

5. Сысоев С.А. устойчивость функционирования социально-экономической системы общества и социальный капитал // Сборник трудов VII международной научно-практической конференции (18 октября 2013 г., Минск) «Устойчивое развитие экономики». С. 156–157.
6. Бурдье П. Формы капитала // Экономическая социология. 2002. № 5. С. 60–74.
7. Fukuyama F. Trust. The Social Virtues and the Creation of Prosperity. М.: Издательство АСТ. 2004. 730 с.
8. Fukuyama F. Social Capital and Civil Society / The Institute of Public Policy George Mason University. URL: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/seminar/1999/reforms/fukuyama.htm> (Дата обращения: 17.02.2020).
9. Хьелл Л., Зиглер Д. Теория личности. Спб.: Издательство: Питер, 2017. 262 с.
10. Леонова И.Ю. Доверие: понятие, виды и функции // Вестник Удмуртского университета. Философия. Психология. Педагогика. 2015. Т. 25. № 2. С. 37.

КОРОНАВИРУСНАЯ ПАНДЕМИЯ КАК «ТЕСТ» ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЕВРОПЕЙСКОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Батырова Р.Ф., Рысаев И.Ш.

*Башкирский государственный университет,
Россия, г. Уфа*

Аннотация: В статье рассматриваются вопросы эффективности организации европейского здравоохранения в условиях коронавирусной пандемии. Делается вывод о том, что в условиях кризиса более эффективным отказывается смешанная государственно-частная модель организации здравоохранения.

Ключевые слова: пандемия, COVID-19, новая коронавирусная инфекция, система здравоохранения.

Коронавирусная пандемия вынудила многие государства по иному посмотреть на оценку эффективности своих систем здравоохранения. В современной Европе система здравоохранения построена на основе таких принципов, как обеспечение большей доступности медицинских услуг гражданам, эффективного медицинского страхования и высокого качества оказания медицинской помощи. Несмотря на значительное сходство систем здравоохранения в европейских странах, есть и отличительные особенности национальных систем. ЕС – достаточно гетерогенное сообщество, и даже при решении вопроса медицинского обеспечения населения пока не сформировалось единого подхода. Системы обеспечения медицинской помощью населения в странах – членах ЕС находятся в режиме постоянного увеличения расходов. Так, общие расходы на здравоохранение стран – членов ЕС возрастут в период с 2020 по 2050 гг. на 140%. Рост расходов связан с необходимостью расширения доступа населения к качественному лечению, а также разработкой инновационных методов лечения и новых лекарственных средств.

Несмотря на достаточно высокий уровень развития, системы здравоохранения в европейских странах и, в особенности, в Италии, Испании, Великобритании и Франции оказались недостаточно готовыми к отражению пандемии. Здесь сыграла свою недостаточно эффективную роль и Всемирная организация здравоохранения, которая долго формировала чувство "недостаточной опасности" и вовремя не предупредила мир об угрозе коронавируса. Только 11 марта 2020 года ВОЗ признала вспышку коронавируса пандемией. К этому времени он уже распространился по всем континентам и охватил более 115 стран. Это связано не только с бюрократизацией ВОЗ и неспособностью быстро реагировать на глобальные вызовы, но и с отсутствием у Всемирной организации здравоохранения реальных рычагов воздействия на страны-члены ВОЗ. С другой стороны, нерасторопность европейских систем

здравоохранения и неспособность работать на опережение были связаны с отсутствием опыта эффективного управления в кризисных условиях, вертикальной структуры служб санитарно-эпидемиологического контроля и преимущественной ориентированностью на амбулаторное лечение. Главная причина, на наш взгляд, связана с неэффективностью в условиях кризиса преобладающей в Европе частного здравоохранения. Вся система здравоохранения в странах Западной Европы давно переориентирована, прежде всего, на профилактику заболеваний, на первичное звено, а не на стационарное лечение. И в условиях чрезвычайной ситуации возможности этой системы оказались очень ограниченными.

Рассмотрим более подробно преимущества системы здравоохранения в ЕС, которые, несомненно, проявились во многих европейских странах в достаточно стабильных условиях развития. Благоприятным фактором в системе здравоохранения многих развитых стран Европы является обязательное социальное медицинское страхование.

Основные принципы здравоохранительной политики Евросоюза сводятся к следующему:

1. Обеспечение качества медицинских услуг в условиях все возрастающих бюджетных ассигнований государств ЕС;
2. Более тесная связь здравоохранения и экономического развития в целом;
3. Интеграция здравоохранения в другие «политики» Евросоюза.

В странах ЕС функционируют разнообразные системы медицинского страхования: обязательное медицинское страхование и добровольные, такие как, дополнительные, замещающие, дублирующие. Есть государственное страхование и частное. Общие расходы на здравоохранение варьируют: от доли ВВП составляет 6–12%. Конечно, это большая нагрузка для экономики, обусловленная системой организации медицинского страхования, где основную ответственность несут страховые компании за предоставление медицинской помощи.

Государственное медицинское страхование особенно сильно развито в Норвегии, Чехии, Швеции и Франции. Следует отметить, что государственное медицинское страхование также имеет некоторые отличия в разрезе его финансирования. Так, оно может полностью финансироваться из государственного бюджета (как в Швеции) или за счет взносов в государственные страховые фонды; или совмещать оба подхода, как в большинстве стран – членов ЕС. Наряду с этим в некоторых европейских странах значительное развитие получило и частное медицинское страхование. К ним относятся Ирландия, Словения, Германия и Испания.

В отличие от гарантированного государственной системой здравоохранения па к медицинскому обслуживанию, размер взносов, выплачиваемых за частную медицинскую страховку, зависит от ее покрытия, указанного в контракте. Внедрение практики частного медицинского страхования способствует как формированию ответственного отношения пациента к своему здоровью, так и повышению качества и экономической эффективности медицинского обслуживания.

Но в тоже время создание ЕС не привело к формированию единой европейской системы здравоохранения, а национальные системы, в свою очередь, успели ослабнуть. Борьба с пандемией выявила эту проблему достаточно явно. И теперь современная Европа стоит перед выбором: укрепить национальные системы здравоохранения с повышением в ней роли государства или создать общую единую европейскую модель.

Пандемия проявила недостатки и преимущества и российской системы здравоохранения. С одной стороны, в современной системе здравоохранения России сохранились некоторые элементы советской системы (в частности, санитарно-эпидемиологическая служба) которая была основана на общественной солидарности с едиными принципами организации и централизации. А с другой, к счастью, в России не успели полностью перейти и на рыночные западноевропейские модели организации здравоохранения и, к сожалению, эта половинчатость и непоследовательность дали о себе знать сразу же в первые недели борьбы с коронавирусом. У России было определенное время на то, чтобы действовать с большим

опережением событий, но некоторые меры принимались недостаточно решительно и с определенным запаздыванием.

На сегодняшний день пять стран показали наибольшую эффективность систем здравоохранения в условиях пандемии. Признанными лидерами в борьбе с COVID-19 пока являются Китай, Гонконг, Южная Корея, Тайвань и Сингапур. Удалось им это благодаря сохранению высокой роли государства в здравоохранении и реализацией ряда эффективных мер:

1. Принятие превентивных мер по распространению инфекции (ставка на поиск возможных источников заражения и их контактов);
2. Массовое тестирование населения на новую коронавирусную инфекцию (ранняя диагностика, снижение риска осложнений, предотвращение распространения);
3. Раннее закрытие границ (предотвращение и уменьшение случаев завоза инфекции в страну);
4. Социальное дистанцирование - изоляция (Китай в этом отношении принял самые жесткие меры карантина);
5. Сознательность и дисциплина граждан (четкое, неукоснительное соблюдение правил изоляции и профилактики);
6. Материально-техническая оснащенность систем здравоохранения (эффективная работа санитарной авиации, скорой помощи, наличие аппаратов ИВЛ, средств индивидуальной защиты, дезинфицирующих средств, наличие реактивов и расходных материалов для своевременного тестирования);
7. Уровень профессионализма медицинских работников.

Таким образом, как показала борьба с пандемией независимо от условий, стабильных или кризисных, система здравоохранения должна оставаться всегда приоритетной государственной задачей, а не быть отданной полностью на откуп рыночным структурам, которые, в силу своей сути, преследуют прежде всего свои коммерческие цели. Есть пределы также и страховой медицины, которая рассчитана работать эффективно на дальнем расстоянии. Но когда необходимо проявить оперативность, гибкость и решительность она становится недостаточно эффективной. Что касается борьбы с новой коронавирусной инфекцией, пока окончательные выводы об эффективности различных систем здравоохранения делать рано, но уже сейчас понятно, что не все системы здравоохранения выдерживают «тест на прочность» и проходят соответствующую проверку на дорогах».

Литература

1. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения («COVID-19 – хронология действий ВОЗ»). URL: <https://www.who.int/> (Дата обращения 28.03.2020).
2. Официальный сайт Российской Медицинской Ассоциации («ВОЗ объявила о начале пандемии COVID-19»). URL: <https://www.rmass.ru/> (Дата обращения 28.03.2020).

МОБИЛЬНОСТЬ ТРУДОВЫХ РЕСУРСОВ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕГИОНОВ

Воробьев А.А., Глебова И.С.

*Казанский федеральный университет,
Россия, г. Казань*

Аннотация. В статье исследуется характер движения трудовых ресурсов в рамках региональной системы ПФО. Проводится анализ взаимосвязи уровня социально-экономического развития и характера направленности движения трудовых ресурсов, а также определяются основные факторы, оказывающие влияние на привлекательность регионов с точки зрения дислоцирования трудовых ресурсов.