания помощи странам в разработке основ политики для улучшения здоровья, которая

позволит им решать, какую донорскую помощь они хотят получить, и эффективно контролировать ее.

Однако страны, которые больше всего нуждаются в поддержке ВОЗ, как правило, имеют наименьшую власть и влияние. США и другие страны ОЭСР осуществляют жесткий контроль над ВОЗ, не в последнюю очередь из-за контроля над финансированием. Недавние общественные обсуждения показали, как США, в частности, постоянно оказывают давление на ВОЗ, чтобы она избегала макроэкономических и «торговых вопросов», которые, по ее словам, выходят за рамки ее охвата, и избегала такой терминологии, как право на здоровье.

Отсутствие консенсуса среди государств-членов относительно мандата ВОЗ, естественно, отражает конфликты в рамках международного порядка⁴⁷.

Более 30 организаций гражданского общества и несколько государств-членов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) высказали возражения против рамок взаимодействия ВОЗ с негосударственными структурами, заявив, что вопрос о конфликте интересов при таком взаимодействии не рассматривается надлежащим образом.

В настоящее время финансирование ВОЗ осуществляется из двух основных источников - обязательных начисленных взносов каждой страны-члена и добровольных взносов стран-членов или негосударственных субъектов. С 1990-х годов наблюдается замораживание начисленных взносов из-за давления со стороны США, что привело к сокращению необусловленных средств до пятой части общего бюджета ВОЗ. Тем временем добровольные взносы неуклонно увеличиваются и составляют 80% средств ВОЗ. 93% таких добровольных фондов жестко предназначены для конкретных программ, которые донор поддерживает, в результате чего ВОЗ не имеет права голоса в отношении того, как расходуются эти деньги. Почти половина добровольных фондов контролируется тремя странами-США, Великобританией, Канадой-и Фондом Гейтса, а также несколькими

⁴⁷ E1/World Health Organisation-Global Health Watch <http://www.ghwatch.org/sites/www.ghwatch.org/files/E1.pdf>

организациями, такими как ГАВИ и Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, для которых Фонд Гейтса является одним из основных спонсоров. Группы гражданского общества выражают озабоченность в связи с тем, что богатые доноры из государств-членов намеренно подрывают ВОЗ и ослабляют ее потенциал в области укрепления глобального здравоохранения из-за недостаточного финансирования, жесткого выделения донорских средств и создания возможностей для корпоративного влияния. Они отметили, что для выполнения ВОЗ своего конституционного мандата начисленные взносы должны быть разморожены.

Децентрализованная структура ВОЗ добавила политический аспект, который имеет свои плюсы и минусы. Многие ресурсы выделяются региональным центрам, которые лучше отражают региональные интересы. С другой стороны, региональные директора, как должностные лица, могут действовать совершенно независимо. Поскольку региональные директора выбирают представителей стран в своих регионах, динамика взаимодействия персонала в администрации ВОЗ является уникальной в системе ООН. Региональный контроль над страновыми офисами является сильным, оставляя представителям ВОЗ ограниченные полномочия или свободу действий для реализации программы.

Основные рекомендации для до градации ВОЗ основных функций, которые могут быть обсуждены и конкретизированы в будущем, являются:

- выполнение функций здравоохранения в мире совести, поощрения моральные принципы для здоровья и развития политики, и утверждающая права человека на здоровье;
- пропаганда принципов Алма-Атинской декларации о «здоровье для всех»;
- установление, поддержание и мониторинг глобальных норм и стандартов, касающихся здоровья и здравоохранения;
- укрепление ее роли в качестве обоснованного и надежного хранилища и распространителя информации о здоровье и опыт;

- проведение, ввод в эксплуатацию и обобщения здравоохранения и систем здравоохранения исследования, в том числе о влиянии на здоровье экономической деятельности;

- поощрения и защиты глобальных общественных благ, включая создание транснациональных товаров, таких как научные исследования и развитие потенциала и контроль транснациональных внешних факторов, таких как распространение патогенов;

- создание механизма для координации усилий по пресечению транснациональной/трансграничной угрозы для здоровья;

- усиление присутствия ВОЗ в странах для того, чтобы играть более активную координирующую роль в координации и объединении усилий международных и двусторонних учреждений и международных НПО для разработки единой, целенаправленной многосекторальной стратегии в области здравоохранения и мероприятий по ее осуществлению;

- принятие мер для позиционирования ВОЗ как организации народа, а также правительств. Это включает в себя представительство более широких групп интересов, включая гражданское общество, и процессы, которые обеспечивают широкий спектр голосов, услышанных и услышанных;

- поддержка и расширение инициативы гражданского общества в ВОЗ. Организации гражданского общества юга нуждаются в поддержке для того, чтобы иметь более прямой голос.

Общественные организации должны отличаться от организаций, представляющих коммерческие интересы, включая подставные организации, финансируемые транснациональными корпорациями необходимо смягчить политизированный характер выборов генерального директора и региональных директоров.

Возможные решения включают в себя более широкую франшизу, возможно, с коллегией международных экспертов в области общественного

здравоохранения по выборам в дополнение к голосам государств-членов, включая представителей организаций гражданского общества.

2.2 Основные этапы развития сотрудничества РФ с ВОЗ

Российская Федерация является государством – членом ВОЗ с 1949 г., с момента основания организации, и имеет долгую историю сотрудничества. Среди известных успехов – организация конференции по первичной медико-санитарной помощи в Алма-Ате, кампании по ликвидации оспы и полиомиелита, многие российские эксперты успешно принимали участие в работе руководящих органов ВОЗ, профильных комитетов и рабочих групп. На фоне кризиса 1990-х годов ВОЗ оказывала техническое содействие в укреплении системы здравоохранения Российской Федерации с привлечением дополнительных средств. В настоящее время сотрудничество осуществляется на более равноправных условиях. На международной арене в рамках новой архитектуры глобального управления Российская Федерация принимает все более активное участие в решении вопросов развития, финансирования, охраны окружающей среды и безопасности.

В соответствии с этим страна вступила на путь перестройки отношений с ключевыми международными партнерами. Из страны, временно принимающей помощь, она превращается в страну-донора, как в рамках двустороннего, так и в рамках многостороннего сотрудничества⁴⁸.

Россия также принимает участие в глобальном диалоге по вопросам здравоохранения, как посредством Шанхайской организации сотрудничества, так и в рамках рабочей группы по вопросам здравоохранения форума Азиатско-Тихоокеанского экономического сотрудничества. В качестве члена БРИКС, Россия работает совместно со странами блока над созданием

⁴⁸ Группа ООН по вопросам развития (2013 г.). Информационное письмо страновой группы Организации Объединенных Наций в Российской Федерации. Отчет за 2012 г. и рабочий план на 2013 г.

рабочего механизма, обеспечивающего сотрудничество в области здравоохранения.

В рамках международных форумов Российская Федерация выступает с инициативами по усилению мер, обеспечивающих безопасность здоровья и направленных на предотвращение и борьбу с неинфекционными заболеваниями, в частности, инсультами, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов, насчитывающих более 80% смертей в мире в результате сердечно-сосудистых заболеваний⁴⁹.

На основании Глобального плана действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг.⁵⁰ (принятого в мае 2013 г. Всемирной ассамблеей здравоохранения) Министерство здравоохранения Российской Федерации разработало специальный план действий.

Российская Федерация принимала на своей территории ряд международных мероприятий высокого уровня, оказавших большое влияние на глобальную и региональную повестку дня в области здравоохранения, включая Первую всемирную министерскую конференцию по вопросам здорового образа жизни и борьбы с неинфекционными заболеваниями (2011 г.), Шестидесятую сессию Европейского регионального комитета ВОЗ (2010 г.) и Первую всемирную министерскую конференцию по безопасности дорожного движения (2009 г.).

На территории Российской Федерации располагаются 36 сотрудничающих центров ВОЗ, поддерживающих технические мероприятия и программы Организации.

На протяжении многих лет осуществляется активное сотрудничество Российской Федерации и ВОЗ в области укрепления систем здравоохранения.

⁴⁹ ВОЗ (2013 г.). Обзор социальных детерминант и разрывов по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ. Заключительный отчет. Marmot review. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/215874/Review-of-social-determinants-and-the-healthdivide-in-the-WHO-European-Region-executive-summary-Rus.pdf?ua=1)

⁵⁰ ВОЗ (2013 г.). Глобальный план действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-ru.pdf)

Это включает усиление руководящей роли в целях решения вопросов здравоохранения посредством:

- многосекторальных механизмов;
- повышение качества первичной медико-санитарной помощи и медицинской помощи, оказываемой на госпитальном уровне; повышение нормативной поддержки и обеспечение качества лекарственных средств и медицинского оборудования;
- усиление кадрового ресурса здравоохранения в целях повышения потенциала реагирования на чрезвычайные ситуации и раннего предупреждения;
- перевод и распространение научных публикаций на русском языке.

С учетом стремительных демографических изменений, факторов риска и эпидемиологических изменений, происходящих в Российской Федерации, ВОЗ работает в тесном сотрудничестве с Российской академией медицинских наук над сбором необходимого фактического материала для формирования информированной системной политики в отношении охраны здоровья взрослого населения, концентрируя внимание на трендах и детерминантах здоровья пожилых людей.

Российская Федерация принимала активное участие в разработке, а теперь и в осуществлении Европейского плана действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения⁵¹ при посредстве Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, на базе которого открыт новый Сотрудничающий центр ВОЗ.

Как часть процесса странового стратегического сотрудничества, Российской Федерацией и ВОЗ совместно разработана стратегическая повестка сотрудничества.

⁵¹ Европейское региональное бюро ВОЗ (2012 г.). Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/171773/RC62wd12rev1_-Rus-updated.pdf?ua=1)

В процессе консультаций с участием высокопоставленных лиц и руководства Министерства здравоохранения Российской Федерации, Регионального директора Европейского регионального бюро ВОЗ, директоров и технических специалистов Европейского регионального бюро ВОЗ, а также заместителей Генерального директора и соответствующих технических подразделений штаб-квартиры ВОЗ было определено четыре стратегических приоритета. Многочисленные документы, предоставленные обеими сторонами в процессе консультаций, включали Государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения»⁵², рамочную политику Европейского региона ВОЗ «Здоровье-2020»⁵³ и предложения штаб-квартиры ВОЗ по реформе ВОЗ.

Ниже приводятся четыре совместно определенных приоритетных направления сотрудничества Министерства здравоохранения Российской Федерации и ВОЗ:

1. Укрепление потенциала для глобального и регионального сотрудничества в области здравоохранения между Российской Федерацией и ВОЗ.
2. Создание глобальной профилактической среды и формирование здоровья на всех этапах жизни.
3. Повышение безопасности в вопросах охраны здоровья посредством укрепления потенциала.
4. Совершенствование деятельности системы здравоохранения.

Эти приоритеты подчеркивают новую роль Российской Федерации как страны-донора в рамках общемирового здравоохранения, ее активную адвокативную деятельность и политическое участие в разработке глобальной и региональной повестки дня в сфере борьбы с НИЗ, включая, но не ограничиваясь созданием ГУО НИЗ в Москве.

⁵² Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденная Постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294-р

⁵³ Европейское региональное бюро ВОЗ (2013 г.). Здоровье-2020: Основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия (EUR/RC62/R4) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf)

Министерство здравоохранения Российской Федерации и ВОЗ будут активно работать над достижением заявленных стратегических приоритетов с учетом следующих условий применительно к обеим сторонам:

- при наличии необходимого экспертного потенциала и ресурсов;
- смогут развивать сотрудничество посредством осуществления взаимно полезных мероприятий на глобальном, региональном и национальном уровне;
- смогут совместными усилиями решать задачи в области заявленных приоритетов и вносить дополнительный вклад в совместную повестку дня в области здравоохранения на всех трех уровнях.

2.3 Роль и место России в глобальном здравоохранении

За последние пять лет неинфекционные заболевания стали областью постоянного сотрудничества ВОЗ и Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Противодействие таким важным факторам риска, как потребление табака, насилие и травматизм в результате дорожно-транспортных происшествий, неблагоприятные воздействия окружающей среды и климатических изменений осуществлялось посредством совместных технических консультаций.

Однако в значительной степени сотрудничество по-прежнему касается лечения и профилактики инфекционных заболеваний, в частности МЛУ-ТБ и ВИЧ/СПИДа. Также техническое содействие оказывалось в области охраны материнского и детского здоровья и программ эпидемиологического надзора и готовности к возможным вспышкам инфекций, а также в сфере увеличения числа и повышения качества материалов ВОЗ, доступных на русском языке.

На территории Российской Федерации располагаются 36 сотрудничающих центров ВОЗ, поддерживающих технические мероприятия и программы Организации.

Туберкулез по-прежнему остается вызывающей озабоченность проблемой здравоохранения, не позволяя Российской Федерации выйти из числа 22 стран с высоким бременем туберкулеза и 27 стран с множественной лекарственной устойчивостью к туберкулезу (МЛУ-ТБ) в мире.

По этим причинам сотрудничество с ВОЗ уже много лет носит интенсивный характер. Стремление Правительства России решить проблему туберкулеза и выделение соответствующего финансирования существенно возросли с 2008 г.⁵⁴, а показатели регистрируемой заболеваемости и смертности в 2012 г. заметно снизились в сравнении с предшествующими годами, как в гражданском секторе, так и в пенитенциарной системе. Министерство здравоохранения разработало в ключе стратегии «Остановить ТБ» национальную стратегию по борьбе с туберкулезом и подготовило проект национального плана борьбы с МЛУ/ШЛУ-ТБ с использованием механизма Рабочей группы высокого уровня по борьбе с туберкулезом в качестве эффективного инструмента технического сотрудничества с ВОЗ⁵⁵.

Значительные шаги были сделаны на пути совершенствования системы эпидемиологического надзора. Сеть противотуберкулезных лабораторий была усовершенствована, и в настоящее время ведется работа по повышению гарантий качества диагностики туберкулеза и МЛУ-ТБ в стране. Острота проблемы ВИЧ в России возрастает, однако в рамках сотрудничества ВОЗ с Российской Федерацией были сделаны значительные шаги в области совершенствования эпидемиологического надзора и повышения доступности лечения ВИЧ.

⁵⁴ Федеральный закон № 77-ФЗ от 18 июня 2001 г. (в редакции от 28 декабря 2013 г.) «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»

⁵⁵ Европейское региональное бюро ВОЗ (2011 г.). Комплексный план действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ, 2011–2015 гг. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/147738/wd15R_TB_111391_lko.pdf)

Были усовершенствованы институциональные возможности эпиднадзора за ВИЧ силами более чем 30 организаций в различных регионах Российской Федерации и путем реализации различных мероприятий, в рамках которых обучено эпидемиологическому надзору за ВИЧ 300 специалистов. Были проведены специализированные исследования распространенности ВИЧ/СПИДа среди групп населения, подверженных наиболее высокому риску, охватившие несколько наиболее проблемных регионов России и позволившие использовать фактическую информацию с мест для более точной оценки эпидемии ВИЧ среди ключевых групп населения.

По линии ВОЗ предусмотрены средства на укрепление материально-технической базы вирусологического отдела Института экспериментальной медицины в Санкт-Петербурге для подготовки вакцинных штаммов, необходимых для создания сезонных и пандемических вакцин. Также программа вакцинации ВОЗ поддерживает Региональную референс-лабораторию по диагностике полиомиелита, расположенную в Москве.

Неинфекционные заболевания (НИЗ) являются приоритетной областью для Российской Федерации. Текущее сотрудничество ВОЗ и Министерства здравоохранения Российской Федерации предполагает большое число мероприятий в данной области, начавшихся с разработки национальной стратегии предупреждения и борьбы с НИЗ и травматизмом в 2008 г.⁵⁶.

Российская Федерация поддержала проект ВОЗ по совершенствованию систем здравоохранения в целях предупреждения и борьбы с НИЗ (разрабатывая стратегии и политики по борьбе с НИЗ, усиливая общие системы эпидемиологического надзора, проводя мероприятия по пропаганде здорового образа жизни и обучая руководителей) в странах Восточной Европы и Центральной Азии, обеспечивая как финансовую, так и методическую поддержку силами национальных экспертов и ведущих

⁵⁶ Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (2008). Стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Российской Федерации

организаций, таких как Первый Московский медицинский университет им. И.М. Сеченова и Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины.

Активное сотрудничество ВОЗ и Министерства здравоохранения Российской Федерации позволяет проводить изучение связанных поведенческих факторов риска НИЗ, концентрируя внимание на социально-экономической среде и ситуациях, ведущих к потреблению табака и избыточному употреблению алкоголя.

В контексте решения проблемы потребления табака ВОЗ придерживается стратегии сотрудничества с Министерством здравоохранения. Меры по укреплению здоровья, направленные на сокращение распространенности курения, такие как, например, повышение акциза на табачную продукцию и создание среды, на 100% свободной от курения, – это лишь некоторые из целевых областей сотрудничества. РКБТ ВОЗ, а также сильное антитабачное законодательство, принятое Российской Федерацией в феврале 2013 г., служат эффективным руководством по осуществлению таких мер.

Подобным же образом ВОЗ оказывает необходимое техническое содействие по сокращению избыточного употребления алкоголя, помогая Министерству здравоохранения в разработке национальной стратегии. Предупреждение дорожно-транспортного травматизма является областью сотрудничества ВОЗ и Российской Федерации с 2009 г.

В соответствии с требованиями политики «Здоровье-2020» Европейского региона ВОЗ⁵⁷, проект позволяет усиливать межсекторальное сотрудничество различных министерств.

В ходе реализации проекта достигнуто устойчивое повышение использования ремней безопасности и сокращения числа нарушений скоростного режима в двух пилотных регионах Российской Федерации.

⁵⁷ Европейское региональное бюро ВОЗ (2013 г.). Здоровье-2020: Основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия (EUR/RC62/R4) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf)

Инструменты, разработанные при реализации межведомственных мероприятий, распространяются в других регионах. Вопросы устойчивой связи физического и психического здоровья решаются посредством долгосрочного научного сотрудничества с Европейским региональным бюро ВОЗ, что привело к назначению двух сотрудничающих центров ВОЗ, один из которых располагается в Москве, а второй – в Санкт-Петербурге. Российские эксперты внесли существенный вклад в разработку Европейского плана действий по охране психического здоровья⁵⁸, принятого в 2013 г. Продолжающееся сотрудничество в области укрепления здоровья привело к сотрудничеству на региональном уровне в пяти регионах России в области профилактики и борьбы с НИЗ посредством расширения межсекторальной работы. Совместные мероприятия включают разработку направленных на все население в целом программ профилактики НИЗ и мероприятий по укреплению здоровья, проведение образовательных и тренировочных курсов, перевод и адаптацию основных документов ВОЗ в области профилактики НИЗ и укрепления здоровья на русский язык и помощь в распространении опыта в странах Восточной Европы и Центральной Азии: при этом все вышеназванное привело к снижению распространенности соответствующих факторов риска.

Сотрудничество ВОЗ и Министерства здравоохранения Российской Федерации в отношении модели жизненного пути включает программы в таких областях, как водоснабжение, загрязнение воздуха, экологическое здоровье, с уделением особого внимания охране здоровья матерей, детей и подростков.

В сфере охраны окружающей среды в последние годы был реализован проект по измерению влияния климатических изменений на состояние здоровья населения, живущего в арктических районах Российской Федерации. На основании этой оценки были разработаны новые

⁵⁸ Европейское региональное бюро ВОЗ (2013 г.). Европейский план действий по охране психического здоровья (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/195187/63wd11r_MentalHealth-3.pdf)

адаптационные стратегии, чтобы подготовить систему здравоохранения и подготовиться реагировать на эти новые вызовы здоровью населения. В сфере охраны материнского и детского здоровья особая поддержка оказывалась на региональном уровне – это пропаганда грудного вскармливания и участие в обсуждениях воздействия инфекционных и неинфекционных заболеваний на здоровье женщин и их детей.

В последние два года при финансовой поддержке Российской Федерации ВОЗ начато привлечение российских экспертов, а также центров охраны материнского и детского здоровья в целях укрепления больничного потенциала как в сопредельных странах, так и на международном уровне.

С учетом стремительных демографических изменений, факторов риска и эпидемиологических изменений, происходящих в Российской Федерации, ВОЗ работает в тесном сотрудничестве с Российской академией медицинских наук над сбором необходимого фактического материала для формирования информированной системной политики в отношении охраны здоровья взрослого населения, концентрируя внимание на трендах и детерминантах здоровья пожилых людей. Российская Федерация принимала активное участие в разработке, а теперь и в осуществлении Европейского плана действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения⁵⁹ при посредстве Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, на базе которого открыт новый Сотрудничающий центр ВОЗ.

Чтобы оперативно и эффективно реагировать на события международной важности в области общественного здравоохранения, ВОЗ сотрудничает с Министерством по чрезвычайным ситуациям Российской Федерации (МЧС), также принимающим участие в глобальных программах ВОЗ по противодействию чрезвычайным ситуациям в качестве донора.

⁵⁹ Европейское региональное бюро ВОЗ (2012 г.). Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/171773/RC62wd12rev1_-Rus-updated.pdf?ua=1)

Совместно с Министерством здравоохранения они работают над повышением готовности страны к чрезвычайным ситуациям и ответным действиям в случае крупномасштабных событий и ситуаций большого скопления людей, таких как Летняя универсиада 2013 г. в Казани и Олимпийские игры 2014 г. в Сочи. Активное сотрудничество с Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) осуществляется, чтобы способствовать более эффективному применению Международных медико-санитарных правил в качестве правового инструмента надзора и обмена информацией о вновь возникающих угрозах, а также для мониторинга эпидемических заболеваний в стране.

За прошедшие годы сотрудничество ВОЗ и Министерства здравоохранения Российской Федерации позволило решить многие задачи в области улучшения состояния здоровья населения.

Однако чтобы обеспечить более эффективный ответ на вызовы нового века, в будущем необходим более стратегический подход. Техническая поддержка ВОЗ, ее беспристрастная роль в сфере адвокации и объединяющий потенциал заслужили признание технических партнеров, реализующих программы в стране.

Хорошим примером такой практики является Рабочая группа высокого уровня по борьбе с туберкулезом, обсуждающая техническое сотрудничество в области борьбы с туберкулезом и с МЛУ-ТБ с участием заинтересованных сторон в Российской Федерации.

Техническое руководство ВОЗ способствовало ратификации РКБТ ВОЗ. Совместно с Министерством здравоохранения начат диалог по проблемам охраны общественного здоровья в области обеспечения безопасности дорожного движения.

Все еще остается множество нерешенных задач, в частности в борьбе с НИЗ, например, такими как инсульт, и соответствующими факторами риска, включая злоупотребление алкоголем, потребление табака, нездоровое

питание и гиподинамию. НИЗ представляют значительную угрозу благосостоянию населения и системе здравоохранения и являются вызовом экономическому развитию страны.

Сердечно-сосудистые заболевания, рак и диабет – это первоочередные причины смертности, ведущие к сокращению продолжительности жизни, особенно в сравнении с другими западными странами. Международные медико-санитарные правила и обеспечение охраны здоровья в целом требуют совершенствования навыков и повышения квалификации медицинских работников; необходимо полномасштабное использование новых технологий электронного здравоохранения.

Рамочная политика Европейского региона ВОЗ «Здоровье-2020» станет полезным инструментом решения этих проблем. Как указано выше, Российская Федерация становится влиятельной страной-донором. Продуктивное сотрудничество с ВОЗ будет способствовать дальнейшему возрастанию роли России и ее присутствия в сфере общемирового здравоохранения в целях поддержки нуждающегося населения во всем мире.

3 Определение стратегических направлений сотрудничества РФ и ВОЗ в контексте глобализации и устойчивого развития в 21 веке

3.1 Основные характеристики процесса глобализации и устойчивого развития и их влияние на современные тренды международного сотрудничества

Глобализация выдвигает такие вопросы, как экономика, культура, демократия, здравоохранение и образование, в глобальную повестку дня в области устойчивого развития, интегрируя не только экономику, но и культуру, технологию и управление, создавая в то же время как возможности, так и проблемы. Устойчивое развитие можно рассматривать как противовождение от некоторых негативных проявлений глобализации, способ содействия лучшей жизни и более безопасному миру для всех.

Некоторые авторы (Torres)⁶⁰ рассматривают глобализацию как повышение однородности обществ, в то время как другие рассматривают ее как усиление гибридизации культур и разнообразия. Для других глобализация-это эволюционирующая операция власти многонациональных корпораций и государственной власти, или стержень для экологических действий, демократизации и гуманизации.

Глобализация не может быть проанализирована только с точки зрения полярных дискретных противоположностей, но должна рассматриваться как пограничная ситуация между двумя историческими эпохами. Как таковая, она представляет собой сложное, многоплановое явление, которая включает в себя различные уровни, потоки, напряжения и конфликты, такие, что на транс-дисциплинарных социальной теории необходимо определить его характерные черты, динамика, траектории, проблем и возможных вариантов

⁶⁰ Torres, Alberto Carlos (2012) Globalization Education, and Citizenship: Sol Markets?. American Educational Research Journal, Vol. 39, No. 2, Education and Democracy, pp. 363-378

будущего (Axtmann)⁶¹ процесс глобализации считается размывание национальных границ, перекладывание солидарности внутри и между национальными государствами, и глубоко влияет на конституциях и национальных интересов-группы идентичности. Она объединяет не только экономику, но и культуру, технологии и управление.

Глобальные рынки, глобальные технологии, глобальные идеи и глобальная солидарность могут обогатить жизнь людей во всем мире. Задача состоит в том, чтобы обеспечить справедливое распределение благ, и чтобы эта растущая взаимозависимость действовала в интересах людей, а не только в интересах получения прибыли⁶².

Международному сообществу необходимо уделять более пристальное внимание воздействию глобализации на благосостояние людей, сводя к минимуму ее негативные побочные последствия путем реформирования системы управления на международном, региональном и местном уровнях. Глобализация-это концепция, которая находится в центре обсуждений директивных органов в области образования, ученых, специалистов и практиков во всем мире, вызывая интенсивные дискуссии и исследования. Дискуссия о характере, причинах, элементах, последствиях и последствиях глобализации носит плодотворный, довольно противоречивый и очень важный характер. Глобализация затрагивает каждую страну по-разному в силу индивидуальной истории, традиций, культуры, ресурсов и приоритетов каждой страны (UNESCO)⁶³. Процесс глобализации оказывает сильное влияние на здравоохранение.

Вопросы глобализации в социальной сфере затронуты в материалах Международной организации труда, посвященные социальным последствиям глобализации, Всемирной Комиссии по социальным аспектам глобализации, Комиссия ООН по социальному развитию. Тема глобализации

⁶¹ Axtmann, Roland (1998) *Globalization and Europe: theoretical and empirical investigations*. Hardcover, Pinter Publishers pp 24

⁶² Human Development Report (HDR 1999) „Globalization with a Human Face”

⁶³ UNESCO (2009) *World Conference on Education for Sustainable Development* 31 March – 2 April 2009 Bonn, Germany

здравоохранения исследуется в работах зарубежных и отечественных ученых: объектом их внимания стали социальные детерминанты здоровья в условиях глобализации⁶⁴, история и эволюция глобального здравоохранения, роль университетов в смене парадигмы⁶⁵, достоинства и недостатки мирового здравоохранения, пути совершенствования механизмов управления глобальным здравоохранением⁶⁶, особенности функционирования здравоохранения в разных странах мира, анализ типичных проблем предоставления медицинских услуг и условия их решения в контексте активизации роли общественного сектора экономики⁶⁷; глобальная политика в области здравоохранения, обоснование значения локального (местного) уровня политики, вклада общин и общественности в формировании и реализации стратегии охраны здоровья⁶⁸.

Формы проявления глобализации в здравоохранении представлены на рисунке 3.1.

Раскроем их содержание. Глобализация способствует росту роли международных институтов, регулирующих сферу здравоохранения на наднациональном уровне (ООН, ВОЗ, Глобальный фонд по борьбе с ВИЛ/СПИДом и туберкулезом, малярией и их подразделения). Они действуют совместно, принимают во внимание позиции друг друга, формируя, таким образом, единую мировую сеть здравоохранения и соответствующую глобальную политику, призванную, в частности, координировать усилия, мобилизуют средства на реализацию Глобальных стратегий здравоохранения.

⁶⁴ Labonté R., Schrecker T. Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.globalizationandhealth.com/content/3/1/5>

⁶⁵ Реджани Л., Садиг М. Глобальное здравоохранение и роль университетов // Казанский мед. журнал, 2011. – № 5. – Т. 92 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://cyberleninka.ru/article/n/globalnoe-zdravoohranenie-i-rol-universitetov>

⁶⁶ Дэйвид И. Блум. Управление глобальным здравоохранением // Финансы & развитие, декабрь. 2007. – С. 31-35 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/rus/2007/12/pdf/bloom>

⁶⁷ Длугопольський О.В. Охорона здоров'я в системі глобальних суспільних благ: міжнародні порівняння / О.В. Длугопольський // Економічна теорія. – 2011. – № 3. – С. 83-97.

⁶⁸ Семигіна Т.В. Політичні аспекти охорони здоров'я: на перетині глобального і локального. – К. : Вид-во «Києво-Могилянська академія», 2013.



Рисунок 3.1 - Формы проявления глобализации в здравоохранении

Хорошее здоровье может повысить личный и национальный доход. Bloom и Canning утверждают, что теперь у нас есть «веские причины и веские доказательства» полагать, что улучшение здоровья стимулирует экономическое развитие. «Веские причины» включают в себя влияние

улучшения состояния здоровья в таких областях, как производительность труда, образование, инвестиции, доступ к природным ресурсам и соотношение числа работников и иждивенцев. Эти «убедительные доказательства» происходит из трех типов исследований: исторических исследований, микроэкономического анализа на индивидуальном и бытовом уровне, так и макроэкономических исследований, оценить эффект мер здравоохранения на национальном уровне доходов, рост доходов, или инвестиций⁶⁹.

Хотя в некоторых исследованиях не сообщалось о какой-либо связи, большинство фактических данных вместе с присущей им правдоподобностью в целом указывают на то, что улучшение здоровья связано с более высоким доходом. Например, в рамках обследования семейной жизни в Индонезии рост на 1% был связан с 5-процентным увеличением доходов взрослых мужчин⁷⁰. Макроэкономические исследования поскольку микроэкономические исследования не учитывают экономический рост в совокупном доходе страны, такие исследования должны дополняться макроэкономическими исследованиями, в которых используются показатели национального роста. Некоторые макроэкономические исследования, проведенные за последние два десятилетия, свидетельствуют о том, что влияние улучшения состояния здоровья на уровень доходов на национальном уровне может быть даже больше, чем на индивидуальном уровне.

Опубликованная литература о взаимосвязи между здоровьем и экономическим ростом не является исключением. Недавний доклад Асемоглу и Джонсон⁷¹ показывает, что, хотя улучшение состояния здоровья и приводит к росту доходов, оно также приводит к более чем

⁶⁹ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World urbanization prospects, the 2011 revision. http://esa.un.org/wpp/ppt/CSIS/WUP_2011_CSIS_4.pdf (accessed Oct 17, 2013).

⁷⁰ Alleyne GA, Cohen D. Health, economic growth, and poverty reduction. The report of working group 1 of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Health Organization, 2002. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241590092.pdf> (accessed April 26, 2013).

⁷¹ Acemoglu D, Johnson S. Disease and development: the effect of life expectancy on economic growth. *J Polit Econ* 2017; 115: 925–84.

компенсаторному увеличению рождаемости и потенциальному сокращению доходов на человека. Блум и коллеги⁷², однако, утверждают, что более долгосрочная перспектива предполагает, что в конечном счете преобладает позитивное влияние на доходы. Джеймисон и коллеги⁷³ проанализировали исторические, микроэкономические и макроэкономические исследования и на основе собственных анализов пришли к выводу о том, что около 11% экономического роста в странах с низким и средним уровнем дохода в период 1970-2000 годов было обусловлено сокращением смертности среди взрослого населения. Совокупность этих новых данных свидетельствует о важном выводе. При распределении бюджетных ресурсов, осуществление правильных инвестиций в здравоохранение улучшает социальное обеспечение и стимулирует экономический рост. Хорошее здоровье может увеличить полный доход и устойчивое благосостояние.

Люди придают большое значение более долгой и здоровой жизни, и за последние 40 лет были разработаны и усовершенствованы методы количественной оценки этой ценности в денежном выражении.

Основные функции систем здравоохранения -предоставление услуг, медицинские работники, лекарства, информационные системы, управление и финансирование-требуют значительных дополнительных инвестиций во всех странах с низким и средним уровнем дохода. Нехватка персонала является особым препятствием для расширения услуг - слишком мало врачей и медсестер, предоставляющих медицинские услуги, большинство из них работают в городах⁷⁴.

Структурные инвестиции в систему здравоохранения должны сопровождать все расходы—глобальные или внутренние-на отдельные мероприятия. Со временем такие инвестиции сольются в базовую

⁷² Bloom D, Canning D, Fink G. Disease and development revisited. National Bureau of Economic Research Working Paper 15137. 2009. <http://www.nber.org/papers/w15137> (accessed March 13, 2013).

⁷³ Jamison DT, Lau LJ, Wang J. Health's contribution to economic growth in an environment of partially endogenous technical progress. In: Lopez-Casasnovas G, Rivera B, Currais L, eds. Health and economic growth: findings and policy implications. Cambridge, MA: The MIT Press, 2015: 67–91.

⁷⁴ Suhrcke M, Arce RS, McKee M, Rocco L. Economic costs of ill health in the European Region. In: Figueras J, McKee M, eds. Health systems, health, wealth and societal well-being. Maidenhead: Open University Press, 2012.

многофункциональную форму медицинского обслуживания, которая может обеспечить пожизненную помощь людям с хроническими заболеваниями и создать основу для лечения целого ряда проблем в области здравоохранения.

Хотя в некоторых странах эти инвестиции могут финансироваться за счет внутренних средств, компоненты этой платформы будут нуждаться в постоянной глобальной помощи в области здравоохранения во многих странах с низким уровнем дохода. На ранних этапах развития систем здравоохранения ограниченные управленческие ресурсы лучше всего направлять на специализированные услуги (например, услуги в связи с ВИЧ или дородовой уход). Но по мере роста ресурсов и пакетов услуг стран, управленческий опыт будет необходим для интеграции предоставления услуг, чтобы предотвратить неэффективность и дублирование, которые стимулируют затраты и снижают эффективность здравоохранения⁷⁵.

Интеграция особенно важна для больных, которые имеют клинические особенности, которые часто нуждаются в комплексном диагностическом и лечебном подходе.

В нескольких странах надежные клиники первичной медико-санитарной помощи с квалифицированными поставщиками услуг и мощной инфраструктурой, и цепочками поставок товаров доказали свою эффективность в качестве эффективной платформы для глобального устойчивого развития.

Одной из характерных особенностей передовой системы здравоохранения является способность обеспечить бесперебойное функционирование системы оказания помощи (например, перевести раненого пациента из общины в местную клинику для оказания первой помощи, а затем в районную больницу с хирургическим потенциалом для лечения). Вне системы здравоохранения важная роль отводится политике в области народонаселения, направленной на устранение ключевых факторов

⁷⁵ Clements B, Coady D, Gupta S, eds. The economics of public healthcare reform in advanced and emerging economies. Washington, DC: International Monetary Fund, 2012. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/books/2012/health/healthcare.pdf> (accessed April 26, 2013).

риска, связанных с инфекциями, болезнями и травмами, таких как плохое водоснабжение и санитария, небезопасный секс, употребление табака и небезопасные дороги.

Несмотря на значительный прогресс, достигнутый с 1993 года, в странах с низким и средним уровнем дохода сохраняется огромное бремя предотвратимой смертности. Основными причинами этого бремени являются детская и материнская смертность, мертворождаемость, ВИЧ/ СПИД, туберкулез, малярия и забытые тропические болезни.

Исторические прецеденты, безусловно, существуют для достижения быстрого снижения предотвратимой детской и материнской смертности, даже в условиях низких доходов. Например, Бангладеш, Эквадор, Египет и Индонезия смогли снизить уровень смертности детей в возрасте до 5 лет по крайней мере на 40% в период 1991-2000 годов, в основном за счет целенаправленных медицинских интервенций⁷⁶.

Глобализация обнаруживает новые пути одоления мирового технологического неравенства, все большее количество стран обретают каналы доступа к новейшим медицинским технологиям и их применению. Интенсивное внедрение новых медицинских технологий формирует нужные условия для дальнейшей специализации рынка медицинских услуг и увеличения тенденции к стандартизации процессов производства и потребления медицинских услуг.

Формирование мировых рынков медицинского оборудования и фармацевтической продукции, а также усиление международных научных связей в области медицины приводят к стандартизации производства и потребления медицинских услуг, способствуя развитию мирового рынка медицинских услуг. Наиболее важной предпосылкой развития мирового рынка медицинских услуг остается долговременный экономический рост на рынках отдельных стран. Укрепление национальной экономики приводит к

⁷⁶ Croghan TW, Beatty A, Ron A. Routes to better health for children in four developing countries. *Milbank Q* 2016; 84: 333–58.

увеличению доходов ее жителей и не может не вызывать дополнительной потребности в медицинских услугах. Роль национального рынка в развитии мирового рынка медицинских услуг, определяется степенью формирования экономики. При том важным показателем конкурентоспособности считается инфраструктура рынка медицинских услуг, что формируется одновременно с экономикой государства в целом.

В малоразвитой экономике с несформированными или ненасыщенными рынками индивидуальная практическая деятельность по предоставлению врачебных услуг располагается на низком уровне. Функции по обеспечению жителей медицинской помощью в существенной мере исполняются государством.

При этом степень государственного регулирования ограничивается поддержанием санитарных общепризнанных мер и гигиеничных стандартов. Муниципальные больницы не обеспечены в полной мере необходимым оснащением и предоставляют небольшой размер услуг невысокого качества.

Социальное страхование в необходимой мере никак не сформировано и, как результат, медицинское обслуживание оплачивается в большей степени личными денежными средствами населения.

В силу того, что медицинское образование также еще не достигло высокого уровня, сотрудники здравоохранения представлены в основном низкоквалифицированным персоналом и врачами общей практики. Для того чтобы возместить недостаток медицинских кадров, в рамках деятельности благотворительных и интернациональных некоммерческих организаций приглашаются иностранные специалисты. Более того, государства с малоразвитыми системами здравоохранения считаются главными покупателями врачебных услуг, предоставляемых в рамках интернациональных гуманитарных медицинских организаций.

Рейтинговый показатель эффективности систем здравоохранения различных государств составлен агентством Bloomberg. Рейтинг включает в себя три основных признака, которые определяют эффективность: средняя

продолжительность жизни населения, Государственные затраты на здравоохранение и стоимость медицинских услуг на душу населения. Данные рейтинга приведены в приложении 2. Необходимо отметить, что тройку лидеров составляют: Гонконг, Сингапур и Испания. Россия занимает последнее место в рейтинге. В пятёрке худших, помимо России, также находятся Бразилия, Азербайджан, Колумбия и Иордания.

Таблица 3.1 – Оценка объема рынка медицинских услуг 2006 – 2014 гг. (млрд. долл. США)⁷⁷

Регион	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Среднегодовые темпы роста
Северная Америка	1182	1291	1312	1372	1418	1463	1577	1643	1712	4,2
Латинская Америка	139	167	160	174	183	193	235	253	272	7,7
Западная Европа	160	176	191	209	210	211	215	224	234	4,3
Центральная и Восточная Европа	247	266	301	264	301	337	358	375	394	5,4
Ближний Восток и Африка	113	122	124	110	130	152	184	197	211	7,2
Азия и Австралия	501	456	433	515	577	637	781	832	886	6,5
Итого	2342	2478	2521	2644	2819	2993	3350	3524	3709	6,8

Глобализация способствует монополизации транснациональными компаниями (ТНК) мирового фармацевтического рынка благодаря эффекту масштаба, законодательству и судебной практике в области прав интеллектуальной собственности. Рост отрасли и получение сверхприбылей фармацевтическими гигантами стали возможными из-за огромных инвестиций в инновации и разработку новых лекарств, агрессивного международного маркетинга, опирающегося на асимметрию информации, использования интернет-ресурсов для ускорения

⁷⁷ Современные тенденции развития мирового рынка медицинских услуг : диссертация ... кандидата экономических наук : 08.00.14 / Герасимов Павел Андреевич; [Место защиты: Моск. гос. ин-т междунар. отношений], Москва, 2015

коммуникации между участниками продвижения товаров, включая врачей. Так по информации СМИ, фармацевтическая промышленность инвестирует 27 млрд долл. ежегодно в исследования, но большая их часть – препараты, которые удлиняют или облегчают жизнь относительно здоровых потребителей (препараты для роста волос, уменьшение импотенции, борьбы с холестерином, для устранения стресса)⁷⁸.

Данным организациям гораздо выгоднее разрабатывать и производить лекарства от тех заболеваний, которыми страдает население развитых стран (сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, ожирение и др.).

В это же время прогрессирующим в менее развитых странах (например, на Африканском континенте) заболеваниям уделяется со стороны фармацевтов недостаточно внимания, а от некоторых болезней (например, сонной лихорадки в Африке) и вовсе перестали разрабатываться лекарственные средства. Конфликт интересов частично нашел разрешение в рамках ВТО: наименее развитым странам было разрешено копирование запатентованных фармпрепаратов для того, чтобы избежать национального бедствия, однако нерешенным остался вопрос, на каких производственных мощностях данные страны будут производить дженерики.

Интернационализация и глобализация рынка лекарств, а также хищная деятельность ТНК приводят к росту цен на лекарства. Доминирующая часть всей мировой продукции фармацевтики сосредоточена в ТНК США, Японии, Европы – доля рынков этих стран составляет почти 80% мирового рынка лекарств.

Кроме того, отсутствие жесткой регуляторной системы дает возможность глобальным фармацевтическим компаниям снижать требования к качеству лекарств, условий их производства с целью уменьшения их себестоимости. Этому способствуют аутсорсинг и вынесение вредного фармацевтического производства в развивающиеся страны.

⁷⁸ Пашков В. Глобалізація фармацевтичного ринку як загро- за економічного суверенітету України // Аптека № 24(895), 17 червня 2013 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/235037>.

Присущий для деятельности иностранных ТНК эффект масштаба не достижим для отечественных компаний, которые длительное время находились за «железным занавесом», а сейчас используются для обогащения олигархии. Жесткая конкуренция за право закупки лекарств (а не их разработки) и бюджетные деньги, прямой подкуп врачей усугубляет ситуацию в отрасли. При низкой заработной плате дополнительный «гонорар» от фармкомпаний за рекламу лекарств, за рекомендацию аптеки является неформальным экономическим стимулом для поставщика медицинских услуг.

С другой стороны, фармацевтический рынок имеет возможность получения взаимовыгодного обмена технологиями. Однако соблюдение равновесия в этом процессе требует наличия соответствующей экономической политики, положения которой должны быть обязательно трансформированы в механизмы ее хозяйственно-правовой политики.

Либерализация торговли медицинскими услугами ведет к тому, что все большее число людей получает медицинские услуги за рубежом. Это может происходить по различным причинам.

Во-первых, рыночная система здравоохранения является подчас недоступной для населения в силу своей дороговизны (например, в США). Во-вторых, качество системы здравоохранения, отсутствие необходимых специалистов и жизненно важных лекарственных препаратов в аптеках некоторых стран (например, страны Африки, южнее Сахары) приводит к тому, что население, если есть средства, вынуждено получать медицинскую помощь за рубежом.

В-третьих, такие страны, как Куба, Индия, Малайзия, Таиланд используют свои конкурентные преимущества (дешевая рабочая сила при высоком уровне образования) для развития такого сегмента, как медицинский туризм, и весьма преуспели в этом.

За минувшие несколько лет известность медицинского туризма в высокоразвитых государствах, подобных США, очень увеличилась. Число

медицинских туристов из США увеличилось с полумиллиона в 2007 г. вплоть до примерно 1,25 млн в 2014 г. Согласно оценкам Организации экономического сотрудничества и развития в целом в обществе больше 50 млн. человек каждый год отправляются на лечение в другие государства.

Эти сведения свидетельствуют о существенном увеличении медицинского туризма. Согласно различным данным размер доходов в 2014 г. составил от 50 до 65 млрд. долл. США. Прогнозируется дальнейшее увеличения приблизительно на 20%. Невзирая на, то что довольно трудно составить полную четкую статистику по медицинскому туризму, данные характеристики свидетельствуют в существенных возможностях отрасли в перспективе.

Главными направлениями развития медицинского туризма в мире являются США, Германия, Турция, Индия, Таиланд, а также Канада, Мексика, Коста-Рика, Великобритания, Франция, Испания, Иордания, Дубай, Малайзия, Сингапур, Япония, Корея, Филиппины, ЮАР. Только из США в 2012 году с целью получения медицинской помощи за рубежом выехали за границу более 2,7 млн граждан.

Главные прибыли от медицинского туризма сегодня получают США, Германия, Турция, Индия и Таиланд.

Однако в последнее время серьезную конкуренцию им стали составлять клиники новых развивающихся: Индии, Бразилии, Боливии, Коста-Рики, ЮАР.

Один из негативных последствий глобализации – неравномерное распределение выгод от нее в пользу постиндустриальных стран, опирающихся на богатую ресурсную базу. Для них характерен опережающий рост расходов на здравоохранение на душу населения по сравнению с их ростом в других сферах экономической деятельности. Этой тенденции способствуют дальнейшая демократизация общества, внимание к правам человека, а также рост ее роли в создании нематериальной составляющей ВВП, введение

дорогостоящих медицинских технологий; рост затрат на разработку новых лекарств; старение населения и появление новых болезней.

Для России это – вызов, потому что общественные ресурсы здравоохранения крайне ограничены. ВОЗ рекомендует правительствам направлять на отрасль 6-8% ВВП для нормального воспроизведения жизнедеятельности людей (критический предел – 3%).

В среднем по странам ОЭСР они составляют 9,4% и это выше 8,6%, что были до кризиса. Для сравнения, по данным ОЭСР: в США – 16,9% ВВП в Нидерландах – 11,8% от ВВП, Франции – 11,6%, Швейцарии – 11,4%, Португалии – 10,2%⁷⁹.

Существует пропасть в возможностях доступа к качественным медицинским услугам между богатыми людьми развитых стран и бедными людьми бедных стран.

Неуправляемая глобализация приводит к росту виртуального финансового капитала, который не знает границ, спекулятивных денег, теневой экономики, выводу капитала в оффшорные зоны, дефициту ресурсов и макроэкономическому дисбалансу, дестабилизирующему отечественное здравоохранение.

Детальные исследования показывают то, что системы здравоохранения практически во всех государствах сталкиваются с трудностями увеличения потерь и отсутствия врачебной поддержки для части населения. Тот или иной многоцелевой модификации системы здравоохранения, подходящей для всех, безусловно, не имеется. Степень централизации, регулирования, распределения издержек среди всех граждан, а кроме того значимость индивидуального страхования в области медицинских услуг в различных государствах очень различаются. Тем не менее, единые тенденции формирования общенационального здравоохранения в обществе дают возможность сделать последующие выводы:

⁷⁹ Рейтинг расходов развитых стран на здравоохранение [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://stop-news.com/4105-reyting-rashodov-razvityh-stran-nazdravoohranenie.html>.

Наличие медицинского страхования никак не равносильно общему доступу к услугам здравоохранения. В практике многих государств страхование имеется у абсолютно всех, однако медицинское обслуживание в её рамках дозируется, либо людям приходится длительно ожидать очередности на лечение.

Рост расходов в систему здравоохранения свойственен никак не только для США. Несмотря на то в иных государствах данные затраты составляют минимальную долю ВВП и ВВП на душу населения, они возрастают почти повсюду, порождая дефицит бюджета, повышение налогов и сокращение социальных льгот⁸⁰.

В государствах, где упор производится на государственном контроле над здравоохранением, жители с максимальной вероятностью сталкиваются со списками ожидания, нормированием услуг, лимитированием в выборе доктора и другими препятствиями в области врачебной поддержки.

Страны, где системы здравоохранения более результативны, достигают такого итога за счет отказа от централизованного государственного контролирования и опоры на рыночные механизмы — конкурентную борьбу, распределение потерь, рыночные цены и независимость выбора потребителей.

Ни в одном государстве не идет речь об отмене всеобщего медицинского страхования, однако отдаление от централизованного государственного контроля и переход здравоохранения на рыночную основу необходимо признать доминирующей мировой направленностью.

В последнее время Россия является инициативным участником международного рынка медицинских услуг, так как здесь можно получить практически любое лечение, за исключением детской трансплантологии⁸¹. В России ведутся медицинские операции по мировым стандартам, с результатами на уровне наилучших больниц мира. При этом на

⁸⁰ Майкл Тэннер Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах // http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/m_03.html

⁸¹ Михеев С. Доктор Aibolit // Российская газета. 2012. № 29(5702)

высокотехнологичные операции для российских граждан квоту дает государство. Всемирно известные отечественные центры регулярно принимают пациентов из стран ближнего и дальнего зарубежья, которых по тем или иным основаниям не устраивают ведущие мировые клиники.

3.2 Приоритеты развития здравоохранения в условиях глобализации и устойчивого развития

Достижение лучших результатов в области здравоохранения в Европейском регионе требует значительного укрепления функций и потенциала общественного здравоохранения. Хотя возможности и ресурсы, вложенные в здравоохранение варьируются в Европейском регионе, необходимость инвестировать в здравоохранение организационных мероприятий и создания потенциала и укрепления охраны здоровья, укреплению здоровья и профилактике заболеваний признаны в качестве приоритетных. Одним из путей продвижения вперед может быть пересмотр и адаптация законов в области общественного здравоохранения в целях модернизации и укрепления функций общественного здравоохранения. Сотрудничество в решении глобальных проблем в области здравоохранения и охраны здоровья трансграничного характера приобретает все большее значение, равно как и координация внутри стран, которые передали и децентрализовали функции в области общественного здравоохранения. Услуги общественного здравоохранения должны быть ценными и основанными на фактических данных и основываться на разработке политики, распределении ресурсов и стратегическом развитии в целях укрепления здоровья. Эти услуги представляют собой инвестиции, которые имеют как внутреннюю ценность, так и фактор, способствующий экономической производительности и созданию богатства. Эти инвестиции являются краеугольным камнем достижения политики здоровье-2020.

Объединяющим принципом общественного здравоохранения является его сущностный «общественный» характер и то, что он в основном ориентирован на здоровье всего населения. Общественное здравоохранение выходит за рамки сектора здравоохранения, охватывая широкий круг заинтересованных сторон во всем обществе для устранения причинно-следственных связей - как непосредственных причин заболеваний, так и социальных детерминант. Вместе с тем во многих странах Европейского региона отсутствует общее понимание того, что представляет собой общественное здравоохранение и услуги в области общественного здравоохранения; навыки и инфраструктура во всем регионе неоднородны; и потенциал для решения современных проблем общественного здравоохранения остается очень ограниченным во многих странах.

В некоторых странах отсутствие политической приверженности сдерживает развитие здравоохранения.

Одним из ключевых элементов дальнейшего развития общественного здравоохранения является более систематическая интеграция его принципов и услуг во все слои общества, повышение информированности всего общества и всего правительства, межсекторальные действия, здравоохранение во всех стратегиях и укрепление систем здравоохранения.

Переориентация общественного здравоохранения в центр улучшения здоровья требует инвестиций в здравоохранение и рассматривает его как инвестиции в долгосрочное здоровье и благополучие населения в целом. Лидеры общественного здравоохранения должны быть в состоянии инициировать и информировать политические дебаты на политическом, профессиональном и общественном уровнях для пропаганды политики и действий по улучшению здоровья. Эта дискуссия будет опираться на всестороннюю оценку потребностей в области здравоохранения и потенциала в интересах укрепления здоровья в масштабах всего общества.

Для этого потребуется проанализировать более широкие стратегии в области здравоохранения, создать новаторские сети для действий во многих

различных секторах и субъектах и действовать в качестве катализатора перемен.

ВОЗ планирует долгосрочное международное сотрудничество с Россией в области онкологических исследований.

Первый шаг в этом направлении сделан – это разработка общей стратегии профилактики и контроля неинфекционных заболеваний, которая сейчас находится на стадии обсуждения. Регистр позволит хорошее планирование, моделирование ситуаций, связанных с эпидемиологией онкологических заболеваний, где надо делать упор и как работать совместно. Сотрудничество будет идти сразу по нескольким направлениям: через офис представителя ВОЗ в РФ, через региональное бюро и через штаб-квартиру организации, а привлекаться будут эксперты ВОЗ и национальные эксперты всего мира⁸².

Стратегией странового сотрудничества Всемирной организации здравоохранения и Министерства здравоохранения Российской Федерации предусмотрено три приоритетных направления сотрудничества.

Основная Приоритетная область № 1 - Совершенствование системы здравоохранения путем улучшения первичной медико-санитарной помощи и всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Содействие оказанию первичной медико-санитарной помощи и достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения, с тем чтобы все население имело равный доступ к высококачественному медицинскому обслуживанию, медицинским продуктам и соответствующим современным технологиям, в сочетании с финансовой защищенностью являются приоритетами повестки дня ВОЗ. Российская Федерация в своем национальном плане развития здравоохранения в значительной степени обновляет концепцию первичной медико-санитарной помощи, как это

⁸² ВОЗ планирует международное сотрудничество с Россией в области онкологических исследований // <http://kd-z.ru/naberezhnye-chelny/voz-planiruet-mezhdunarodnoe-sotrudnichestvo-s-rossiej-v-oblasti-onkologicheskikh-issledovaniy/>

разъяснено выше, и всеобщего охвата услугами здравоохранения, что позволит устранить имеющиеся неравенства.

Обмен положительным опытом совершенствования деятельности системы здравоохранения может быть рассмотрен как инструмент проведения политического диалога в странах со сходной организацией системы здравоохранения с целью улучшить оказание медико-санитарной помощи.

Этот механизм также создает базу для вложения ресурсов как на глобальном, так и на региональном уровнях ВОЗ и служит руководством по осуществлению таких стратегий в области общественного здравоохранения, как План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, Международные медико-санитарные правила, Стратегия и план действий в поддержку здорового старения в Европе, и Европейская хартия по окружающей среде и охране здоровья.

Основная Приоритетная область № 2 - Повышение качества и использование информационных систем здравоохранения.

Европейское региональное бюро ВОЗ и Министерство здравоохранения Российской Федерации будут по мере возможности вести работу по совершенствованию национальной информационной системы здравоохранения, поддержке эпидемиологического надзора и мониторинга, а также планированию новых приоритетов здравоохранения. Эта работа будет проводиться силами сотрудничающих центров ВОЗ и специализированных учреждений в стране.

ВОЗ может взять на себя обязательство предоставить большой объем международных научных материалов в данной области и информационные базы данных на русском языке, а Российская Федерация может, в свою очередь, оказать финансовую поддержку, способствуя расширению использования русского языка.

Основная Приоритетная область № 3 - Укрепление кадрового потенциала здравоохранения.

С учетом технической возможности ВОЗ способствовать внедрению стандартов и политик развития кадрового потенциала здравоохранения в государствах- членах Организация может оказать содействие в создании сетей, обмене опытом и предоставлении стратегической консультативной помощи в целях повышения мотивации персонала и повышения его подготовки с учетом вновь возникающих приоритетов здравоохранения и новейших технологий, используемых современными системами здравоохранения.

Министерство здравоохранения Российской Федерации может поставить перед своими ведущими учебными заведениями, известными своим высочайшим уровнем преподавания и методиками, задачу разработки обучающих курсов для медицинского персонала как самой страны, так и сопредельных государств, в которых русский используется в качестве рабочего языка в научно- исследовательской среде.

Офис ВОЗ в Российской Федерации будет обеспечивать ежедневную связь с Министерством здравоохранения Российской Федерации, национальными научно-исследовательскими организациями, сотрудничающими центрами ВОЗ и другими международными партнерами в стране, поддерживая технический вклад со стороны Европейского регионального бюро ВОЗ и штаб-квартиры ВОЗ, а также оказывая поддержку в области информационного обмена по потребностям и проблемам с соответствующими техническими подразделениями трех уровней Организации.

Представленные данные свидетельствуют, что для России актуальны все задачи по достижению здоровья для всех, сформулированные в Европейской стратегии ВОЗ как некие универсальные ориентиры. Более того, по многим направлениям динамика показателей здоровья в России противоположна мировым тенденциям. Таким образом, ситуация объективно

требует принятия и реализации обоснованных мер по улучшению здоровья населения.

Планируя столь масштабную работу, важно сформулировать основные принципы и условия, от соблюдения которых во многом будет зависеть ее эффективность. Одним из таких условий является соответствие идеологических принципов концепции «Здоровье для всех» методическим и организационным условиям ее разработки, реализации и мониторинга. Идея межсекторального подхода к проблемам здоровья населения требует создания адекватной организационной структуры - возможно в виде Национального института здоровья, основными задачами которого могут быть: разработка научно-обоснованной политики в сфере укрепления и охраны здоровья населения с учетом региональной специфики ситуации; разработка в соответствии с рекомендациями ВОЗ национальной программы «Здоровье для всех россиян», объединяющей усилия различных отраслей и ведомств по критерию здоровья; создание системы мониторинга здоровья населения; объективное информирование руководящих органов страны (Президент, Правительство, Парламент, Совет Безопасности, Главы администраций субъектов Российской Федерации) о состоянии, тенденциях и прогнозах здоровья населения, о необходимых мерах по улучшению ситуации. Сегодня крайне необходима общенациональная программа действий в области здравоохранения. В ее основу должна быть положена ясная концепция защиты здоровья народа и единая стратегия.

Заключение

Во второй половине двадцатого века были достигнуты заметные успехи в области глобального здравоохранения, что было вызвано быстрым экономическим ростом и беспрецедентными научными достижениями. ВОЗ играет очень важную роль в разработке политики в области здравоохранения, а также в обеспечении технического сотрудничества со своими государствами-членами.

Однако абсолютная нищета по-прежнему распространяется во многих частях мира. Различия в состоянии здоровья и богатстве растут между странами и внутри стран. Более миллиарда человек лишены преимуществ современной медицинской науки. Каждый пятый человек в мире не имеет доступа к безопасной питьевой воде. Только на инфекционные болезни приходится 13 миллионов смертей в год, большинство из которых - в развивающихся странах.

Чрезмерное потребление и практика загрязнения привели к глубоким климатическим изменениям, которые влияют на окружающую среду и здоровье людей. Глобализация торговли и маркетинга привела к резкому увеличению потребления табака, алкоголя и продуктов с высоким содержанием жиров, наряду с нездоровым образом жизни.

Широко распространенное недовольство услугами здравоохранения в конце 1960-х и начале 70-х годов привело к попыткам найти альтернативный подход к стандартному медицинскому обслуживанию, а в конечном итоге к проведению совместной конференции ВОЗ/ЮНИСЕФ в Алма-Ате в 1979 году.

Цель "здоровье для всех", принятая государствами-членами на Всемирной Ассамблее здравоохранения 1977 года, требует достижения всеми людьми мира такого уровня здоровья, который позволит им вести социально и экономически продуктивную жизнь. В 1978 году ВОЗ и ЮНИСЕФ выступили коспонсорами исторической Международной конференции по

первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Алма-Ате, на которой международное сообщество по вопросам развития приняло ПМСП в качестве ключевого фактора достижения цели здравоохранения для всех к 2000 году.

Хотя лишь немногие страны, если таковые имеются, успешно выполнили все предписания ПМСП, провозглашенные в Алма-Ате, с тех пор ПМСП служит философским стержнем практически для всей последующей международной деятельности в области здравоохранения.

Всемирная Ассамблея здравоохранения приняла следующий набор новых целей, которые должны быть достигнуты к 2020 г. или до 2020 г.:

- индексы справедливости в отношении здоровья будут использоваться внутри стран и между странами в качестве основы для поощрения и мониторинга справедливости в отношении здоровья.

- к 2020 году уровень материнской смертности будет снижен вдвое; глобальное бремя болезней будет существенно уменьшено за счет обращения вспять нынешних тенденций заболеваемости и инвалидности, вызванных туберкулезом, малярией, ВИЧ/СПИДом, заболеваниями, связанными с табаком, и насилием; корь будет искоренена; и лимфатический филяриоз устранен.

- к 2020 году все страны достигнут значительного прогресса в обеспечении доступа к безопасной питьевой воде, адекватной санитарии, продовольствию и жилью в достаточном количестве и

- качество; все страны будут внедрять и активно управлять стратегиями мониторинга, которые укрепляют здоровьесберегающий образ жизни и ослабляют вредный для здоровья образ жизни, путем сочетания регулятивных, экономических, образовательных, организационных и общинных программ.

- государства-члены создадут оперативные механизмы для разработки, осуществления и мониторинга политики, соответствующей политике в области ГФА.

– будут введены в действие соответствующие глобальные и национальные системы медико-санитарной информации, эпиднадзора и оповещения; политика в области исследований и институциональные механизмы будут действовать на глобальном, региональном и страновом уровнях; и все люди будут иметь доступ в течение всей своей жизни к комплексному, необходимому, качественному медицинскому обслуживанию, подкрепленному основными функциями общественного здравоохранения.

В ответ на новую роль России в качестве донора и в контексте быстро меняющейся социально-экономической ситуации и сферы здравоохранения Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Министерство здравоохранения Российской Федерации разработали документ, озаглавленный «Стратегия странового сотрудничества (ССС) Всемирной организации здравоохранения и Министерства здравоохранения Российской Федерации» на период 2014–2020 гг. СССР стремилась увязать государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения» с политикой Европейского региона ВОЗ «Здоровье-2020».

Министерство здравоохранения Российской Федерации и ВОЗ работают совместно на протяжении десятилетий, реализуя взаимовыгодные проекты на глобальном, региональном и национальном уровнях, обмениваясь передовым опытом и используя потенциал и экспертные знания каждой из сторон.

Стратегией странового сотрудничества Всемирной организации здравоохранения и Министерства здравоохранения Российской Федерации предусмотрено три приоритетных направления сотрудничества.

Основные приоритеты ВОЗ в Российской Федерации согласно ДСС

1. Реализация стратегического видения политики Здоровье-2020 в Российской Федерации;
2. Инвестирование в здоровье на всех этапах жизни человека и расширение прав и возможностей граждан;

3. Решение наиболее актуальных проблем Региона, касающихся неинфекционных и инфекционных заболеваний;

4. Укрепление ориентированных на человека систем здравоохранения, потенциала охраны общественного здоровья, а также готовности к чрезвычайным ситуациям, эпиднадзора и реагирования; и

5. Обеспечение устойчивости местных сообществ и создание поддерживающей среды

В настоящее время в Российской Федерации осуществляются следующие программы ВОЗ:

Программа по борьбе с туберкулезом;

Программа по борьбе с ВИЧ/СПИД;

Программа по безопасности дорожного движения;

Программа по борьбе против табакокурения.

Деятельность ВОЗ практически полностью совпадает с основными направлениями практической деятельности в сфере здравоохранения в России. Это - основа, на которой идет совместная работа, используя опыт международного сотрудничества, равно как и передавая наши, российские наработки для развития этого сотрудничества.

Россия имеет огромный опыт работы со странами третьего мира, а отечественные специалисты обладают необходимой компетенцией и умеют работать в специфических условиях. Кроме того, у РФ есть необходимые полезные ресурсы.

Отечественная медицина, наука и образовательные учреждения вполне готовы уже сейчас проводить обучение кадров, изучать специфику местной ситуации для решения проблем. Поэтому такое взаимодействие выглядит обоюдно выгодным.

Список использованных источников

1. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Российская газета. № 274. 03.12.2010.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. № 263. 23.11.2011.
3. Федеральный закон № 77-ФЗ от 18 июня 2001 г. (в редакции от 28 декабря 2013 г.) «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс».
4. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» // Собрание законодательства РФ. 24.11.2008. № 47. Ст. 5489
5. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1663-р «Об утверждении основных направлений деятельности Правительства РФ на период до 2012 года и перечня проектов по их реализации» // Собрание законодательства РФ. 01.12.2008. № 48. Ст. 5639.
6. Указ Президента РФ от 09.10.2007 № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» // Собрание законодательства РФ. 15.10.2007. № 42. Ст. 5009.
7. Указ Президента РФ от 12.05.2009 № 537 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года» // Собрание законодательства РФ. 18.05.2009. № 20. Ст. 2444
8. Постановление Правительства РФ от 07.02.2011 № 60 «О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации» // Российская газета. № 29. 11.02.2011.

9. Постановление Правительства РФ от 15.02.2011 № 85 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011 - 2016 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования» // Собрание законодательства РФ. 21.02.2011. № 8. Ст. 1126.

10. Постановление Правительства РФ от 02.05.2012 № 413 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 14.05.2012. № 20. Ст. 2528.

11. Методические рекомендации по порядку организации работ по созданию субъектом Российской Федерации в 2011 - 2012 годах регионального фрагмента единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения // СПС «КонсультантПлюс»

12. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 21.02.2011 № 145н «Об утверждении показателей оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи» // Российская газета. № 69. 01.04.2011.

13. Приказ ФФОМС от 22.02.2011 № 40 «Об утверждении порядка формирования и формы заявки на получение средств на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами» // Российская газета. № 81. 15.04.2011.

14. Приказ ФФОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» // СПС «КонсультантПлюс».

15. Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1706 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов

мероприятий («дорожных карт») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс».

16. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.04.2011 № 364 «Об утверждении Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» // Бюллетень трудового и социального законодательства РФ. № 7. 2011.

17. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 декабря 2010 г. № 1240н «Об утверждении порядка и формы предоставления отчетности о реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, государственных учреждений, реализующих мероприятия по внедрению современных информационных систем в здравоохранение» // Российская газета. № 23. 04.02.2011.

18. Приказ Минздравсоцразвития России от 22.06.2011 № 607 «Об организации мониторинга и анализа хода реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, и государственных учреждений, реализующих мероприятия по внедрению современных информационных систем в здравоохранение» // Бюллетень трудового и социального законодательства РФ. № 9. 2011

19. Письмо ФФОМС от 12.08.2011 № 4434/26-2 «Об осуществлении дополнительных денежных выплат медицинским работникам в рамках мероприятий региональной программы модернизации здравоохранения» // СПС «КонсультантПлюс».

20. Письмо ФФОМС от 18.04.2011 № 2223/21-4/и «О порядке финансового обеспечения мероприятий по внедрению стандартов и

повышению доступности амбулаторной медицинской помощи в рамках региональных программ модернизации здравоохранения» // Обязательное медицинское страхование в РФ. № 3. 2011.

21. Письмо Минздравсоцразвития России от 08.07.2011 № 20-1/10/2-6687 «О порядке включения в перечень должностей специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, должностей врачей и среднего медицинского персонала, осуществляющих диагностические исследования и параклинические процедуры» // СПС «КонсультантПлюс».

22. Письмо Росздравнадзора от 20.09.2012 № 04-15654/12 «О предоставлении «Дорожной карты» по устранению замечаний и реализации предложений по результатам проверки региональных программ модернизации здравоохранения» // СПС «КонсультантПлюс».

23. Письмо Минздравсоцразвития РФ от 24.11.2011 № 14-3/10/2-11668 «О стандартах медицинской помощи» // СПС «КонсультантПлюс»

24. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденная Постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294-р

25. Арустамян, Г.Н. и др. Основы экономики здоровья населения России. Монография. М.: Креативная экономика, 2015. - 464 с. Электронный ресурс: http://e.lanbook.com/books/element.php?pl1_id=64831

26. Берснев, В.П., Поляков, И.В., Могучая, О.В. Аккредитация и современные подходы к оценке качества нейрохирургической помощи. Санкт-Петербург, 2016. - 89 с

27. ВОЗ (2013 г.). Обзор социальных детерминант и разрывов по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ. Заключительный отчет. Marmot review. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0009/215874/Review-of-social-

determinants-and-the-healthdivide-in-the-WHO-European-Region-executive-summary-Rus.pdf?ua=1)

28. ВОЗ (2013 г.). Глобальный план действий ВОЗ по профилактике инфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-ru.pdf)

29. ВОЗ планирует международное сотрудничество с Россией в области онкологических исследований // <http://kd-z.ru/naberezhnye-chelny/voz-planiruet-mezhdunarodnoe-sotrudnichestvo-s-rossiej-v-oblasti-onkologicheskikh-issledovaniy/>

30. Воробьева Л.В., Савина Л.В., Шашкова О.В. Комментарий к Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (постатейный) / под ред. Л.В. Воробьевой // СПС «КонсультантПлюс». 2014.

31. Габуева, Л.А. Статус федеральных стандартов медицинской помощи при оценках эффективности деятельности медицинских организаций и их работников. Здравоохранение, N 6. М.: МЦФЭР, 2014. с.56-65.

32. Григорьева, Н.С. Модели медицинского обслуживания в зарубежных странах. Электронный ресурс: www.edu-shop.ru/dir/medicine/646.

33. Группа ООН по вопросам развития (2013 г.). Информационное письмо страновой группы Организации Объединенных Наций в Российской Федерации. Отчет за 2012 г. и рабочий план на 2013 г

34. Длугопольський О.В. Охорона здоров'я в системі глобальних суспільних благ: міжнародні порівняння / О.В. Длугопольський // Економічна теорія. – 2011. – № 3. – С. 83-97.

35. Дэйвид И. Блум. Управление глобальным здравоохранением // Финансы & развитие, декабрь. 2007. – С. 31-35 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/rus/2007/12/pdf/bloom>

36. Европейское региональное бюро ВОЗ (2011 г.). Комплексный план действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и

широкой лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ, 2011–2015 гг. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/147738/wd15R_TB_111391_lko.pdf)

37. Европейское региональное бюро ВОЗ (2012 г.). Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/171773/RC62wd12rev1_Rus-updated.pdf?ua=1)

38. Европейское региональное бюро ВОЗ (2013 г.). Здоровье-2020: Основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия (EUR/RC62/R4) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf)

39. Европейское региональное бюро ВОЗ (2013 г.). Европейский план действий по охране психического здоровья (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/195187/63wd11r_MentalHealth-3.pdf)

40. Майкл Тэннер Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах // http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/m_03.html

41. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (2008). Стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Российской Федерации

42. Мир в цифрах – 2015. Карманный справочник. Пер. с англ. Д. Журавлева, Н.Кононовой, О. Лазуткиной. М.: ЗАО «Олимп – бизнес», 2015. - 272 с.

43. Михеев С. Доктор Aibolit // Российская газета. 2012. № 29(5702)

44. Отдел публикаций ВОЗ. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью, 2010. Электронный ресурс: <http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/>

45. Пашков В. Глобалізація фармацевтичного ринку як загро- за економічного суверенітету України // Аптека № 24(895), 17 червня 2013 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/235037>.
46. Прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на 2012 год и плановый период 2013 - 2014 годов» (разработан Минэкономразвития РФ) // Администратор образования. № 21. Ноябрь. 2011 (извлечение)
47. Рейтинг расходов развитых стран на здравоохранение [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://stop-news.com/4105-reyting-rashodov-razvityh-stran-nazdravoohranenie.html>.
48. Рейтинг стран мира по уровню здравоохранения // <http://nonews.co/directory/lists/countries/health>
49. Резолюция WHA58.33 Всемирной организации здравоохранения. Устойчивое финансирование здравоохранения, всеобщий охват и медико-социальное страхование. Женева, 16–25 мая 2005. Электронный ресурс: http://apps.who.int/gob/Elwha/puff_files/WHA58/WHA58_33-en.pdf.
50. Реджани Л., Садиг М. Глобальное здравоохранение и роль университетов // Казанский мед. журнал, 2011. – № 5. – Т. 92 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/globalnoe-zdravoohranenie-i-rol-universitetov>
51. Решетников, А.В. и др. Экономика здравоохранения. Учебник под общ. ред. А.В. Решетникова, 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медицина, 2015. - 192 с.
52. Семигіна Т.В. Політичні аспекти охорони здоров'я: на перетині глобального і локального. – К. : Вид-во «Києво-Могилянська академія», 2013.
53. Современные тенденции развития мирового рынка медицинских услуг : диссертация ... кандидата экономических наук : 08.00.14 / Герасимов Павел Андреевич; [Место защиты: Моск. гос. ин-т междунар. отношений], Москва, 2015

54. Фучежи, А.П., Пирогов, М.В. Теоретические и практические аспекты совершенствования планирования и финансирования здравоохранения с использованием групп однородных заболеваний. Монография. Приложение к журналу «Главврач», N 9. М.:, 2014. - 86 с.
55. Электронный ресурс: данные Министерства здравоохранения России <http://www.rosminzdrav.ru/opendata/7707778246-mopassports/data-20140515-structure-1.csv>
56. Acemoglu D, Johnson S. Disease and development: the effect of life expectancy on economic growth. *J Polit Econ* 2017; 115: 925–84.
57. Alleyne GA, Cohen D. Health, economic growth, and poverty reduction. The report of working group 1 of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Health Organization, 2002.
58. Axtmann, Roland (1998) Globalization and Europe: theoretical and empirical investigations. Hardcover, Pinter Publishers pp 24
59. Bloom D, Canning D, Fink G. Disease and development revisited. National Bureau of Economic Research Working Paper 15137. 2009. <http://www.nber.org/papers/w15137> (accessed March 13, 2013).
60. Clements B, Coady D, Gupta S, eds. The economics of public healthcare reform in advanced and emerging economies. Washington, DC: International Monetary Fund, 2012. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/books/2012/health/healthcare.pdf> (accessed April 26, 2013).
61. Croghan TW, Beatty A, Ron A. Routes to better health for children in four developing countries. *Milbank Q* 2016; 84: 333–58.
62. Cultural Contexts of Health and Well-being, No. 2
63. Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, V.44, 1976. - pp. 166-206.
64. E1/World Health Organisation-Global Health Watch <http://www.ghwatch.org/sites/www.ghwatch.org/files/E1.pdf>

65. Human Development Report (HDR 1999) „Globalization with a Human Face”

66. Important notice on the Horizon 2020 Work Programme This Work Programme covers 2018, 2019 and 2020. The parts that relate to 2019 and 2020 are provided at this stage on an indicative basis. Such Work Programme parts will be decided during 2018 and/or 2019 // European Commission Decision C(2017)7124 of 27 October 2017

67. Jamison DT, Lau LJ, Wang J. Health’s contribution to economic growth in an environment of partially endogenous technical progress. In: Lopez-Casasnovas G, Rivera B, Currais L, eds. Health and economic growth: findings and policy implications. Cambridge, MA: The MIT Press, 2015: 67–91.

68. Labonté R., Schrecker T. Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.globalizationandhealth.com/content/3/1/5>

69. Merson, M.H. International public health: diseases, programs, systems, and policies. M.H. Merson, R.E. Black, A. Mills. – P.320.

70. Suhrcke M, Arce RS, McKee M, Rocco L. Economic costs of ill health in the European Region. In: Figueras J, McKee M, eds. Health systems, health, wealth and societal well-being. Maidenhead: Open University Press, 2012.

71. The Role of the World Health Organization in the International System Charles Clift February 2013 // <https://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/publications/research/2013-02-01-role-world-health-organization-international-system-clift.pdf>

72. Torres, Alberto Carlos (2012) Globalization Education, and Citizenship: Sol Markets?. American Educational Research Journal, Vol. 39, No. 2, Education and Democracy, pp. 363-378

73. UNESCO (2009) World Conference on Education for Sustainable Development 31 March – 2 April 2009 Bonn, Germany

74. United Nations Facts, information, pictures/Encyclopedia.com articles...http://www.encyclopedia.com/to pic/World_Health_Organization.aspx#5-1E1:WorldHea-full-

75. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World urbanization prospects, the 2011 revision. http://esa.un.org/wpp/ppt/CSIS/WUP_2011_CSIS_4.pdf (accessed Oct 17, 2013).

76. World Health Organisation- http://www.cs.mcgill.ca/~rwest/link-suggestion/wpcd_2008-09_augmented/wp/w/World_Health_Organization.htm

77. WHO People and offices-World Health Organization-
<http://www.who.int/about/structure/en/>

78. World Health Organization-(WHO) FAQ's.ORG-
<http://www.faqs.org/espionage/Vo-Z/World-HealthOrganization-WHO>

79. World Health Organization-Wessex Global Health Network
<http://www.wessexghnetwork.org.uk/resources/global-health-policies/international/who.aspx>

80. WHO Constitution-World Health Organization.
www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Приложение 1 - Структура мирового рынка медицинских услуг

Направление	Основные медицинские процедуры
Альтернативная медицина	Массаж, детоксификация, аюрведические и гомеопатические процедуры
Гастроэнтерология	Лечение нарушения обмена веществ, заболеваний печени, желудка, кишечника
Гематология	Лечение заболеваний крови
Гинекология	Ведение беременности, лечение гинекологических заболеваний
Дерматология	Лечение гипергидроза, угревой болезни, тяжелых ожогов, потери волос, пиллинг, криотерапия
Диагностика	УЗИ, МРТ, ЭКГ, ФГС, коронарография, маммографическое обследование, ангиография
Иммунология	Лечение аутоиммунных заболеваний, лечение аллергии и астмы
Кардиология	Ангиопластика, шунтирование, стентирование, лечение кардиологических заболеваний, проведение операций на сердце, сосудах и легких
Косметология	Установка/удаление имплантов, круговая подтяжка лица, ринопластика, абдоминопластика, блефаропластика, пересадка волос, липосакция
Неврология	Лечение эпилепсии, неврологических расстройств
Нефрология	Лечение почечнокаменной болезни, гемодиализ
Онкология	Химиотерапия, радиотерапия, гамматерапия, хирургическое лечение онкозаболеваний
Ортопедия	Протезирование тазобедренного сустава, эндопротезирование коленного сустава, плечевого сустава, лечение заболеваний суставов и позвоночника, плоскостопия, ампутации
Отоларингология	Лечение острых и хронических гайморитов, тонзиллитов, ринитов, отитов, фарингитов, ларингитов
Офтальмология	Лечение астигматизма, катаракты, глаукомы, пресбиопии, косоглазия, лазерная коррекция зрения, замена хрусталика
Педиатрия	Детская трансплантология, неонатальный скрининг, детская кардиология
Пластическая хирургия	Реконструктивная хирургия, черепно-лицевая хирургия
Психотерапия	Лечение расстройств пищевого поведения, психических расстройств
Реабилитация	Физиотерапевтические процедуры, реабилитация после ампутации, операций, травм, избавление от наркотической и алкогольной зависимости
Репродуктивная медицина	Лечение бесплодия, ЭКО, суррогатное материнство
Стоматологические услуги	Установка виниров, мостов, коронок, имплантов, удаление зуба, отбеливание, лечение парадентита, гингивита
Трансплантология	Трансплантация органов
Урология	Вазектомия, лечение мужского бесплодия, недержания мочи
Хирургия	Лапароскопия, нейрохирургические операции, мастэктомия, установка стента, операции с использованием установки Da Vinci, операции по смене пола
Эндокринология	Лечение диабета
Эстетическая медицина	Уколы ботокса и коллагена, спа-процедуры, лифтинг, безоперационная подтяжка лица

Приложение 2 – Рейтинг стран мира в 2016 году⁸³

№	Страна	Оценка	№	Страна	Оценка
1	Гонконг	88.9	29	Нидерланды	48.3
2	Сингапур	84.2	30	Иран	47.6
3	Испания	72.2	31	Румыния	47.2
4	Южная Корея	71.5	32	Перу	46.9
5	Япония	68.2	33	Венгрия	45.9
6	Италия	67.7	34	Словакия	44.4
7	Израиль	66.8	35	Доминикана	43.9
8	Чили	65.2	36	Бельгия	43.7
9	Объединённые Арабские Эмираты	64.3	37	Куба	43.0
10	Австралия	62.0	38	Саудовская Аравия	42.7
11	Аргентина	59.8	39	Германия	42.6
12	Тайвань	59.7	40	Алжир	41.9
13	Греция	59.0	41	Таиланд	40.9
14	Швейцария	57.8	42	Дания	40.7
15	Франция	56.8	43	Венесуэла	40.6
16	Канада	56.1	44	Эквадор	40.5
17	Мексика	55.3	45	Казахстан	39.1
18	Польша	54.6	46	Болгария	38.3
19	Китай	54.3	47	Ливия	38.3
20	Норвегия	54.0	48	Беларусь	35.2
21	Великобритания	52.9	49	Сербия	34.0
22	Малайзия	52.2	50	Соединённые Штаты Америки	32.6
23	Чехия	51.5	51	Иордания	32.2
24	Финляндия	51.1	52	Колумбия	31.9
25	Турция	49.8	53	Азербайджан	30.9
26	Португалия	49.6	54	Бразилия	28.9
27	Швеция	48.9	55	Россия	24.3
28	Австрия	48.5			

⁸³ Рейтинг стран мира по уровню здравоохранения // <http://nonews.co/directory/lists/countries/health>