

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого  
Гуманитарный институт

Работа допущена к защите  
Директор высшей школы  
международных отношений  
\_\_\_\_\_ С.Н. Погодин  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 г.

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**  
**МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ**

---

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ**  
**РОССИИ И ФИНЛЯНДИИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

по направлению подготовки 41.04.01 – «Зарубежное регионоведение»  
профиль 41.04.01\_01 «Страны Северной Европы»

Выполнил  
студент гр. 3844101/80101

Е.В. Зройчикова

Руководитель  
доцент, к.п.н.

Е.Л. Болдырева

Консультант  
по нормоконтролю  
доцент, к.п.н.

Е.Л. Болдырева

Санкт-Петербург  
2020

## РЕФЕРАТ

На 120 стр.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА, РОССИЯ, ФИНЛЯНДИЯ, СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ, ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ.

Тема магистерской диссертации: «Сравнительный анализ социальной политики России и Финляндии в области здравоохранения».

Работа посвящена исследованию развития социальной политики России и Финляндии в области здравоохранения. Предмет исследования – социальная политика России и Финляндии в области здравоохранения. Цель исследования – проведение сравнительного анализа социальной политики России и Финляндии в области здравоохранения, исследование проблем и путей совершенствования социальной политики.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. изучить историю развития социальной политики России и Финляндии в сфере здравоохранения;
2. исследовать структуру и процесс реформирования систем здравоохранения России и Финляндии;
3. изучить процесс государственного управления социальной политики в России и Финляндии;
4. проанализировать актуальные проблемы и уровень здоровья в исследуемых странах;
5. проанализировать возможности применения опыта Финляндии в разработке социальных программ для российской практики.

В магистерской диссертации были использованы сравнительный анализ, анализ и обобщение научной литературы и научно-правовых документов, сравнительно-исторический метод.

В результате, было доказано, что социальная политика здравоохранения Финляндии больше направлена на профилактику заболеваний, нежели чем в России. Результаты могут быть применены как рекомендации для разработки будущих социальных программ здравоохранения в России.

## **ABSTRACT**

120 pages.

**KEYWORDS:** SOCIAL POLICY, RUSSIA, FINLAND, HEALTH SYSTEM, HEALTH SYSTEM REFORM, NATIONAL PROGRAMS, HEALTH ASSESSMENT.

Topic of the master's thesis: "Comparative analysis of social policy in Russia and Finland in the field of health".

The paper is devoted to the study of the development of social policy in Russia and Finland in the field of health. The subject of the research is the social policy of Russia and Finland in the field of health. The purpose of the research is to conduct a comparative analysis of the social policy of Russia and Finland in the field of health, to study the problems and ways to improve social policy.

To achieve this goal, you need to solve the following tasks:

1. to study the history of social policy development in Russia and Finland in the field of healthcare;
2. to study the structure and process of reforming the healthcare systems in Russia and Finland;
3. to study the process of public administration of social policy in Russia and Finland;
4. analyze current problems and health levels in the countries studied;
5. analyze the possibilities of applying the experience of Finland in the development of social programs for Russian practice.

The master's thesis used comparative analysis, analysis and generalization of scientific literature and scientific and legal documents, and the comparative-historical method.

As a result, it has been proven that Finland's social health policy is more focused on disease prevention than in Russia. The results can be applied as recommendations for the development of future social health programs in Russia.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	6
Глава 1. Социальная политика Финляндии в области здравоохранения	11
1.1. История и законодательство здравоохранения в Финляндии.....	11
1.2. Организация системы здравоохранения в Финляндии .....	19
1.3. Причины неудачи реформирования системы здравоохранения в Финляндии.....	25
Глава 2. Социальная политика России в области здравоохранения.....	35
2.1. История развития социальной политики: от Древней Руси до Современной России.....	35
2.2. Структура системы здравоохранения в России.....	44
2.3. Проблемы реформирования системы здравоохранения в России	52
Глава 3. Актуальные проблемы социальной политики России и Финляндии в области здравоохранения.....	61
3.1. Государственное управление в сфере здравоохранения в России и Финляндии.....	61
3.2. Оценка уровня здоровья населения в России и Финляндии.....	79
3.3. Актуальные проблемы и дальнейшее развитие системы здравоохранения.....	89
Заключение.....	100
Список использованных источников и литературы .....	105

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность работы.** Одной из главных целей функционирования экономической системы страны является создание условий для качественной и благоприятной жизни граждан. Устойчивое социальное и экономическое развитие стран невозможно представить без эффективной социальной политики, которая затрагивает все уровни социального развития. Социальная политика представляет собой комплекс важнейших мер, которые предпринимают государства для поддержания и улучшения жизни населения. Важной областью социальной политики является улучшение здоровья населения и уменьшение уровня смертности.

Уровень здоровья населения на протяжении всей истории человечества остаётся актуальной проблемой. Здоровье граждан является важнейшим ресурсом для государства, поскольку этот ресурс позволяет реализовать трудовой потенциал населения, необходимый для производства материальных благ. Деятельность государства должна быть сфокусирована на совершенствовании социальной политики в области здравоохранения. Здравоохранение – это та государственная отрасль, которая организует и обеспечивает охрану здоровья населения. Функционирование системы здравоохранения зависит от многих факторов, например, от степени участия государства в её финансировании. Уровень здравоохранения является одним из важнейших факторов, которые определяют социальное и политическое состояние государства.

Трудно переоценить важность социальной политики в области здравоохранения. Эффективная социальная политика способствует естественному приросту населения, высокому уровню жизни, равным возможностям для удовлетворения медицинских и социальных потребностей всех слоёв населения. В долгосрочной перспективе эффективная система здравоохранения создаёт такую систему отношений между пациентом и работниками здравоохранения, которая формирует чувство уверенности граждан страны в защищённости их статуса. Для медицинских работников

эффективная социальная политика в области здравоохранения создаст такие условия, которые побуждают надлежащим образом выполнять свои обязанности.

В своём исследовании мы хотим обратить внимание на сравнительный анализ социальной политики в области здравоохранения двух стран: Финляндии и России. Выбор этих стран обусловлен, прежде всего, исторической составляющей, восходящей к пребыванию Финляндии в составе Российской Империи, тесными связями в торговле и туризме, опытом преодоления экономических кризисов.

Системы здравоохранения России и Финляндии в настоящее время находятся в кризисе. Российское здравоохранение подвергается критике за то, что бесплатная медицина становится всё менее эффективной, цены на лекарства завышены, импортные средства зачастую невозможно достать, а частная медицина стала коррумпированной. Финляндия является одной из стран лидеров по доступности и качеству медицинского обслуживания. Финская социальная политика в области здравоохранения всегда делала упор на обеспечение права каждого человека на социальное и медицинское обслуживание. Доступность и качество предоставляемых услуг развивались в Финляндии в течение последних десятилетий. Однако вопрос о реформе здравоохранения остро встаёт в финском обществе в последние годы. Особенно это чётко видно в связи с отставкой финского правительства в марте 2019 года из-за провала реформы в области здравоохранения.

**Объектом** магистерской диссертации является сфера здравоохранения Финляндии и России.

**Предметом** магистерской диссертации является социальная политика России и Финляндии в области здравоохранения.

**Целью** исследовательской работы является проведение анализа социальной политики России и Финляндии в области здравоохранения, исследование проблем и путей совершенствования социальной политики в области здравоохранения.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- изучить историю развития социальной политики России и Финляндии в сфере здравоохранения;
- выявить структуру систем здравоохранения России и Финляндии;
- проанализировать процесс реформирования системы здравоохранения обеих стран;
- изучить процесс государственного управления социальной политики в России и Финляндии;
- проанализировать существующие проблемы в сфере здравоохранения России и Финляндии;
- оценить уровень здоровья населения в исследуемых странах;
- проанализировать возможности применения опыта Финляндии в разработке социальных программ для российской практики.

**Гипотеза магистерской диссертации.** Предполагается, что социальная политика Финляндии в области здравоохранения больше направлена на профилактику заболеваний среди населения, чем социальная политика России в области здравоохранения. Первичное звено здравоохранения в России, которое отвечает за профилактику болезней среди населения, нуждается в реформировании.

**Теоретическую базу** исследования составили работы отечественных и зарубежных учёных, посвящённые проблемам систем здравоохранения и социальной политике в сфере здравоохранения.

При исследовании истории структуры российской социальной политики и системы здравоохранения теоретическую базу составили работы Бизенкова А.С., Данилова А.И, Авдеевой Л.О., Козыренко Е.И., Журавлевой И.В., Бойко Ю.П., Галь И.Г., Плавунова Н.Ф, Шишкина С.В., Володкина А.Ю., Старкожевой Г.И. и др.

Теоретической базой исследования социальной политики Финляндии стали работы Торопушиной Е.Е., Стародубова В.И., Улумбекова Г.Э., Илмо

Кескимяки, Тимо Синерво, Юха Койвисто, Пекка Пуска, Эрки Вартиайнен, Тиина Лаатикайнен, Пекка Йоусилаhti и др.

Теоретической базой исследования сравнительного анализа социальной политики России и Финляндии стали работы Ревич Б. А., Ермакова С.П., Молчановой Е.В., Терехина П.А., Новгородовой А.В., Скорняковой Е.С., Лапина Д.А., Бурлака Л.Е. и др.

При написании магистерской диссертации были использованы такие **методы**, как сравнительный анализ, анализ и обобщение научной литературы и научно-правовых документов, сравнительно-исторический метод, позволяющий выявить изменения, произошедшие в политике двух анализируемых стран.

**Информационной базой** магистерской диссертации выступили исследования Всемирной Организации здоровья и Организации Объединённых Наций, статистика Министерства здравоохранения России и Министерства социальных дел и здравоохранения Финляндии, а также материалы информационных агентств, например, РИА новости, Интерфакс, YLE.

**Степень научной разработанности темы** оценивается как высокая. Центральное место в сравнительном анализе социальной политики занимают исследования уровня здоровья населения и конкурентного анализа социально-экономического развития. Авторы Ермаков С.П., Молчанова Е.В., Терехин П.А., Новгородова А.В. посвятили свои работы проблемам исследования сравнительного анализа уровня здоровья в России и Финляндии. Большой вклад в исследование данной темы внесла Молчанова Е.В. с такими работами, как “Возможность применения опыта Финляндии для стабилизации медико-демографических процессов в Республике Карелия”, “Медико-демографические процессы как отражение социально-экономических условий жизни общества в России, Республике Карелия и Финляндии”. Труды Брыковой С. С., Морошкиной М.В., Волкова А.М., Микуленко Д.Г. способствовали изучению проблемы, связанной с анализом социально-экономического развития России и Финляндии.



**Научная новизна** магистерской диссертации состоит в том, что впервые была глубоко изучена тема социальной политики России и Финляндии в области здравоохранения. Труды, используемые для написания данного исследования, содержат материалы о сравнении социальной политики в общем, а не отдельной конкретной сферы социальной политики.

**Практическая значимость** магистерской диссертации заключается в разработке рекомендаций применения опыта Финляндии в развитии социальных программ, направленных на профилактику болезней населения, для развития социальной политики России в области здравоохранения.

По теме научной работы была опубликована статья “Социальная политика Финляндии в области здравоохранения” в рамках конференции «Неделя науки 2019».

# ГЛАВА 1. СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА ФИНЛЯНДИИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

## 1.1. История и законодательство здравоохранения в Финляндии

Путь Финляндии к государству всеобщего благосостояния был долгим. Годом возникновения современной медицины в Финляндии можно считать 1640 год, когда был основан первый университет Финляндии.<sup>1</sup> Университет был основан в Турку. Основной целью Академии Турку являлось обучение священников и чиновников. В Академии был основан первый медицинский факультет. Медицинский факультет в Академии был небольшим. Отмечается, что прошло более 100 лет, прежде чем первый студент получил медицинскую профессию.<sup>2</sup> Медицина становится основным направлением учёбы спустя много лет. Профессиональный статус врачей на протяжении многих лет был низким.

В конце XVIII века финский врач и профессор академии Турку Джозеф Пиппингскёлд заявил, что очень трудно найти другую цивилизованную страну, в которой было бы так же мало врачей, как в Финляндии.<sup>3</sup> Ежегодно лишь 5-10 студентов получали специальность врача. XIX век характеризовался тем, что в университетах доминирующее положение начинают занимать гуманитарные науки. Ситуация начала меняться в XX веке, когда количество медиков начинает неуклонно расти. В 1917 году в университете Хельсинки было восемь профессоров, которые были связаны с медицинским факультетом.

Высокий уровень смертности в Финляндии объяснялся несколькими причинами. Прежде всего, смертность объяснялась северным расположением страны и как следствием неурожаем и высоким уровнем бедности. В XIX веке в обществе ещё была распространена идея о том, что болезнь и смерть среди

---

<sup>1</sup> World Heritage Encyclopedia [electronic resource]. URL: [http://www.worldheritage.org/articles/Healthcare\\_in\\_Finland](http://www.worldheritage.org/articles/Healthcare_in_Finland) (дата обращения: 03.12.2019).

<sup>2</sup> Saarivirta T., Consoli D., Dhondt P. Suomen terveydenhuoltojärjestelmän ja sairaaloiden kehittyminen // Kasvatus & Aika. 2010. № 3 (4). P. 26.

<sup>3</sup> Ihmisiä lääketieteen historiassa [electronic resource]. URL: <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/pipping.html> (дата обращения: 03.12.2019).

молодого населения это естественная вещь, которую необходимо было принять. Медицинская неграмотность также являлась причиной высокой смертности. Люди думали, что болезни передаются только воздушными путями, а не при контакте. Инфекционные заболевания являлись самыми главными причинами смерти в середине XIX века. Правительство также было обеспокоено высоким уровнем младенческой смерти. В связи с этим, была основана Акушерская школа в Турку в 1816 году в Турку. Гинекологию преподавали в Академии Турку с 1784 года.

Однако такие области медицины как хирургия и фармация были на хорошем уровне развития в Финляндии. Хирурги обучались отдельно от всех остальных врачей, как в Финляндии, так и в остальных странах Европы. У них была своя собственная Гильдия. Врачи получали больше теоретических знаний, нежели практических. В начале XIX века хирургические школы стали постепенно исчезать, за исключением французских хирургических школ, которые функционировали до конца XIX века. Университет в Хельсинки начал совместную учебную программу по медицине и хирургии в 1820 году.

Правительство с течением времени осознавало растущую значимость медицинской помощи. Для того чтобы уровень здравоохранения в стране был увеличен, врачи обязаны были официально зарегистрироваться. Таким способом правительство пыталось избавиться от шарлатанов, которые не имели медицинского образования. Предполагалось, что шарлатаны были одной из причин низкого статуса профессии врача. В 1811 году была основана медицинская коллегия, которая являлась предшественником медицинской комиссии. С помощью этой коллегии здравоохранение контролировалось более пристально. Все семь больниц, существовавшие в то время, вышли на государственный контроль. Количество врачей в сельской местности увеличилось с 11 до 20 %.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Saarivirta T., Consoli D., Dhondt P. Suomen terveydenhuoltojärjestelmän ja sairaaloiden kehittyminen // Kasvatus & Aika. 2010. № 3 (4). P. 29.

К началу XIX века уже не было такой нехватки врачей в столице и других крупных городах, как прежде. Однако молодые специалисты не хотели переезжать в малонаселённые районы. Атмосфера больших городов больше привлекала врачей. Другие страны Северной Европы также столкнулись с такой проблемой. Власти пытались побудить местных священников получить медицинскую степень. Ситуация стала значительно улучшаться, когда женщины получили право изучать медицину. Полный доступ к образованию женщины получили в 1902 году.

К XIX веку медицинское образование соединяло в себе клиническое и теоретическое образование. Финская подготовка врачей была похожа на немецкую модель. Отличия заключались в том, что, например, образование хирурга в Финляндии требовало более углублённое знание теории, поскольку финские хирурги не могли легко обратиться за советом к более опытным коллегам, как в Германии.<sup>5</sup> Это объяснялось большими расстояниями. Также фармацевтическое образование начало развиваться быстрее в Финляндии, чем в Германии.

Больница в Турку, основанная в 1759 году, давала возможность выпускниками практиковать свои навыки. Но скромные условия этой больницы не давали полностью раскрываться молодым специалистам. После пожара в Турку, когда университет был перенесён в Хельсинки, ситуация изменилась. В университете была создана клиника, которая предоставляла достаточно возможностей для практических занятий. В конце XVIII века в Швеции-Финляндии было 26 больниц.<sup>6</sup> 6 больниц находились на территории Финляндии. Это не были больницы в привычном понимании этого слова. Скорее это были церковные и частные учреждения для больных и раненых. Средства для существования этих больниц и для операций поступали за счёт пожертвований и добровольных взносов. Больницы располагались обычно за

---

<sup>5</sup> Ryynänen K. Constructing Physician's Professional Identity – Explorations of Student's Critical Experiences in Medical Education. Oulu university press, 2011. P.53.

<sup>6</sup> Saarivirta T., Consoli D., Dhondt P. Suomen terveydenhuoltojärjestelmän jäsairaaloiden kehittyminen // Kasvatus & Aika. 2010. № 3 (4). P. 30.

пределами города на высокой местности, иногда, у моря, поскольку считалось, что морской воздух способствует скорейшему выздоровлению.

В середине 70-х годов XIX века до Финляндии дошли идеи Игнаца Земмельвейса, который утверждал, что такая простая вещь, как мытье рук, снижает уровень инфекций и смертности.<sup>7</sup> В Финляндии идеи Земмельвейса развил Джозеф Пиппингскёлд, который заметил, что детская смертность была намного ниже в сауне, чем в больницах. После этого он начал регулярную процедуру дезинфекции униформы и инструментов перед операцией. После внедрения этих идей в практику, уровень смертности значительно снизился. После открытия Роберта Коха возросла важность гигиены. Немецкие университеты взяли на себя ведущую роль в области развития гигиены. Финские профессора медицины совершили многочисленные учебные поездки в Германию в период с 1880-х по 1910-х года.<sup>8</sup> Новые идеи, полученные в путешествии, были внедрены в отечественную систему здравоохранения. Эту эпоху в историографии прозвали золотом финской медицины. Стоит заметить, что в XVIII и XIX веках финская медицинская наука характеризовалась влиянием заимствования из таких стран как Германия, Швеция и Россия. В 1881 году была создана первая городская больница. В конце XIX – начале XX века количество больниц увеличилось. К 1920 году в Финляндии было создано 236 больниц, из них 142 были муниципальными, 60 – частными.<sup>9</sup>

В 1929 году правительство создало комитет, задачей которого была организация больничной системы в будущем. Комитет начал сравнение системы больниц в других скандинавских странах. Он пришёл к выводу, что финская система крайне несбалансированна. Например, в сельских районах практически отсутствовали услуги, особенно по сравнению с городской

---

<sup>7</sup> Петухов С. Спаситель матерей. 30.08.2019. // Коммерсантъ: [электронный ресурс]. URL: [//www.kommersant.ru/doc/4074803](http://www.kommersant.ru/doc/4074803) (дата обращения: 03.12.2019).

<sup>8</sup> Saarivirta T., Consoli D., Dhondt P. Suomen terveydenhuoltojärjestelmän ja sairaaloiden kehittyminen // Kasvatus & Aika. 2010. № 3 (4). P. 30.

<sup>9</sup> Saarivirta T., Consoli D., Dhondt P. Suomen terveydenhuoltojärjestelmän ja sairaaloiden kehittyminen // Kasvatus & Aika. 2010. № 3 (4). P. 31.

ситуацией. Кроме того, значительная разница была в количестве врачей: если в Швеции был один врач на 356 жителей, а в Норвегии один врач на 260 жителей, то в Финляндии один врач приходился на 838 жителей.<sup>10</sup>

Одним из предложений комитетов стало предложение об объединении усилий муниципалитетов для совместного финансирования больниц в своих районах. Комитет также предложили, чтобы 30-60% будущих расходов на строительство и содержание больниц финансировалось за счёт государственной помощи и разделение страны на медицинские округа. Предполагалось, что реформы будут осуществлены в течение 15 лет. Работа комитета получила широкую поддержку среди населения. Против предложений комитета выступила только Ассоциация государственных врачей, поскольку они боялись, что их зарплата уменьшится в связи с увеличением больниц.<sup>11</sup>

Тем не менее, начало реформирования больничной системы было заложено. В 1933 году был создан ещё один комитет. Он занимался исследованием того, как больницы и медицинские факультеты функционируют в других странах, а также как устроено управление больницами со стороны государства и муниципалитетов. Власти также собирались расширить государственные больницы и переквалифицировать их в центральные больницы для специализированной медицинской помощи.

1933 год действительно стал переломным для финской системы больниц. Прежде всего, подчёркивалась и возрастала роль муниципалитетов, которые возникли в начале XX-го века. В начале XX-го века также были построены больницы для больных туберкулёзом и психических заболеваний. Муниципалитеты в Турку взяли на себя финансовую ответственность за ремонт и техническое обслуживание провинциальной больницы Турку, поскольку

---

<sup>10</sup> Saarivirta T., Consoli D., Dhondt P. Suomen terveydenhuoltojärjestelmän ja sairaaloiden kehittyminen // Kasvatus & Aika. 2010. № 3 (4). P. 32.

<sup>11</sup> Saarinen A. Ammatinharjoittajasta virkamieheksi – Suomen Lääkäriliitto ja universaalien terveydenhuoltojärjestelmän kehitys // Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti. 2008. № 45(2). P. 100

государство отказалось это делать.<sup>12</sup> Этот пример можно рассматривать как импульс по созданию муниципальных больниц.

Ожидалось, что в 1930-е годы окружные больницы перекавалифицируются в центральные больницы для специализированной помощи. Однако Вторая мировая война затормозила планы. С другой стороны, согласно финским историкам Каарнинену и Киуасмаа, война помогла создать сеть центральных больниц.<sup>13</sup> Это объясняется тем, что во время войны возросла потребность в специализированной помощи из-за военных травм. В 1941 году Национальный совет по медицине внёс предложение о создании центральных больниц. Закон был принят парламентом в 1943 году. Данный закон требовал, что муниципалитеты должны были оплачивать 50 % стоимости центральных больниц.<sup>14</sup>

Финляндия была разделена на 20 больничных округов, центром которых была центральная больница. Это разделение продолжает действовать до сих пор. Строительство центральных больниц происходило в основном в 50-60-е года XX-го века. Первая центральная больница построена в 1953 году Йоэнсуу, а в 1954 году больница была построена в Ювяскюля. В 1957 году вся сеть центральных больниц была передана муниципальной администрации, в 1965 году последние государственные больницы стали муниципальными.

К 50-х годам XX века только в Хельсинки и Турку были университетские больницы. В следующие десятилетия университеты и колледжи были созданы в Оулу, Тампере, Куопио, Йоэнсуу и Лаппеенранте. Причиной создания новых университетов и колледжей стала нехватка врачей в стране. В 60-х годах комитет по медицине подсчитал, что к 1990 году стране потребуется 14 000 врачей. В итоге, к 1990 году в Финляндии насчитывалось 14 325 врачей.<sup>15</sup>

---

<sup>12</sup> Arno Forsius Turun lääninlasaretti. Suomen ensimmäinen sairaala [electronic resource]. URL: <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/turunlaa.html> (дата обращения: 04.12.2019).

<sup>13</sup> Saarivirta T., Consoli D., Dhondt P. Suomen terveydenhuoltojärjestelmän ja sairaaloiden kehittyminen // Kasvatus & Aika. 2010. № 3 (4). P. 31.

<sup>14</sup> Saarivirta T., Consoli D., Dhondt P. Suomen terveydenhuoltojärjestelmän ja sairaaloiden kehittyminen // Kasvatus & Aika. 2010. № 3 (4). P. 32.

<sup>15</sup> Saarivirta T., Consoli D., Dhondt P. Suomen terveydenhuoltojärjestelmän ja sairaaloiden kehittyminen // Kasvatus & Aika. 2010. № 3 (4). P. 33.

Однако медицинская ассоциация выступала против увеличения количества врачей. Но увеличивающаяся сеть центральных больниц наоборот нуждалась во врачах.

Сейчас медицинское образование можно получить в университетах Хельсинки, Турку, Оулу, Тампере и Куопио. Хотя проблема недостатка врачей всегда присутствовала в системе здравоохранения, сейчас врачей в Финляндии больше, чем когда-либо.

Основу финской системы здравоохранения составляет муниципальное здравоохранение. Из государственного бюджета выделяются средства для медицинских услуг и специализированной медицинской помощи. Основные элементы системы здравоохранения существовали уже в 70-е года. В 90-е годы был принят “Закон о больницах”. По закону все муниципальные больницы находятся под контролем больничных округов. Муниципалитеты наделялись частичным правом самостоятельно решать, как организовать здравоохранение. Одна из наиболее важных реформ связана с государственными субсидиями. Раньше муниципалитеты получали финансирование пропорционально понесённым затратам, после реформы субсидии стали основываться на расчётной потребности.

Наиболее важные реформы в здравоохранении с середины XX-го века можно резюмировать следующим образом:

1. В 1940-е годы основными направлениями в здравоохранении являлись лечение туберкулеза и воспроизводство семьи.
2. С 1950-х годов начинается строительство сети больниц.
3. В 60-х годах XX века введено медицинское страхование.
4. В 1970-х число врачей увеличивается за счёт увеличения числа учебных мест. Также принимается “Закон об общественном здравоохранении”, создаются центры здоровья.
5. В 1980-х медицинские и социальные службы объединяются в национальную систему планирования и финансирования. Была разработана система самообслуживания и развивается кампания по



улучшению общественного здоровья. Централизованную систему здравоохранения начинают демонтировать.

6. В 1990-х годах децентрализация продолжается, муниципалитеты получают больше свободы. С наступлением 2000-го года автономия муниципалитетов начинает ограничиваться.

Здравоохранение в Финляндии регулируется многочисленными законами и нормативными актами. Согласно Конституции Финляндии, органы публичной власти обязаны гарантировать каждому гражданину социальное и медицинское обеспечение, а также способствовать укреплению здоровья населения.<sup>16</sup> Медицинские услуги закреплены в Законе о здравоохранении 1326/2010. В законе также уделяется особое внимание сотрудничеству в области здравоохранения. Например, на базовом медицинском уровне здравоохранения муниципалитеты должны содействовать с социальной помощью.<sup>17</sup> С 1960-х годов в Финляндии вводится понятие прав пациента. Это означает, что врач не имеет права скрывать диагноз от пациента. Скрытие диагноза могут трактовать как преступление. Пациент наделён правом не знать свой диагноз, но в таком случае он заранее должен сообщить об этом своему врачу.

Система здравоохранения в Финляндии развивалась в том же темпе, что и современная медицина. На протяжении всей истории своего развития финская система пыталась снизить уровень смертности в стране, в том числе, детской смертности. Ситуация с детской смертностью была исправлена тогда, когда врачей обязали официально регистрироваться в медицинской коллегии. Эта мера стала первым решительным шагом на пути развития финского здравоохранения. В 1938 году финское правительство начинает выпуск коробки для новорождённых. В коробке собраны самые важные вещи для малышей в

---

<sup>16</sup> Конституция Финляндии // Конституция государств (стран мира): [электронный ресурс]. URL: <https://worldconstitutions.ru/?p=139> (дата обращения: 04.12.19).

<sup>17</sup> Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326 // Finlex Data Bank: [electronic resource]. URL: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L4> (дата обращения: 04.12.19).

первые месяцы жизни. Эксперты отмечают, что производство коробки стало одно из причин снижения детской смертности в Финляндии.<sup>18</sup>

В XIX веке увеличилось число больниц. Особенностью финской системы здравоохранения является то, что государственные больницы принадлежат муниципалитетам. Муниципалитеты всегда играли активную роль в развитии системы здравоохранения.

Строительства центральных больниц происходило в основном в 1950-х и 60-х годах. В качестве образца для подражания были выбраны другие скандинавские страны и Германия. До 1950-х годов врачей готовили только в университетах Хельсинки и Турку. Далее университетская система врачей начала постепенно развиваться также в Оулу, Куопио и Тампере. На современном этапе истории развития системы здравоохранения стоит острая проблема реформирования данной системы.

## **1.2. Организация системы здравоохранения в Финляндии**

Население Финляндии насчитывает около пяти с половиной миллионов человек. На национальном уровне Министерство социальных дел и здравоохранения отвечает за разработку и осуществление реформ и социальной политики в области здравоохранения.<sup>19</sup> В своей деятельности министерство опирается на сеть экспертных и консультативных органов. Здравоохранение в первую очередь обеспечивается на муниципальном уровне.<sup>20</sup>

В Финляндии все жители, включая мигрантов и туристов, имеют право на получение первичной медицинской помощи. Муниципалитеты обеспечивают предоставление базовой медицинской помощи. В Финляндии на муниципалитетах лежит большая ответственность за оказание медицинского

---

<sup>18</sup> Почему финские младенцы спят в коробках // BBCNews Русская служба: [электронный ресурс]. URL: [https://www.bbc.com/russian/society/2013/06/130604\\_finnish\\_babies](https://www.bbc.com/russian/society/2013/06/130604_finnish_babies) (дата обращения: 05.12.19).

<sup>19</sup> Hurrönen H., Hämmäläinen P., Reponen J. E-health and e-welfare of Finland Check point 2015. Juvenes Print Oy, 2015. P. 22.

<sup>20</sup> State of Health in the EU Finland Country Health Profile 2017: [electronic resource]. URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/355979/Health-Profile-Finland-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/355979/Health-Profile-Finland-Eng.pdf) (дата обращения: 05.12.19).

обслуживания гражданам. В стране более 300 муниципалитетов.<sup>21</sup> У муниципалитетов есть право покупать медицинские услуги у других муниципалитетов и в частном секторе.

Центры являются основным подразделением здравоохранения. Ответственность за деятельность центров здоровья лежит на муниципалитетах. Если муниципалитет не справляется, то ответственность перекладывается на объединение муниципалитетов. Центры здоровья предлагают широкий спектр медицинских услуг. Одна из главных проблем Финляндии в сфере здравоохранения - это длительно ожидание приёма врача. Когда пациент попадает в больницу, его осматривает медсестра. Если медсестра считает нужным, то пациент получит направление к терапевту. Во многих случаях медсестра сама оказывает помощь пациенту. Обычно при центрах здоровья строится больница для госпитализации. Также в центре есть стоматология, стойка регистрации для экстренных пациентов, лаборатория, станция скорой помощи.

У каждого гражданина Финляндии имеется медицинский страховой полис, что означает, либо бесплатное обслуживание в центрах здоровья, либо небольшую плату за медицинские услуги. KEELA это финское государственное учреждение, которое отвечает за выплату социальных пособий. В 80 – 90-е года деятельность KEELA была расширена. Бюджет государства, муниципалитетов, отчисления работодателей и налогоплательщиков идёт в счёт оплаты болезни по медицинскому полису. Медицинский полис также может покрыть часть лечения в частном медицинском центре и покупку лекарств. KEELA также обеспечивает выплаты в случае отпуска по материнству или отцовству.

Медицинское страхование охватывает всех постоянных жителей страны. Муниципальные медицинские услуги доступны для жителей соответствующих муниципалитетов. Такие группы населения, как нелегальные мигранты,

---

<sup>21</sup> Seppo Lehto Country report Finland – June 2018: [electronic resource]. URL: [https:// www.escardio.org/static\\_file/Escardio/Subspecialty/EAPC/Country% 20of% 20the% 20month/Documents /finland-country-of-the-month-full-report.pdf](https://www.escardio.org/static_file/Escardio/Subspecialty/EAPC/Country%20of%20the%20month/Documents/finland-country-of-the-month-full-report.pdf) (дата обращения: 05.12.19).

туристы, люди из стран, не входящих в Европейский союз имеют право на получение неотложной медицинской помощи.

В Финляндии распространена система «семейных докторов». Она основана на длительных и доверительных отношениях между врачом и пациентом. В среднем каждый врач обеспечивает медицинскую помощь территориальный участок с населением в 2000 человек.<sup>22</sup>

Работодатели в Финляндии несут ответственность за здоровье своих подчинённых. Работодатели должны организовывать медицинское обслуживание для своих работников либо через муниципальные поликлиники, либо через частные медицинские центры.<sup>23</sup>

Также стоит отметить, что вся территория страны поделена на 20 больничных округов.<sup>24</sup>

Вторичную (специализированную) медицинскую помощь обеспечивают больницы. Больницы в Финляндии подразделяются на университетские, центральные и региональные. В больницах присутствуют врачи всех основных специальностей. В случае если округ небольшой, он имеет только одну центральную больницу.

В Финляндии существует пять университетских больниц: в Хельсинки, Тампере, Куопио, Турку, Оулу.<sup>25</sup> Деятельность университетских больниц основана на научно-исследовательской работе. В больницах также проводится практика и обучение для будущих врачей. В больницах получают специализированную медицинскую помощь в случае редких или сложных заболеваний.

---

<sup>22</sup> Public health system: [electronic resource]. URL: <https://www.justlanded.com/english/Finland/Finland-Guide/Health/Public-health-system> (дата обращения: 05.12.19).

<sup>23</sup> Торопушина Е.Е. Муниципальная социальная политика в сфере охраны здоровья: зарубежный опыт северных территорий // Вопросы государственного и муниципального управления. 2013. № 2. С.195.

<sup>24</sup> Министерство социального обеспечения и здравоохранения брошюры 2013. С.15.: [электронный ресурс]. URL: <https://www.mosaiikki.info/tietoa/files/zdravoohranennie-v-finlyandi-i-rus.pdf> (дата обращения: 05.12.19).

<sup>25</sup> Health services in Finland: [electronic resource]. URL: <https://www.hus.fi/en/patients/Pages/Health-services-in-Finland.aspx> (дата обращения: 05.12.19).

Стоимость специализированного медицинского обслуживания в Финляндии высокая, даже при наличии медицинского полиса. Финское правительство на протяжении всей истории развития социальной политики в области здравоохранения пытается обеспечить равный доступ к медицинскому обслуживанию для всех. Благодаря тому, что часть медицинской помощи и лекарств покрывается за счёт государства, медицинское обслуживание действительно доступно для граждан страны.

Система национального медицинского страхования возмещает часть услуг, которые предоставляются в частном секторе, главным образом амбулаторную помощь. Отмечается, что такая система здравоохранения была признана уникальной, поскольку она может адаптироваться к потребностям населения, но с другой стороны, она также подверглась критике за то, что она способствует неравенству и неэффективности.

Финляндия тратит не менее 8% годового валового продукта на систему здравоохранения, при этом 75% поступает из государственных источников.<sup>26</sup> По сравнению с другими странами этот показатель достаточно низкий. По итогам реформы здравоохранения в 2019 году предполагалось, что рост государственных расходов снизится, однако реформа не была осуществлена.

Как уже упоминалось ранее, в Финляндии ответственность за предоставление медицинских услуг лежит на муниципалитетах. Список предоставляемых услуг в различных муниципалитетах может отличаться. С помощью больниц и центров здоровья происходит функционирование служб здравоохранения. Если муниципалитет не справляется с обеспечением медицинских услуг, то он может объединиться с другим муниципалитетом для эффективной деятельности.

За обеспечение первичной медицинской помощи людям трудоспособного возраста отвечает работодатель. Также стоит отметить, что в Финляндии хорошо развита и организована частная медицинская служба, которая

---

<sup>26</sup> Организация системы здравоохранения в Финляндии// Медицинские новости. 2013. № 4. С. 68.

оказывает первичную и специализированную помощь. Частная медицинская помощь частично финансируется институтом социального страхования.<sup>27</sup> Частное медицинское обслуживание дополняет базовое и специализированное обслуживание. В Финляндии много частных стоматологических и физиотерапевтических клиник, поскольку потребность в них не могут удовлетворить государственные и муниципальные медицинские учреждения. Частная медицинская помощь является дорогостоящей. Для многих людей частная помощь малодоступна, даже, несмотря на то, что часть расходов покрывает страховка.

Для отслеживания прогресса развития системы здравоохранения используется деятельность различных статистических учреждений. В Финляндии за статистические данные в области здравоохранения отвечают два учреждения: «Статистика Финляндии» и центр «Stakes». Основная деятельность первого учреждения базируется на статистике по экономическим и рабочим ресурсам. Центр «Stakes» несёт ответственность за статистику рождаемости, ежедневного ухода, количества больниц, пособий и т.д. Статистические учреждения в основном получают информацию от общегосударственных регистраторов.

Центр «Stakes» это национальный научно-исследовательский и неполитический институт. Финансирование статистических учреждений происходит за счёт Министерства социального обеспечения и здравоохранения. Основными задачами центра являются: исследования и развитие статистики по социальному обеспечению и здравоохранению.

Смысл статистических учреждений заключается в том, чтобы снабжать информацией органы здравоохранения для принятия дальнейших решений. При наличии статистических данных муниципалитеты могут сравнивать свою деятельность и успехи с другими муниципалитетами.

---

<sup>27</sup> Guide to benefits.2014. P.25.: [electronic resource]. URL: [https://www.expats-finland.com/pdf/guide\\_to\\_benefits.pdf](https://www.expats-finland.com/pdf/guide_to_benefits.pdf) (дата обращения: 06.12.19).

К производителям услуг в Финляндии относятся госпитальные районы, учреждения по оказанию первичной помощи и частные клиники. К службам социального обеспечения относятся службы по оказанию помощи пожилым людям и инвалидам, людям, страдающим от алкоголизма и наркомании и т.д.

В Финляндии базовое медицинское образование можно получить в университетах Хельсинки, Тампере, Турку, Оулу и Куопио. В медицинских университетах существует серьёзная конкуренция за места. Количество абитуриентов обычно в пять раз превышает количество принятых. Финская медицинская ассоциация просила власти привести в соответствие количество студентов с количеством необходимых врачей. По мнению ассоциации, адекватное снабжение врачей необходимо обеспечивать за счёт улучшения оплаты и условий труда, а не за счёт увеличения количества студентов.

Все медицинские факультеты имеют исследовательские программы для тех студентов, которые хотят заниматься научной работой. В течение клинического периода обучения студенты участвуют в работе различных отделений больниц и центров здоровья. После каждого клинического курса студенты должны сдать выпускной экзамен по специальности. Медицинское образование длится около шести лет, после чего студенты получают степень магистра медицины.

Количество медицинских работников увеличилось с 2000 года, как в абсолютном выражении, так и в расчёте на душу населения. Отношение числа медицинских сестёр к численности населения является вторым в ЕС после Дании. Соотношение врачей ниже среднего показателя по ЕС. Роль некоторого количества медсестёр расширилась благодаря новым функциям. Теперь в их обязанности также входит ведение и консультация пациентов, назначение лекарств.

Социальная политика в сфере здравоохранения, прежде всего, направлена на сокращение преждевременной смертности населения, увеличение активной и здоровой жизни граждан, а также обеспечение лучшего качества для всего населения.

Однако в последнее время финская система здравоохранения переживает кризис. Причинами такого кризиса являются как экономические проблемы финансирования общественного сектора (муниципалитеты больше не справляются с финансированием здравоохранения), так и с тем, что такая структура здравоохранения слабо привязана реальным потребностям населения.

### **1.3. Причины неудачи реформирования системы здравоохранения в Финляндии**

Финская система здравоохранения отличается децентрализацией и автономностью в принятии решений. Центральное правительство имеет слабые механизмы управления такой системой. Обеспечение услуг здравоохранения в Финляндии стало фрагментированным. К процессу фрагментарности привело воздействие частных медицинских служб, особенно в отношении амбулаторной специализированной помощи.<sup>28</sup>

Система здравоохранения перестала удовлетворять потребности населения. В результате возникли проблемы доступности и справедливости в предоставлении услуг. Также в последние десятилетия большая часть расходов выделялась на вторичную медицинскую помощь, что привело к дисбалансу в развитии первичной и специализированной помощи. В области первичной медико-санитарной помощи это отразилось на доступности оказания услуг для тех людей, которые не могут обратиться к частным медицинским учреждениям. На устойчивость финской системы здравоохранения влияние оказывают два важных фактора:

1) низкая способность сельских муниципалитетов удовлетворить услугами население;

---

<sup>28</sup> Кескимяки И., Синерво Т., Койвисто Ю. Интеграция служб здравоохранения и социального обеспечения в Финляндии: региональные и местные инициативы по координации оказания помощи // Панорама общественного здравоохранения. 2018. № 4. С.689.



2) в связи со старением населения и увеличением заболеваемости вырос спрос на медицинскую и социальную помощь.<sup>29</sup>

Реформа здравоохранения (SOTE-реформа) должна была стать главной целью правительства Ю.Сипиля. Финская система здравоохранения считается одной из самых эффективных в Европе. С жителей Финляндии взимается небольшая плата за пребывание в больнице, лекарства и посещение муниципальной больницы.

Перед Финляндией, как и перед множеством европейских стран, остро стоит демографический вопрос. Население Финляндии стареет, а молодые люди не очень активно рожают, что означает уменьшение количества налогоплательщиков. Большая часть расходов на здравоохранение отводится именно на возрастное население.

Ещё одной проблемой Финляндии является низкая плотность населения. Согласно конституции страны, каждый человек имеет право на медицинское обслуживание.<sup>30</sup> Однако поддерживать это право людей в небольшом посёлке становится дорого. Государственные расходы на здравоохранения растут на 2.6% в год, в год тратиться 8-9% от ВВП на здравоохранение.<sup>31</sup>

Правительство во главе с Юхой Сипиля было сформировано 28 мая 2015 года. Это было коалиционное правительство, состоящее из трёх партий: Финляндский центр, Истинные финны, Национальная коалиция. Разработкой реформы здравоохранения занимались Финляндский центр и Национальный коалиция. Реформа включала в себя следующие пункты:

1. Формирование областей как самостоятельных административных единиц страны. В Финляндии существует центральный и муниципальный уровни власти. Регионы в стране существуют, но они

---

<sup>29</sup> Неудача реформы здравоохранения и отставка правительства в Финляндии: [электронный ресурс]. URL: <https://www.pohjoiseen.fi/ru/2019/03/08/neudacha-reformy-zdravookhraneniia-i-otstavka-pravitelstva-finliandii/> (дата обращения: 07.12.19).

<sup>30</sup> World Heritage Encyclopedia: [electronic resource]. URL: [http://www.worldheritage.org/articles/Healthcare\\_in\\_Finland](http://www.worldheritage.org/articles/Healthcare_in_Finland) (дата обращения: 07.12.19).

<sup>31</sup> Организация системы здравоохранения в Финляндии// Медицинские новости. 2013. № 4. С. 68.

у них нет учреждений и собственного бюджета, они не являются административными единицами;

2. Формирование областей предполагало проведение налоговой реформы: из муниципальной доли НДФЛ необходимо было выделить областную долю;
3. Ответственность за здравоохранение и социальные услуги передаётся на областной уровень, для облегчения бремени муниципалитетов;
4. Области получают право закупать услуги здравоохранения и социальные услуги у бюджетных и частных компаний;
5. Жители Финляндии смогли бы сами свободно выбирать медицинские учреждения среди доступных бюджетных и частных.<sup>32</sup>

Партия Финляндский центр изначально выступала за создание областей, которые позволили бы расширить возможности самоуправления для граждан. Юха Сиппиля не один раз заявлял, что если реформа не пройдёт, то он уйдёт в отставку. Конституционный комитет Парламента заявил о том, что реформа здравоохранения остаётся неконституционной, даже после всех доработок. Она по-прежнему не может гарантировать доступность услуг здравоохранения для всех. 8 марта 2019 года правительство Финляндии во главе с Юхой Сиппиля подало в отставку.

Основная идея реформы здравоохранения заключалась в повышение эффективности за счёт приватизации и укрупнения. Почему же тогда эта реформа не смогла реализоваться?

1. Одна из главных причин провала реформы заключается в финансах. Не до конца понятно, какая экономия предполагалась в связи с этой реформой. За предоставление медицинских и социальных услуг платит бюджет, введение дополнительного уровня власти также требует серьёзных финансовых средств. По замыслу реформа должна была снизить рост государственных расходов с 2.6% до 0.9% в год, что

---

<sup>32</sup> Неудача реформы здравоохранения и отставка правительства в Финляндии: [электронный ресурс]. URL: <https://www.pohjoiseen.fi/ru/2019/03/08/neudacha-reformy-zdravoo-khraneniia-i-otstavka-pravitelstva-finliandii/> (дата обращения: 07.12.19).

позволило бы сэкономить 3 миллиарда евро в год. Но по многих оценкам реформа наоборот привела бы к увеличению расходов;

2. В январе в Финляндии был громкий скандал с обслуживанием в деятельности компаний по уходу за пожилыми людьми. Некоторые из компаний надзорные органы закрыли. Этот скандал очень сильно повлиял на отношение финнов к частным компаниям;
3. Поскольку разработкой реформы занимались две партии, между ними возникали постоянные противоречия. Коалиционная партия настаивала на свободе выбора услуг, а Финляндский центр на областной реформе;
4. Как уже отмечалось, реформа также сталкивалась с конституционными проблемами. Конституция гарантирует гражданам равные права на предоставление услуг, независимо от места их жительства. Однако предоставление услуг в сельских районах Финляндии по-прежнему было бы затруднено;
5. Партии не задумывались изначально о том, как провести эту реформу. Сначала они представили, как всё должно быть, а после уже решали, как это реализовать. Финская система здравоохранения строилась в течение долгого времени, и обновить её за один раз просто было невозможно. Реформа также не нашла поддержки среди населения Финляндии. В большинстве случаев финны не интересуются специально политикой, поэтому у них нет чёткого представления, что именно должно было поменяться.<sup>33</sup>

На парламентских выборах 2019 года победила Социал-демократическая партия. 6 июня 2019 года Антти Ринне был избран на пост премьер-министра Финляндии. В этот же день президент Финляндии утвердил состав нового правительства. Антти Ринне отмечал, что проведение реформы здравоохранения по-прежнему остаётся ключевой задачей уже для нового

---

<sup>33</sup> 6 причин провала реформы соцздрава и отставки правительства: [электронный ресурс]. URL: [https://yle.fi/uutiset/osasto/novosti/6\\_prichin\\_provala\\_reformy\\_sotszdrava\\_i\\_otstavki\\_pra\\_vi\\_telstva/10679656](https://yle.fi/uutiset/osasto/novosti/6_prichin_provala_reformy_sotszdrava_i_otstavki_pra_vi_telstva/10679656) (дата обращения: 08.12.19).

правительства. Однако 3 декабря 2019 года Антти Ринне подаёт в отставку. Причиной такого решения стала ситуация вокруг забастовки работников почты. Работники почты начали забастовку после того, как работодатель объявил о решении перевода 700 работников на другой коллективный договор, более выгодный для работодателя. Это означало, что работникам могут сократить зарплату на 30-50%.<sup>34</sup> 11 ноября в Финляндии началась забастовка. К работникам почты позже из-за чувства солидарности присоединились работники авиационной, морской, транспортной, электрической отрасли. Такая ситуация привела к временному коллапсу авиарейсов и судоходства. Оппозиция требовала от премьер-министра объяснить, как могла случиться такая ситуация. Социал-демократическая партия заявляла, что министр по делам местного самоуправления и управления собственностью Финляндии Сирпа Паатеро узнала о действиях работодателя постфактум. Однако правление Posti Оу заявило, что Сирпа Паатеро заранее была поставлена в известность о готовящихся действиях работодателей и дала согласие на перевод работников на новый трудовой договор.<sup>35</sup> 29 ноября Сира Паатеро подала в отставку. 27 ноября забастовка работников прекратилась. Работники были переведены под действие трудового договора профсоюза работников логистической сферы РАУ. Зарплата работников не уменьшится. Оппозиция потребовала объяснений от премьер-министра. Партия “Финляндский центр” выразила вотум недоверия премьер-министру, и 3 декабря Антти Ринне подал в отставку.

10 декабря 2019 года пост премьер-министра заняла Санна Марин, первый вице-президент Социал-демократической партии. Реформа здравоохранения является частью программы кабинета Санны Марин. На сайте правительства Финляндии представлены меры по совершенствованию системы здравоохранения и социального обеспечения. Целью программы развития

---

<sup>34</sup> Срочная новость: забастовка почтовиков закончилась: [электронный ресурс]. URL: [https://yle.fi/uutiset/osasto/novosti/srochnaya\\_novost\\_zabastovka\\_pochtovikov\\_zakonchilas/1108910](https://yle.fi/uutiset/osasto/novosti/srochnaya_novost_zabastovka_pochtovikov_zakonchilas/1108910) (дата обращения: 07.04.19).

<sup>35</sup> Финский министр ушла в отставку после забастовки почтальонов: [электронный ресурс]. URL: <https://tass.ru/mezhdunarodnaya-panorama/7228903> (дата обращения: 07.04.19).

здравоохранения является повышение уровня доверия населения к государственным службам здравоохранения и социального обеспечения.<sup>36</sup> Ожидается проведение реструктуризации медико-социального обслуживания и сокращение времени ожидания для получения доступа к первичной медико-санитарной помощи. Сокращение времени ожидания планируется сократить за счёт совершенствования системы с помощью различных широкомасштабных мер, например, создание многопрофильных центров, использующих цифровизацию и модернизацию. Ожидается смещение акцента со специализированного здравоохранения на первичное здравоохранение. Всем нелегальным мигрантам будет обеспечен весь необходимый уход и лечение.

Особое внимание будет уделено разработке законодательных положений, направленных на обеспечение ухода в конце жизни и паллиативную помощь. Также будет рассмотрена возможность регулирования альтернативной и комплементарной медицины. Правительство будет ужесточать временные ограничения на юридические операции муниципалитетов в отношении инвестиций и внешнего подряда, призванные обеспечить равный доступ к услугам до проведения реформы системы здравоохранения и социальных услуг.

В рамках проектов “Стратегия роста сектора здравоохранения в области научно-исследовательской” и “Инновационной деятельности и информационной стратегии поддержки благосостояния и обновления услуг: электронное здравоохранение и социальная стратегия 2020” парламент Финляндии одобрил закон о вторичном использовании медицинских и социальных данных.<sup>37</sup> Закон открывает доступ не только к национальным социальным и медицинским регистрам, но и к данным оперативных клиентских и пациентских систем в области первичной медико-санитарной помощи, специализированного здравоохранения и социальных услуг.

---

<sup>36</sup> The focus of the healthcare and social welfare system will be shifted towards basic-level services and prevention: [electronic resource]. URL: <https://valtioneuvosto.fi/en/rinne/government-programme/restructuring-of-health-and-social-services> (дата обращения: 08.12.19).

<sup>37</sup> Secondary use of health and social data: [electronic resource]. URL: <https://stm.fi/en/secondary-use-of-health-and-social-data> (дата обращения: 08.12.19).

В Финляндии развивается также проект по усилению интеграции первичной медицинской и социальной помощи. Данные проекты хорошо демонстрируют направление, в котором развивается финское здравоохранение. В рамках такой программы был создан центр по многопрофильному уходу для детей и молодёжи - EKSOTE. Центр основа округом социального и медицинского обслуживания Южной Карелии. Он предоставляет услуги для 130 тысяч жителей в девяти муниципалитетах. EKSOTE предоставляет помощь при соматических и психиатрических заболеваниях. Поскольку муниципалитеты в одиночку часто не могут организовать услуги здравоохранения и социального обеспечения, они создают объединенные органы. Такие органы финансируют и организуют практически всю сферу медицинской и социальной помощи в регионе. Они также предоставляют большую часть услуг.

Все услуги, предоставляемые таким органом, находятся под контролем одного руководства, поэтому они могут быть организованы по-новому с течением времени. Отличительной особенностью этого центра является то, что, несмотря на то, что все специалисты работают в отдельных подразделениях, внутри центра они действуют как единая многопрофильная группа. Для того чтобы попасть в центр направление специалиста не требуется. Центр работает по принципу «свободного посещения». Состав специалистов, которые будут работать с клиентом, зависит от его потребностей. Центр строит свою деятельность на принципе своевременной помощи. Руководитель в центре выполняет функцию по созданию рабочей модели оказания помощи, которая основана на планомерных процессах обслуживания. Количество дней, проведённых молодыми людьми в психиатрических больницах, охватываемом регионе Eksote, в два раза меньше, чем в среднем по Финляндии.<sup>38</sup>

Другим примером интеграции первичной медицинской и социальной помощи является региональный объединенный орган Siunsote, которые состоит

---

<sup>38</sup> Кескимяки И., Синерво Т., Койвисто Ю. Интеграция служб здравоохранения и социального обеспечения в Финляндии: региональные и местные инициативы по координации оказания помощи // Панорама общественного здравоохранения. 2018. № 4. С.694.

из 14 муниципалитетов. Siunsote несёт ответственность за предоставление услуг 169 тысячам жителей Северной Карелии в восточной части Финляндии. В административном устройстве Siunsote аналогичен Eksote. Siunsote создавался для решения такой проблемы как дезинтеграция центров здравоохранения. Siunsote создал интегрированные центры здравоохранения и социального обеспечения. В этих центрах медицинские работники работают вместе со специалистами службы охраны психического здоровья и наркологии и социальными работниками.<sup>39</sup>

Медицинские специалисты по-прежнему имеют своих собственных руководителей, однако работая в одном центре, они расширяют сферу первичной медицинской помощи для удовлетворения комплексных потребностей пациентов. Контроль над повседневной работой и процессом оказания помощи выполняет общий руководитель. Несомненным достоинством работы в одном центре медицинских специалистов, имеющих образование в разных областях медицины, является сокращение времени ожидания для пациентов. Поскольку специалисты могут направлять пациентов к необходимому специалисту без направления. Также наличие социальных работников в таких центрах позволяет получить своевременный доступ к социальной помощи.

Наиболее интересным проектом интеграции первичной медицинской и социальной помощи является Центр здоровья и благополучия в Тесоме, районе Тампере. Население Тесомы составляет примерно 20 тысяч человек. Характерной чертой центра в Тесоме является партнёрство между субъектами общественного, частного и некоммерческого секторов. Центр оказывает и интегрирует медицинские и социальные услуги в рамках своего учреждения.<sup>40</sup> Центр был создан в рамках процесса государственных закупок в 2015-2017

---

<sup>39</sup> Siun Sote Strategia: [electronic resource]. URL: <http://www.siunsote.fi/web/guest/strategia> (дата обращения: 08.12.19).

<sup>40</sup> Tesoman hyvinvointikeskus: [electronic resource]. URL: <https://www.tampere.fi/tampereen-kaupunki/yhteystiedot-ja-asiointi/alueelliset-palvelut/tesoman-hyvinvointikeskus.html> (дата обращения: 08.12.19).

годах. В ходе процесса субъекты, которые принимали участие в закупках, на добровольной основе сами установили желаемый результат.

Концепция центра разрабатывали частные и некоммерческие организации, жители района, работники здравоохранения и социального обеспечения Тампере в рамках коллективного процесса. Альянс между общественными, частными и некоммерческими субъектами имеет общий бюджет, контракт и цели. Участники альянса совместно несут риски и убытки. Основой деятельности центра является лично-ориентированное обслуживание и эффективные результаты.

Услуги, оказываемые в центре, считаются государственными, которые предоставляются городом Тампере. Однако на альянсе лежит ответственность за интеграцию служб первичной медико-санитарной помощи и социального обеспечения. Помимо предоставления медицинских и социальных услуг, центр оказывает услуги по укреплению местного сообщества и взаимодействию между его жителями.

Тампере отвечает за предоставление услуг в центре для семей и молодёжи, консультированию и социальному сопровождению, трудоустройству. Частный поставщик отвечает за предоставление первичной медицинской помощи, первичный приём пациентов, стоматологическую помощь. Также он отвечает за обеспечение поддерживаемого образа жизни для пожилых людей и инвалидов. Местная неправительственная организация несёт ответственность за некоммерческие мероприятия и за общественную кофейню. Кофейня является как гостиницей для центра, так и местом встречи для жителей Тесомы. Центр хочет добиться экономически эффективного предоставления услуг, постоянного и открытого развития обслуживания, а также высокого уровня удовлетворённости пациентов услугами центра.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Кескимяки И., Синерво Т., Койвисто Ю. Интеграция служб здравоохранения и социального обеспечения в Финляндии: региональные и местные инициативы по координации оказания помощи // Панорама общественного здравоохранения. 2018. № 4. С.696.



Финская система здравоохранения находится на высоком уровне, по сравнению с другими европейскими странами и в целом она показывает хорошие результаты. Однако в любой системе есть проблемы. Проблема фрагментированности системы здравоохранения отрицательно сказывается в некоторых регионах страны, прежде всего, затрагивая качество первичной медицинской помощи.

Неблагоприятная ситуация с демографией сельско-городской миграции оказывает сильное давление на муниципалитеты, которым в последние года всё труднее оказывать медицинские и социальные услуги в одиночку. В стране поддерживается необходимость реформирования системы здравоохранения и социального обеспечения. Результатом реформы должно стать создание более крупных органов для организации предоставления услуг в сфере здравоохранения и социального обеспечения. Комплексное оказание помощи рассматривается, как вероятный способ удовлетворить растущие потребности населения. Если реформы всё-таки будет доведена до конца, то в стране должны появиться 18 новых округов, которые будут нести ответственность за организацию социальной и медицинской помощи.

Подводя итоги первой главы, хочется отметить, что система здравоохранения Финляндии действительно является одной из лучших в Европе. В Финляндии существует целостная система специализированной и первичной медицинской помощи, которая охватывает всё население страны.

Основная ответственность по организации систем здравоохранения лежит на муниципалитетах. Несмотря на то, что такая система хорошо служит стране, муниципалитеты всё чаще стали испытывать трудности финансирования здравоохранения. В последние годы она подвержена различным кризисам. Прежде всего, причина этого кризиса заключается в проблеме финансирования и фрагментации системы здравоохранения. По нашему мнению, прежде всего, необходимо укреплять жизнеспособность и экономическую стабильность муниципалитетов, которые предоставляют услуги в области здравоохранения.

## **ГЛАВА 2. СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА РОССИИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

### **2.1. История развития социальной политики: от Древней Руси до Современной России**

В России вопрос о реформировании здравоохранения является актуальным на сегодняшний день. Прежде всего, вопрос затрагивает пути развития системы здравоохранения. Мы считаем, что необходимо проследить весь путь развития социальной политики в области здравоохранения в России, для того, чтобы можно было сделать выводы о дальнейших перспективах развития здравоохранения в стране.

На протяжении длительного развития социальная политика в области здравоохранения касалась, прежде всего, законодательных актов, кадровой политики, предоставляемых услуг. Министерство здравоохранения России ставит своей целью развитие и улучшение системы здравоохранения.

В IX-XIII веках на Руси было распространено оказание помощи в церквях и монастырях. Логично, что и первые больницы были построены при монастырях. Роль врачей выполняли монахи. Также нередко медицинскую помощь оказывали деревенские лекари. Лекарства делали из трав и настоев.

В “Русской правде”, сборнике правовых норм Киевской Руси, содержались также нормы, касающиеся оказания медицинской помощи. Например, если человек поранил другого человека мечом, то обидчик должен был заплатить пострадавшему гривну на лечение.<sup>42</sup> В одной из самой древнерусской книге «Изборнике Святослава» говорилось о том, что врач должен был уметь владеть хирургическими методами.<sup>43</sup>

---

<sup>42</sup> Русская правда (пространная редакция), 30 пункт: [электронный ресурс]. URL: <http://drevne-rus-lit.niv.ru/drevne-rus-lit/text/russkaya-pravda-prostrannaya/russkaya-pravda-prostraannaya.htm> (дата обращения: 15.01.2020).

<sup>43</sup> Изборник Святослава (из изборника 1076 года): [электронный ресурс]. URL: <http://drevne-rus-lit.niv.ru/drevne-rus-lit/text/iz-izbornika-1076/iz-izbornika-1076.htm> (дата обращения: 15.01.2020).

Для оказания помощи царской семье в XVI веке приглашали специалистов из Западной Европы.<sup>44</sup> В 1581 году, была учреждена Государева аптека при дворе Ивана Грозного. Преимущественно в аптеке работали англичане, голландцы и немцы. Точно неизвестно, в каком году, но не позднее 1632 году был создан Аптекарский приказ. Аптекарский приказ являлся административно-судебным органом, который осуществлял контроль над аптеками, докторами, лекарствами.<sup>45</sup> В 1654 году в России была основана первая лекарская школа.

В XVII веке был распространен метод ремесленного обучения лекарскому делу.<sup>46</sup> Иностранные лекари, приезжавшие по контракту на службе в русские полки, обучали лекарскому делу стрельцов и стрелецких детей. После обучения учащиеся получали право работать в полках.<sup>47</sup> В это же время в стране по-прежнему было распространено обращаться к знахарям, повивальным бабкам и травникам. Лекарства отпускали только в двух местах: в Главной аптеке или Новой аптеке. С 1654 по 1655 года в стране буйствовала эпидемия чумы. Власть издавала указы, направленные на карантинные меры. Царь Алексей Михайлович издал свыше 10 указов, направленных на снижение последствий от морового поветрия.<sup>48</sup>

По инициативе Ивана Лаврентьевича Блюментростова была проведена медицинская реформа при Пете I. Была создана Медицинская канцелярия, которая позже была преобразована в Медицинскую коллегия. В 1728 году в Москве была открыта лечебница для проходящих больных. Петр I уделял много внимание медицинским реформам. Так он ввёл указы, касающиеся учёта

---

<sup>44</sup> Смирнова Е.М. «Аптекарского приказу люди» на государевой службе // Манускрипт. 2017. № 9 (83). С.176.

<sup>45</sup> Куликов В.А. Роль аптекарского приказа в деле оказания медицинской помощи и лекарственного обеспечения Руси в XVIIвеке // Вестник фармации. 2014. № 1 (63). С.98.

<sup>46</sup> Смирнова Е.М. «Аптекарского приказу люди» на государевой службе // Манускрипт. 2017. № 9 (83). С.176.

<sup>47</sup> Сергеева М.С. Проблемы интеграции иностранных аптекарей в отечественную медицинскую практику XVI-XVII вв // Известия Алтайского государственного университета. 2015. №4 (88). С.223.

<sup>48</sup> Медведь А.Н. Актовые материалы об эпидемиях XVII в. как источник по истории антропологии болезни в Московском государстве // Проблемы дипломатики, кодикологии и актовой географии : Материалы XXIV Междунар. науч. конф. 2012. С. 398.

рождаемости и смертности, создание учреждений, направленных на сохранения зазорных младенцев.<sup>49</sup> Были изданы указы, направленные на контроль за продуктами на рынках. В XVIII веке были созданы госпитальные школы, которые являлись первыми высшими медицинскими учебными заведениями в России. Госпитальная школа была открыта в 1707 году по инициативе её первого руководителя Николая Бидлоо, придворного врача Петра I. 1707 год является годом начала отечественного высшего медицинского образования.<sup>50</sup> 1718-1720 года ознаменовались открытием госпиталей в Петербурге и Кронштадте. Позже при госпиталях стали открывать собственные школы.

Пётр I делал упор на развитии военной медицины в Российской империи.<sup>51</sup> Такие лечебницы как Голицынская больница и Странноприимный дом строились на средства частных лиц. В 1775 году по приказу Екатерины II был создан приказ общественного призрения. Приказы были созданы в виде губернских административных органов. Их цель заключалась в управлении народными школами, госпиталями, приютами для больных и умалишённых, больницами, богадельнями и тюрьмами.<sup>52</sup> В 1798 году в Петербурге была учреждена Военно-медицинская академия. Академия являлась первым высшим медицинским учреждением в России. В неё велось обучение для подготовки классных чинов военного ведомства и военнотружущих медицинского службы.

Развитие общественного здравоохранения происходит во время правления Александра I. В 1802 году в Петербурге было создано «Императорское человеколюбивое общество». Это общество являлось крупнейшей благотворительной организацией в те времена. Целью общества являлось оказание помощи нуждающимся, обеспечение бесплатного лечения

---

<sup>49</sup> Зотова Е.В. Реформы Петра I в области медицины и фармации // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2014. № 11. С. 1145.

<sup>50</sup> Смирнова Е.М. Аптекарского приказу люди на государственной службе // Манускрипт. 2017. №9 (83). С. 176.

<sup>51</sup> Государственно-правовое регулирование здравоохранения в период правления Петра I // Юридическая наука и правоохранительная практика. 2012. №4 (22). С. 75.

<sup>52</sup> Хорева Т.А. Основные этапы истории приказов общественного призрения в Российской империи // Труды Института государства и права Российской академии наук. 2015. № 2. С.30.

бедных на дому, раздача бесплатных лекарств.<sup>53</sup> Также были открыты больницы для неимущих. В 1816 году такое общество было открыто в Москве.

В 1803 году при Министерстве полиции дел был создан Медицинский совет. Совет начал деятельность по строительству сети больниц и приютов для инвалидов и сирот. Через год было создано Физико-медицинское общество, целью которого являлось ведение метеорологических наблюдений, статистики заболеваний, рождаемости, смертности. Первый медицинский журнал в России стал издаваться в 1823 году. В 1894 году в Военно-медицинской академии была создана кафедра заразных болезней и медицинской бактериологии.

Александр II делал упор на развитие земской медицины. Задачи этой медицины заключались в обеспечение доступности здравоохранения всему населению. После эпидемии холеры в 1865 году было принято «Положение об организации стационаров на предприятиях, где работает свыше 1000 человек». Также работодатели должны были содержать больницы и амбулатории, запрещалось брать плату за оказанную медицинскую помощь с рабочих. При Николае II была создана система участковых врачей. Сформировалась трёхзвенная структура медицинской помощи: врачебный участок, уездная и губернская больница. Лечение в данных учреждениях было бесплатным. В 1897 году была создана Особая комиссия во главе с А. П. Ольденбургским, целью которой являлось противодействие чуме.<sup>54</sup> Стоит отметить, что борьба с эпидемиями считалось главной целью общественного здравоохранения. Для пересмотра врачебно-санитарного законодательства была создана Междуведомственная комиссия.

В 1897 году в Санкт-Петербурге был учрежден Женский медицинский институт, который открыл путь к медицинским профессиям женщинам. В начале XX века физиолог И.П.Павлов и микробиолог И.И.Мечников были удостоены Нобелевской премии. Российская медицина получает международное

---

<sup>53</sup> Гончарова С.Г., Егорышева И.В. К 200-летию Императорского Человеколюбивого общества (1816) // Здравоохранение Российской Федерации. 2016. № 6. С.325.

<sup>54</sup> Михель Д.В. Чума и эпидемиологическая революция в России: 1897-1914 // Вестник Евразии. 2008. С.145.

признание. События 1917 года негативно повлияли на политическую и экономическую сферу жизни общества. Ситуация осложнялась тем, что не хватало медицинских кадров, а также больниц и лекарств.<sup>55</sup> Для борьбы с эпидемиями было необходимо создавать единую систему здравоохранения, а также систему государственных больниц и аптек.

В ноябре 1917 года при Военно-революционном комитете Петроградского Совета рабочих и солдатских депутатов был создан медико-санитарный отдел. Целью отдела являлось реорганизация медико-санитарного дела в стране. Специального Комиссариата по здравоохранению в стране не существовало, однако часто при различных Комиссариатах создавались медицинские коллегии. В январе 1918 произошло объединение медицинских коллегий в Совет врачебных коллегий. Совет врачебных коллегий являлся высшим органом в сфере здравоохранения. В июне было принято решение о создании Народного Комиссариата здравоохранения. 11 июля СНК принял декрет «Об учреждении Народного комиссариата здравоохранения». Народным комиссаром здравоохранения РСФСР был назначен Н.А.Семашко.

Для создания медицинской системы бойцов Красной Армии был организован комитет помощи раненым и больным красноармейцам. 22 декабря 1917 года был принят декрет ВЦИК «О страховании на случай болезни», по которому рабочие и их члены семьи могли получать бесплатную медицинскую помощь. Этот декрет заложил основу принципа бесплатной и общедоступной квалифицированной помощи.<sup>56</sup> В декабре 1918 года была национализирована вся аптечная сеть, в Народном Комиссариате здравоохранения был организован фармацевтический отдел. В феврале 1919 года руководители здравоохранения решили, что все медицинские учреждения в стране должны быть государственными. В этот период социальная политика в области

---

<sup>55</sup> Беляев Е.Н., Блохина Н.Н., Воскресенская Н.П. и др. Здравоохранение России. XX век: Монография / Под ред. Ю.Л. Шевченко [и др.]. М.: ГЕОТАР-МЕД, 2001. С. 318.

<sup>56</sup> Давыдова Т.В. Становление системы советского здравоохранения: миф или реальность // История в подробностях. 2013. №3. С. 25.

здравоохранения провозгласила приоритетом профилактику болезней. Начинается борьба с туберкулёзом и венерическими заболеваниями. Также начали функционировать диспансеры, лечебно-профилактические учреждения.

По инициативе Соловьёва З.П., одного из организаторов советского здравоохранения, в 1925 году был создан пионерский лагерь Артек, а также ряд детских оздоровительных учреждений. Общее руководство по развитию здравоохранения в СССР осуществлял Народный комиссариат здравоохранения. В его ведении также находились курорты, санатории, учреждения, направленные против эпидемии и т.д. Народный комитет осуществлял контроль над учреждениями и организациями системы Исполкома Союза обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, а также судебно-медицинской экспертизой.

Особое внимание уделялось развитию медицины в сельской местности. В 1938 году вышло решение о том, что сельские амбулатории и больницы переводились с сельского бюджета на районный бюджет. В годы Великой Отечественной войны Народный комитет здравоохранения осуществлял управление медицинского обслуживания советской армии, а также развернул сеть госпиталей. В 1946 году Народный комитет здравоохранения СССР был переименован в Министерство здравоохранения СССР. Министерство координировало и планировало развитие здравоохранения в стране, руководило рядом научно-исследовательских институтов. Ещё в годы войны в стране была образована Академия медицинских наук СССР, которая являлась высшим научным учреждением в области медицины.

Для того чтобы решить проблему в поставках медикаментов и медицинской технике, было создано Министерство медицинской промышленности. По инициативе Ковригиной Марии Дмитриевны, министра здравоохранения РСФСР (1950—1953) и СССР (1954—1959), был принят указ Президиума Верховного Совета СССР «Об отмене запрещения абортов» (1955); был увеличен отпуск по беременности и родам до 112 календарных дней. Также была установлена длительность лечения больных туберкулёзом до одного года,

и определены льготы и право больных туберкулёзом на отдельную жилую площадь.

В послевоенные годы снизился уровень заболеваемости трахомой и желудочно-кишечных заболеваний, а также ликвидирован тиф. К 1960 годам на первое место вышли сердечно-сосудистые болезни и онкология.<sup>57</sup> Вновь стал обсуждаться вопрос о диспансеризации всего населения. В сельской местности была проведена реформа управления здравоохранением: районные отделы упразднили, все функции учреждения были переданы районной больнице, глава которой становился главным врачом района. С этого момента центральные районные больницы становятся центрами квалифицированной медицинской помощи.

В 60-е годы начинает развиваться специализированная медицинская помощь, стоматологическая и рентгенорадиологическая помощь. Идёт строительство крупных многопрофильных больниц. Начало 90-х годов ознаменовалось серьёзными социально-политическими и экономическими кризисами в стране. Кризис затронул и систему здравоохранения. Застой в этой сфере начался ещё в 70-е года. Система здравоохранения нуждалась в финансировании, привлечении частных источников финансирования, а также использованием экономических методов в управлении. Одной из главных задач реформирования системы здравоохранения стало улучшение качества работы медицинского персонала, а также укрепление первичного звена здравоохранения. В 90-91 годах Министерство здравоохранения разработало программу реформы системы. Программа предполагала изменение в подходе в управлении: теперь предлагалось использовать интенсивные и качественные показатели, вместо экстенсивных и количественных.<sup>58</sup>

В 90-е года был заложен фундамента обязательного медицинского страхования. Распад СССР и социально-экономические причины заложили

---

<sup>57</sup> Гуменюк А.А. Развитие здравоохранения в СССР во второй половине 1950-х - первой половине 1980-х гг. // Известия Саратовского университета. 2015. № 4. С. 110.

<sup>58</sup> Щепин О.П. Региональные аспекты развития здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. № 5. С. 4.



основу дефицита финансирования учреждений здравоохранения. Для поддержания функционирования медицинских учреждений были налажены поставки лекарств, лечебного питания и оборудования. Дефицит финансирования также привёл к многомесячным задержкам заработной платы медицинскому персоналу.

В 1991 году принимается Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР», а в 1993 году «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». Данные законодательные акты послужили базой для проведения реформ здравоохранения. Реформы здравоохранения в 90-е годы характеризовались активной кампанией развития социальной политики в отношении детей. Это объяснялось критической ситуацией в области охраны здоровья детей. Был принят Федеральный закон от 24 июля 1998 года «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации». Согласно Закону, необходимо было принимать меры защиты детей от рекламы алкогольной продукции и табачных изделий, от распространения печатной продукции, аудио- и видеопродукции, пропагандирующей насилие и жестокость, порнографию, наркоманию, токсикоманию, антиобщественное поведение.<sup>59</sup> Но к началу XXI века ситуация в данной сфере по-прежнему считалась критической.

Вместе с тем в стране увеличивалось число психических расстройств, врождённых пороков развития. Возродились старые болезни, такие как туберкулёз, появились новые: ВИЧ-инфекции, гепатит С. Дети сталкивались с алкоголизмом, наркоманией, уменьшением физических показателей. Неблагополучие в системе здравоохранения в этот период времени многие связывают с другими социальными институтами в стране.

Проведение реформ в 90-е годы обозначили проведение нового курса в системе здравоохранения от централизованной системы управления к децентрализованной. Это означало появление новых автономно действующих

---

<sup>59</sup> Федеральный закон об основных гарантиях прав ребёнка в РФ // Консультант: [электронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_19558/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19558/) (дата обращения: 20.01.2020).

региональных систем здравоохранения.<sup>60</sup> Начало 90-х характеризуется хаотичным принятием мер из-за разрушения административно-командной системы. В основном, проведения реформ здравоохранения в этот период времени можно охарактеризовать как проведение децентрализации, демонополизации государственного сектора здравоохранения, введение многоканальности финансирования, а также внедрение рыночных механизмов в сферу медицинских товаров и услуг. Одной из причин глубокого кризиса системы здравоохранения в 90-е годы является внедрение этих принципов без их проверки на эффективность в российских реалиях.

Также характерными процессами реформ являлись сокращение научно-исследовательских программ, быстрое развитие частного сектора и платных услуг в государственных учреждениях.

После принятия Закона РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» в 1993 году, произошло изменение управления и финансирования здравоохранения. Главной характеристикой политики в области здравоохранения становится государственное регулирование здравоохранения и обеспечение качества медицинской помощи.<sup>61</sup>

5 ноября 1997 года принимается «Концепцию развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации». Цель Концепции заключалась в улучшение уровня здоровья населения и снижении уровня заболеваемости и населения.<sup>62</sup> 31 августа 2000 года была утверждена «Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года». Концепция являлась дополнением к Концепции 1997 года. Основой

---

<sup>60</sup> Бизенков А.С., Данилов А.И. Реформирование системы здравоохранения в современной России // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2019. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/reformirovanie-sistemy-zdravoohraneniya-v-sovremennoy-rossii/viewer> (дата обращения: 09.02.2020).

<sup>61</sup> Там же.

<sup>62</sup> Постановление Правительства РФ от 5 ноября 1997 г. N 1387 "О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации" // Гарант: [электронный ресурс]. URL: <https://base.garant.ru/12104340/> (дата обращения: 20.01.2020).

новой Концепции являлись данные о здоровье населения, полученные путём научного анализа. Анализ был произведён в Национальном НИИ общественного здоровья РАМН по подготовке Государственного доклада о состоянии здоровья населения РФ. Опираясь на данные из двух концепций, были разработаны такие федеральные программы, как «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера», «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации», «Скорая медицинская помощь» и другие. Принятие таких программ было необходимым шагом в условиях социально-экономических преобразований.

Начиная с 1998 года, была утверждена Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Это было очень важным и правильным решением. Цель программы заключалась в соблюдении баланса между обязательствами государства, которое гарантирует обеспечение населению медицинской помощи, и выделяемыми для этого ресурсами. Но дефицит финансирования системы здравоохранения воспрепятствовал реализации этой идеи.

На сегодняшний день система здравоохранения России находится в процессе реформирования. Происходит организационная перестройка здравоохранения. Система здравоохранения финансируется средствами из государственного бюджета, а также внебюджетными средствами медицинского страхования. Деятельность Министерства здравоохранения и социального развития РФ регулируется Положением о Министерстве, утвержденным постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 года.

## **2.2. Структура системы здравоохранения в России**

Охрана здоровья является важной частью социальной политики государства. Согласно Конституции РФ, каждый человек имеет право на охрану здоровья и получение медицинской помощи.<sup>63</sup> Медицинская помощь в

---

<sup>63</sup> Конституция РФ // Консультант: [электронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_28399/8c815f376c72a61b3df7905bb5aae9f144d2cb0d/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/8c815f376c72a61b3df7905bb5aae9f144d2cb0d/) (дата обращения: 22.01.2020).

государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно.

В России существует три уровня власти: федеральный, региональный и местный. После того как распался СССР началась децентрализация системы здравоохранения. Структура системы здравоохранения строится по принципу «вертикали». На сегодняшний день система здравоохранения характеризуется той же структурой, что и власть. Структура здравоохранения делится на федеральный уровень (центральный), региональный (уровень субъектов России), местный уровень.<sup>64</sup>

Федеральный уровень власти несёт ответственность за регулирование и защиту прав и свобод человека и гражданина. Федеральный уровень организует координацию вопросов здравоохранения. Правовой базой в области здравоохранения являются Конституция РФ и "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Министерство здравоохранения устанавливает политику в области своей компетенции. Министерство также имеет право следить за здравоохранением на региональном уровне, а также за исполнением решений в области охраны здоровья субъектами РФ. Бюджет Министерству здравоохранения формирует Министерство финансов. Министерство, в свою очередь, финансирует научно-исследовательские центры и институты, деятельность Российской академии медицинских наук, а также медицинские образовательные учреждения.

Органы регионального уровня здравоохранения ответственны за охрану здоровья в субъектах Российской Федерации. До 1993 года власти субъектов сами распоряжались финансированием на своём уровне. После введения обязательного медицинского страхования (ОМС) финансирование отчасти

---

<sup>64</sup> Бойко Ю.П., Галь И.Г., Плаунов Н.Ф. Система здравоохранения РФ и перспектива её развития // Социальные аспекты здоровья населения. 2014. № 2. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=13077> (дата обращения: 11.02.2020).

отошло под управление учреждений ОМС. На сегодняшний день субъекты РФ обеспечивают здравоохранение на две трети.<sup>65</sup>

Важной составляющей социальной политики в области здравоохранения является реализация федеральных программ. Такие федеральные программы направлены на развитие уровня здоровья населения, снижение уровня смертности, контроль над эпидемиологической ситуацией в стране и т.д. После процесса децентрализации региональный уровень здравоохранения приобрёл некоторую автономность в данной сфере.

На региональном уровне медицинское обслуживание осуществляется через больницы, при которых имеются амбулаторные отделения. Получить медицинскую помощь в больницах имеет право любой житель субъекта РФ. В структуру регионального уровня здравоохранения входят региональные специализированные медицинские учреждения. Именно на региональный уровень приходится большая часть первичного и диагностического медицинского обслуживания.

Местный или муниципальный уровень власти активно участвует в процессе разработке реформ здравоохранения. Согласно закону "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации"<sup>66</sup>, местные власти обязаны выполнять поручения и указы Министерства здравоохранения. Но местные власти не подчиняются региональному уровню. В таком случае региональные программы в области здравоохранения могут быть не реализованы на местном уровне. Однако в последнее время местные уровни власти соглашаются перейти под контроль регионального уровня власти.

---

<sup>65</sup> Авдеева Л.О., Козыренко Е.И. Современное состояние финансирования здравоохранения в России // Вестник Астраханского государственного технического университета. 2019. № 1. С. 155.

<sup>66</sup> Федеральный закон от 06.10.2003 N 131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации" // Консультант: [электронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_44571/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_44571/) (дата обращения: 22.01.2020).

Частная система здравоохранения представлена юридическими и физическими лицами, а также фармацевтическими и иными организациями, осуществляющих медицинскую деятельность.<sup>67</sup>

Система здравоохранения в России имеет обширную сеть специализированных больниц разных уровней. Лечебно-профилактические учреждения подразделяют на два основных вида: стационары и амбулаторно-поликлинические учреждения. В России существует следующий ряд учреждений в области здравоохранения:

1. лечебно-профилактические;
2. охраны детства и материнства;
3. санитарно-эпидемиологической службы;
4. санитарно-курортные;
5. аптечные;
6. патологоанатомические, судебно-медицинские и судебно-психиатрические;
7. образовательные и научно-исследовательские;
8. медицинской промышленности.<sup>68</sup>

В России организован участковый принцип работы поликлиник. Принцип заключается в том, что на территориях создают врачебные участки, на которых работают участковые врачи и медицинская сестра. В среднем на участке закреплено 1700 человек взрослого населения, число детей не должно превышать 800 человек. Для жителей, проживающих в сельской местности, работают самостоятельные участковые больницы или фельдшерско-акушерские пункты. Участковый врач является главной фигурой здравоохранения.

---

<sup>67</sup> Ляпин И.Ф., Прилуков М.Д. Административно-правовое регулирование частной системы здравоохранения в Российской Федерации // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. 2016. №5. С. 210.

<sup>68</sup> Бойко Ю.П., Галь И.Г., Плавунцов Н.Ф. Система здравоохранения РФ и перспектива её развития // Социальные аспекты здоровья населения. 2014. № 2. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=13077> (дата обращения: 11.02.2020).

Эффективная деятельность участкового врача также связана с высокой квалификацией участковой медицинской сестры.

В поликлиниках развит диспансерный метод. Он заключается в активном отслеживании здоровья населения. Главной целью метода является развитие и укрепление здоровья.

В настоящее время всё чаще звучит призыв о развитии профилактических мер в области здравоохранения. Поскольку профилактическая работа даёт намного больший результат в развитии и укреплении здоровья населения. По профилю больницы делятся на многопрофильные и специализированные. Ключевыми направлениями деятельности больниц считаются стационарное, поликлиническое, организационно-методическое, административно-хозяйственное. Каждое направление находится в зоне ответственности заместителей главного врача. Также можно выделить следующие направления больницы: инфекционное, диагностическое, по связи с общественностью, менеджмента и т.д.

Клиническая больница предоставляет условия для функционирования кафедры медицинского института или научно-исследовательского института. На базе клинической больницы идёт подготовка новых медицинских работников и разработка новых методов лечения.

Российская система здравоохранения мало чем отличается от советской системы здравоохранения. Российская система здравоохранения характеризуется разветвлённой сетью лечебно-профилактических учреждений.<sup>69</sup> Эффективность системы здравоохранения можно определить по количеству врачей и больничных коек. В обычное время в российском здравоохранении нет критической ситуации нехватки врачей и коек, однако во время эпидемий ситуация характеризуется как критическая. Важно, чтобы коек и врачей хватало для обеспечения медицинской помощи в единицу времени.

---

<sup>69</sup> Бойко Ю.П., Галь И.Г., Плавунцов Н.Ф. Система здравоохранения РФ и перспектива её развития // Социальные аспекты здоровья населения. 2014. № 2. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=13077> (дата обращения: 11.02.2020).

Важной частью структуры медицинских учреждений являются диспансеры и специализированные центры. Вот некоторые виды диспансеров, представленных в России: противотуберкулёзный, онкологический, психоневрологический, кожно-венерологический и т.д. Диспансеры оказывают профилактическую помощь определенной категории пациентов. Специализированные центры чаще всего создаются при больницах. К специализированной медицинской помощи относят гематологическую, кардиологическую, гастроэнтерологическую и т.д. Для людей с инвалидностью созданы Центры реабилитации и Центры восстановительного лечения.

В сеть медицинских учреждений также входят учреждения санаторно-курортного типа. В таких учреждениях применяется лечение на основе природных факторов, корректировки питания, увлечение физической активности, физиотерапии. Учреждения санаторно-курортного типа располагаются в курортных зонах, поскольку для таких учреждений важен природный фактор в лечении пациентов: морской воздух, ландшафт, солнечный климат. Деятельность санаторно-курортных учреждений регулируется Национальной курортной ассоциацией. Важнейшей целью Национальной курортной ассоциации является защита и предоставление прав членов Ассоциации в государственных организациях.

Одним из видов лечебно-профилактического учреждения в России является медико-санитарная часть. Главной характеристикой медико-санитарной части является то, что в таких учреждениях предоставляют медицинскую помощь работникам промышленности, строительства и транспорта. Состав медико-санитарной части может отличаться. Но в основном в составе медико-санитарной части присутствует поликлиника, врачебные и фельдшерские здравпункты.

Как уже отмечалось ранее, главной целью социальной политики в области здравоохранения является улучшение уровня здоровья населения, снижение уровня смертности, обеспечение равного права для всех граждан к



получения медицинских услуг. Эта цель достигается путём принятия ряда управленческих решений. Для достижения цели также необходимо эффективно налаживать работу следующих направлений: охрана окружающей среды, развитие профилактической работы, статистические данные инфекционных заболеваний, улучшение психологического здоровья, гарантия прав на обеспечение медицинской помощью.

Об эффективности социальной политики может говорить изменение основных показателей здоровья населения:

1. снижение показателя смертности;
2. снижение показателей материнской и детской смертности;
3. снижение уровня заболеваемости;
4. снижение уровня инвалидности;
5. повышение показателя средней продолжительности жизни.<sup>70</sup>

Для улучшения основных показателей здоровья государство выделяет деньги и реализует ряд федеральных программ, направленных на профилактическую работу с населением. Примером таких программ могут служить программы «Сахарный диабет» (2002 г.), «Вместе против ВИЧ (2016 г.)», «Дети России» (2010 г.), «Здоровье» (2006 г.), «Вакцинопрофилактика» (2019 г.) и т.д.

Важным фактором деятельности лечебно-профилактических учреждений является оценка процесса лечения пациентов и уровня предоставляемых услуг. В основном, системы прослеживают уровень обслуживания учреждения и исход лечения пациента. При создании такой системы необходимо учитывать такие факторы в области здравоохранения:

1. единство системы здравоохранения независимо от территориальных и ведомственных разграничений;
2. единство лечебно-профилактической и экономической эффективности;

---

<sup>70</sup> Журавлева И.В. Актуальные проблемы социальной политики в сфере здоровья // Социология медицины. 2017. № 16. С.7.

3. единство врача и пациента в достижении высоких результатов профилактической и лечебной деятельности.<sup>71</sup>

На систему здравоохранения сильно влияют внутренние проблемы охраны здоровья, существующие на сегодняшний день.

Во-первых, это низкий уровень двигательной активности и ведения здорового образа жизни. Население не вовлекают в процесс охраны и укрепления своего здоровья. На низком уровне находится программа профилактики заболеваний. По нашему мнению, профилактику могла бы стать той частью здравоохранения, благодаря которой удалось бы снизить уровень смертности от неинфекционных заболеваний и повысить средний возраст продолжительности жизни.

Во-вторых, на систему здравоохранения оказывает влияние сложнейшая демографическая ситуация в стране. Прирост населения остаётся низким, а количество пожилых людей увеличивается. Старение населения приводит к усложнению и развитию хронических заболеваний, а также к большому спросу на оказание медицинской помощи.

В-третьих, для развития здравоохранения в России существует такая проблема как нереализованность имеющихся резервов. В сочетании с недостаточностью ресурсного обеспечения это приводит к невозможности разрешения различных проблем, стоящих сегодня перед российским здравоохранением.

В-четвёртых, в российской системе здравоохранения присутствует проблема теневой экономики и коррупции. Дефицит финансирования приводит к такой ситуации, когда в медицинских учреждениях не остается денег на развитие организации. Зачастую организации могут лишь покрыть медицинские услуги. В таких условиях медицинские организации начинают оказывать медицинские услуги за деньги. При этом некоторые медицинские

---

<sup>71</sup> Бойко Ю.П., Галь И.Г., Плавун Н.Ф. Система здравоохранения РФ и перспектива её развития // Социальные аспекты здоровья населения. 2014. № 2. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=13077> (дата обращения: 11.02.2020).

учреждения начинают скрывать полученные средства из бюджетов и сразу оказывать медицинские услуги платно, за которые государство оплатило деньги.<sup>72</sup>

На данный момент, социальная политика в области здравоохранения должна двигаться в направлении развития доступности и качества оказанной медицинской помощи. Пока эти два фактора находятся на низком уровне, систему здравоохранения должна будет играть существенную роль в укреплении здоровья населения. При доступности и высоком качестве оказанной медицинской помощи нагрузка на систему здравоохранения спадёт и поддерживать здоровье и профилактику болезней можно будет при помощи здорового образа жизни.

### **2.3. Проблемы реформирования системы здравоохранения в России**

Здравоохранение является одной из самых значимых социальных структур. Для стабильного развития государства необходимо проводить такую социальную политику, которая могла бы поддерживать и повышать уровень здоровья граждан. В Российской Федерации вопрос о реформировании системы здравоохранения остро стоит на протяжении десятилетий. Проведение реформы, в первую очередь, обусловлено тяжёлой демографической ситуацией в стране, уровнем младенческой смертности (6,5 на 1000 родившихся)<sup>73</sup> и высоким уровнем смертности трудоспособного населения (194933 человека в 2017-2018 годах)<sup>74</sup>.

80-90-е годы сильно повлияли на развитие здравоохранения в России. Становилось понятно, что для эффективной деятельности социальной политики необходимо реформирование советской системы здравоохранения, поскольку предыдущая система давала неэффективные результаты в условиях развития

---

<sup>72</sup> Подольская Н.Н. Отдельные проблемы противодействия коррупции в здравоохранении // Наука. Общество. Государство. 2019. №4 (28). С.75.

<sup>73</sup> The UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation: Levels and Trends in Child Mortality Report 2019: [electronic resource]. URL: <https://childmortality.org/> (дата обращения: 25.01.2020).

<sup>74</sup> Смертность населения в трудоспособном возрасте: [электронный ресурс]. URL: [https://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/population/demo/smert.htm](https://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/smert.htm) (дата обращения: 25.01.2020).

нового государства. Одновременно с началом процесса перестройки стали проводиться реформы в системе здравоохранения. Социальная политика в это время была направлена на улучшение и увеличение первичной помощи населению. Такое изменение было введено в Ленинграде, в Самарской и Кемеровской областях.<sup>75</sup>

90-е года характеризуются процессом децентрализации системы здравоохранения. Основными задачами социальной политики являлись: увеличение количества лекарств в медицинских учреждениях, решение кадровой политики, увеличение уровня здоровья населения. Низкий уровень здоровья населения также можно объяснить последствием социально-экономического кризиса, а именно нехваткой средств на приобретение нужных лекарств. В 1991 году начинается развитие страховой медицины в стране. Увеличивается и развивается сеть частных клиник. Но главная проблема в области здравоохранения, недостаточное финансирование, так и не было решено.

Передача функций в управлении регионам и решение вопроса о финансировании являлись движущими силами реформ в области здравоохранения в 90-е года. В 1991 году принимается закон о «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». В стране вводится обязательное медицинское страхование (ОМС). Создание системы ОМС позволило использовать дополнительный источник финансирования. По итогам реформ, правительство хотело добиться восстановления системы здравоохранения. Не менее важным было адаптировать систему здравоохранения в условиях функционирования новой рыночной системы.<sup>76</sup>

Любая социальная политика в области здравоохранения направлена, прежде всего, на гарантированный равный доступ населения к медицинским услугам. В 90-е годы при проведении реформ в области здравоохранения власть

---

<sup>75</sup> Нурлыбаев А.М. Реформы здравоохранения в России: взгляд в прошлое и современность // Журнал международных исследований развития. 2014. №1. С. 24.

<sup>76</sup> Нурлыбаев А.М. Реформы здравоохранения в России: взгляд в прошлое и современность // Журнал международных исследований развития. 2014. №1. С. 24.

хотела по итогу реформ сэкономить денежные средства, чтобы создать гарантированное обеспечение медицинскими услугами населению.<sup>77</sup>

В 2013 году в России произошёл переход от многоканального финансирования системы здравоохранения к одноканальной системе. Для увеличения уровня финансирования также были привлечены частные компании. После 1994 года частные компании стали активно вкладывать деньги в развитие системы здравоохранения.<sup>78</sup> На современном этапе развития социальной политики вопрос финансирования системы здравоохранения остаётся одним из самых актуальных. Но можно отметить, что, не смотря на призывы власти увеличить уровень финансирования, часть бюджетных денег в финансировании здравоохранения уменьшается. В российской системе здравоохранения также происходит процесс смешивания государственного и частного страхования. Последствие такого процесса может стать рост конкуренции в сфере предоставления страховых услуг.

5 ноября 1997 года была принята «Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации». Целями концепции являлись сохранение и улучшение здоровья населения, снижение уровня заболеваемости и смертности.<sup>79</sup> В августе 2000 года была утверждена «Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года». Концепция являлась дополнением к Концепции 1997 года. Основой концепций стали статистические данные об уровне здоровья населения и анализ работы медицинских учреждений.

По итогам разработки двух концепций 2000 г. и 2005 г. правительство приняло ряд федеральных программ, направленных на улучшение состояние здоровья населения. Среди программ можно выделить такие, как

---

<sup>77</sup> Там же.

<sup>78</sup> Ганеев А.М. Привлечение инвестиций в сферу здравоохранения в Российской Федерации // Вестник Института экономики РАН. 2014. №3. С. 129.

<sup>79</sup> Постановление Правительства РФ от 5 ноября 1997 г. N 1387 "О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации" // Гарант: [электронный ресурс]. URL: <https://base.garant.ru/12104340/> (дата обращения: 26.01.2020).

«Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера», «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации», «Скорая медицинская помощь», «Планирование семьи», «Безопасное материнство», «Дети России».

Для предоставления гражданам равного и гарантированного доступа к медицинской помощи, с конца 90-х годов разрабатывается и развивается Программа государственных гарантий оказания гражданам России бесплатной медицинской помощи. Программу разрабатывали для соблюдения обязательств государства по предоставлению гражданам бесплатной помощи.<sup>80</sup> Но из-за нехватки финансирования разработка программы была приостановлена.

1 января 2006 года была принята национальная программа «Здоровье». Основными задачами программы являлись:

1. улучшение здоровья граждан;
2. увеличение уровня доступности и качества медицинской помощи;
3. развитие первичного медицинского звена;
4. улучшение профилактического направления в здравоохранении;
5. внедрение высокотехнологической медицинской помощи.<sup>81</sup>

С началом реализации национальных проектов в области здравоохранения, эта отрасль получила дополнительные средства из бюджета государства на развитие. В результате реализации национальных проектов первичное звено здравоохранения получило дополнительно оснащение необходимого медицинского оборудования, начали решаться проблемы в области кадровой политики, происходит процесс вакцинации населения. За

---

<sup>80</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 26.03.2020) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" // Консультант: [электронный ресурс]..URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/d3162427a7e8305d6bb6b1582927e76217c3ce45d/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/d3162427a7e8305d6bb6b1582927e76217c3ce45d/) (дата обращения: 26.01.2020).

<sup>81</sup> Фахрутдинова Е.В. «Национальный проект «Здоровье»: итоги и перспективы реализации» // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2008. № 1. С. 301.

полтора года действия национального проекта «Здоровье» было выделено 3267 единиц диагностического оборудования.<sup>82</sup> По итогам 2009 года средняя продолжительность жизни в России увеличилась до 69 лет.<sup>83</sup>

Но данный проект подвергался разного рода критике. Некоторые эксперты называют данный проект провальным.<sup>84</sup> На новом оборудовании оказалось некому работать, также не устраивало качество самого оборудования.<sup>85</sup> Депутаты Государственной думы заявляли, что ситуация с лекарственным обеспечением и медицинскими работниками также не улучшилась и оставляет желать лучшего.<sup>86</sup>

Вопросы реформирования здравоохранения приобретают всё более острый характер. Увеличение уровня здоровья и качества обслуживания населения напрямую связано с демографической ситуацией в стране. Проблема уровня здоровья населения анализируется с социальной и экономической точки зрения. Социальный аспект проблемы здоровья отвечает за качество и уровень жизни людей. В то время как экономический аспект рассматривает обеспечение способности к производительному труду.

Главная цель реформ здравоохранения заключается в обеспечении доступа населения к высококачественным медицинским услугам. По замыслу правительства, государственная ответственность должна была быть ограничена ресурсами, имеющимися в его распоряжении.<sup>87</sup>

---

<sup>82</sup> Забытые нацпроекты // Независимая газета: [электронный ресурс]. URL: [http://www.ng.ru/economics/2009-12-29/1\\_nazprojects.html](http://www.ng.ru/economics/2009-12-29/1_nazprojects.html) (дата обращения: 26.01.2020).

<sup>83</sup> Средняя продолжительность жизни в России увеличилась более чем на один год // Личные финансы: [электронный ресурс]. URL: <http://www.ami-tass.ru/article/60894.html> (дата обращения: 26.01.2020).

<sup>84</sup> Забытые нацпроекты // Независимая газета: [электронный ресурс]. URL: [http://www.ng.ru/economics/2009-12-29/1\\_nazprojects.html](http://www.ng.ru/economics/2009-12-29/1_nazprojects.html) (дата обращения: 26.01.2020).

<sup>85</sup> Полученное по нацпроекту "Здоровье" оборудование простаивает // РИА Новости: [электронный ресурс]. URL: <https://ria.ru/20091223/200957991.html> (дата обращения: 26.01.2020).

<sup>86</sup> Здоровье не гарантировано // РИА Новости: [электронный ресурс]. URL: <https://ria.ru/20091210/198374619.html> (дата обращения: 26.01.2020).

<sup>87</sup> Чубарова Т.В. Перспективы реформы здравоохранения в России: необходимость новых подходов // Проблемы прогнозирования. 2004. С.79.

Наиболее значительные изменения в сфере здравоохранения происходят в сфере обязательного медицинского страхования. Они были проведены в 2011–2015 гг. в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

По итогам изменений возникла ситуация стабилизации финансов в эту систему. Финансирование медицинской помощи государством стало более стабильное.<sup>88</sup> В системе обязательного медицинского страхования были уменьшены барьеры, которые мешали населению получать медицинскую помощь за пределами постоянного проживания. Полису ОМС даёт право на получение бесплатной медицинской помощи на территории всей страны.

С 2015 года происходит изменение финансирования медицинских учреждений, которые оказывают медицинскую помощь, входящую в программу обязательного медицинского страхования. Финансирование стало «одноканальным». Это значит, что финансирование осуществляется только из средств обязательного медицинского страхования. Ранее финансирование осуществлялось также и из бюджетных субсидий. За исключением социально-значимых видов медицинской помощи, расходы на оказание медицинской помощи возмещаются только из средств обязательного медицинского страхования. Процесс одноканального финансирования позволяет связать размеры финансовых средств, которые поступают в медицинские учреждения. Он также учитывает при этом объём и сложность оказываемых услуг.<sup>89</sup>

Внедрение одноканального финансирования характеризовался изменением ситуации в финансовом секторе медицинских учреждениях. Изменения происходили в худшую сторону. Причиной таких изменений стало уменьшающийся уровень финансирования сферы здравоохранения.

---

<sup>88</sup> Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы: Доклад НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения / рук. авт. колл. С. В. Шиш-кин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2017. С.42.

<sup>89</sup> Сагидов А.К. Особенности функционирования медицинских организаций в условиях одноканального финансирования //Региональные проблемы преобразования экономики. 2014. С. 62.



Одновременно со снижающимся уровнем финансирования, стали расти цен на медикаменты, медицинское оборудование, расходные материалы. Рост цен объясняется ослаблением рубля. Многие федеральные учреждения прошли через эти негативные изменения.

С 2014 года система обязательного медицинского страхования взяла на себя ответственность за финансирование высокотехнологичной медицинской помощи. Однако в “Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов” не было учтено дополнительного финансирования территориальных фондов обязательного медицинского страхования в тех субъектах России, где были расположены федеральные медицинские организации.

Также Министерство здравоохранения и Федеральный фонд ОМС не разработал рекомендации для расчёта тех затрат федеральных медицинских учреждений, которые подлежат возмещению из средств ОМС. Из-за низкого уровня финансирования, а также низкого уровня федерального регулирования фонды ОМС произвели некорректные расчёты для медицинских учреждений, по итогам которых они получили меньше высокотехнологической помощи.<sup>90</sup>

Впоследствии были приняты методические рекомендации для расчёта нормативных затрат, которые возмещают из средств ОМС. Эти меры ослабили уровень возникшей проблемы. С 2015 года финансирование всех видов высокотехнологичной медицинской помощи переходит в систему ОМС.<sup>91</sup> Данное действие могло привести к возникновению проблем с финансовым обеспечением деятельности федеральных клиник. Для предотвращения рисков Правительство России приняло решение о том, что необходимо направить из

---

<sup>90</sup> Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы: Доклад НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения / рук. авт. колл. С. В. Шишкин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2017. С.45.

<sup>91</sup> Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010 N 326-ФЗ (последняя редакция) // Консультант: [электронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_107289/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/) (дата обращения: 27.01.2020).

средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидии федеральному бюджету в размере 77,1 млрд руб. для оплаты высокотехнологичной помощи.

Поскольку в России существует острая проблема инфекционных заболеваний, то ежегодно выделяются средства из бюджета для оказания помощи людям, болеющим этими заболеваниями, например, туберкулёз, ВИЧ и т.д. Также часть денег идёт на лекарственное обеспечение больных, строительство новых больниц.

В условиях экономического кризиса развитие одноканального финансирования не оправдано. Процесс развития такого вида финансирования сопровождается перераспределением и средств и управленческих функций между органами исполнительной власти и фондами обязательного медицинского страхования.<sup>92</sup> Решать проблемы при наличии кризиса очень неудобно. Ошибка в перераспределении средств по субъектам финансирования может привести к более сложному экономическому положению медицинских учреждений. Однако по мере преодоления экономической ситуации развитие одноканальной системы финансирования может стать одной из важнейших частью реформ в сфере здравоохранения. Развитие одноканальной системы поможет улучшить ситуацию в части расходов на медицинское и диагностическое оборудование, а также затрат на расходные материалы. Большая часть инвестиционных расходов покрывается из бюджета, что означает снижение экономической ответственность медицинских учреждений за их рациональное использование, а также сдерживание участия частного медицинского бизнеса в системе ОМС, поскольку частные медицинские учреждения сами покрывают эти расходы, что ведёт к неравному положению.

Если основная часть оборудования и расходных материалов будет закупаться за счёт бюджета одними субъектами системы, а медицинская

---

<sup>92</sup> Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы: Доклад НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения / рук. авт. колл. С. В.Шиш-кин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2017. С.37

помощь будет оплачиваться другими субъектами, то это приведёт к дисбалансу между инвестициями и планируемыми объемами помощи. В такой ситуации одни медицинские учреждения будут иметь оборудование и весь необходимые кадры, но не будут иметь достаточных объёмов для полной загрузки техники. Другие учреждения, наоборот, получают дополнительные объёмы, но останутся без необходимого оборудования. Система обязательного медицинского страхования даёт возможность лёгкого согласования планирования инвестиций и объёмов помощи.

В ближайшее время социальная политика России будет базироваться на национальном проекте “Здоровье”. К целям проекта относятся: снижение уровня смертности трудоспособного населения, уровня болезней от системы кровообращения, новообразований, а также снижение уровня смертности.

Также ожидается решение таких проблем как кадровый дефицит, увеличение охвата всех граждан профилактическими мерами, увеличение уровня доступности медицинских услуг и оптимизация работы медицинских организаций. Национальный проект “Здоровье” рассчитан до 2024 года.

## ГЛАВА 3. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ РОССИИ И ФИНЛЯНДИИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### 3.1. Государственное управление в сфере здравоохранения в России и Финляндии

Вопросы совершенствования законодательства и управленческой деятельности являются актуальными для любой сферы. Совершенствование федерального и регионального законодательства и улучшение функционирования управленческой деятельности в области здравоохранения являются важными и актуальными вопросами для современной России. Систему здравоохранения можно изучать с правовой, социальной, экономической и гуманистической позиции.<sup>93</sup>

При анализе системы здравоохранения с правовой точки зрения исследователи обращают внимание, основана ли деятельность системы здравоохранения на соблюдении норм права и верховенстве основного закона страны. Также рассматривает соблюдение и выполнение рекомендации норм международного права. С социальной точки зрения анализируется готовность системы здравоохранения предоставить гарантируемую медицинскую помощь и социальные гарантии. Экономическая позиция исследует роль системы здравоохранения в производстве общественных благ.<sup>94</sup> Мы уже отмечали, что высокий уровень здоровья населения способствует социально-экономическому развитию государства. При гуманистическом подходе анализируются область прав пациента в системе здравоохранения.

Влияние государства на систему здравоохранения путём специальных юридических средств и методов создаёт такие условия функционирования различных программ, которые придают им долговременный характер. Также правовое регулирование позволяет сделать систему здравоохранения

---

<sup>93</sup> Басанова К.Л., Вицелярова К.Н. Здравоохранение как элемент социальной структуры // Концепт. 2015. №13. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdravoohranenie-kak-element-sotsial-noy-sfery/viewer> (дата обращения: 11.02.2020).

<sup>94</sup> Там же.

управляемой, целенаправленной, ответственной за осуществление медицинской помощи населению.<sup>95</sup>

Развитие и совершенствование системы здравоохранения направлено, в первую очередь, на укрепление здоровья населения. Улучшение здоровья населения является приоритетной задачей социальной политики любого государства. Если система здравоохранения будет функционировать на базе прогрессивного законодательства и опыте отечественной и мировой науки в области охраны здоровья населения, то это поможет осуществлению продуктивной социальной политики.

Законодательство России в сфере здравоохранения характеризуется двухуровневой системой. Первый уровень - это федеральное законодательство, второй уровень включает в себя законодательство субъектов РФ.<sup>96</sup> Напомним, что закон является основным источником права, который делает возможным стабильное функционирование системы здравоохранения.

Система нормативно-правовых актов содержит источники, относящиеся к регулированию системы взаимоотношений в здравоохранении. Как уже отмечалось, здравоохранение в современном мире должно базироваться на научном опыте, современной науке и на таком законодательстве, целью которого является охрана здоровья населения. Бесспорно, инвестиции в человеческий капитал являются важным фактором в развитии государства, особенно в развитии государственной экономики. В связи с этим для определения и формирования основных задач и целей, используемых в «Концепции долгосрочного социально-экономического развития России до 2020 года», преимущества государственной социальной политики стали изменяться в связи с преобладанием институтов просвещения и здоровья людей.

---

<sup>95</sup> Володкин А.Ю., Старкожева Г.И. Проблемы реформирования системы управления здравоохранением в современной России // Современный менеджмент: цели, проблемы и пути совершенствования. 2017. С 43.

<sup>96</sup> Кашилов А.Н. О системе нормативно-правовых актов, действующих в сфере здравоохранения // Марийский юридический вестник. 2016. №1 (16). С. 95.

Причиной такого решения стало изменение предыдущей модели здравоохранения, а также причина дисбаланса уровня демографии в стране. На текущем этапе одной из главных целей социальной политики России в области здравоохранения является борьба с дестабилизацией демографии и развитие здравоохранения. Согласно ООН, рост населения России в 2018 году в процентном отношении составил 0,13.<sup>97</sup> Россия заняла в списке 185 место среди 216 стран. Финляндия занимает 178 место с приростом населения в 0,22%.<sup>98</sup>

Государственная программа РФ "Развитие здравоохранения", которая была утверждена постановлением правительства РФ № 294 от 15.04.2016 является одним из главных документов по обеспечению доступной медицинской помощи, а также повышения медицинских услуг. Программа "Развитие здравоохранения" включает в себя десять задач и одиннадцать подпрограмм, которые необходимы для реализации всей программы. Среди основных направлений задач можно выделить такие, как: уменьшение дефицита кадров и ресурсов, продвижение инноваций в медицинской сфере, увеличение реализации работы медицинских служб.<sup>99</sup>

На сегодняшний день состояние системы здравоохранения в России без преувеличения считается критическое. Среди основных проблем в сфере здравоохранения выделяют: недостаточное финансирование, снижение государственной поддержки населению, нехватка медицинских кадров, недостаточный уровень квалификации медицинских кадров, недостаточное лекарственное обеспечения населения и т.д.

Проблема кадровой политики в области здравоохранения характеризуется такими пунктами, как: небольшое количество высококвалифицированного медицинского персонала, низкий уровень развития системы мотивации

---

<sup>97</sup> Рейтинг стран мира по темпу роста населения // Гуманитарный портал: [электронный ресурс]. URL: <https://gtmarket.ru/ratings/population-growth-rate/info> (дата обращения: 01.03.2020).

<sup>98</sup> Там же.

<sup>99</sup> Государственная программа Российской Федерации "Развитие здравоохранения" // Министерство здравоохранения России: [электронный ресурс]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info> (дата обращения: 01.03.2020).

медицинского персонала, низкий уровень взаимодействия между субъектами, вовлеченными в процесс реформирования системы.<sup>100</sup> Для преодоления проблем в кадровой политике необходимо:

1. повышать уровень престижа медицинской профессии;
2. улучшить систему обратной связи, которая поможет скорректировать систему управления здравоохранением (стоит отметить, что менеджмент в здравоохранении в нашей стране находится на низком уровне);
3. наладить систему обратной связи между основными участниками реформирования: органы управления, медицинские учреждения и население;
4. разработка и утверждение законодательства, регулирующего частную систему здравоохранения.<sup>101</sup>

Согласно проверке Счётной палаты, система здравоохранения в России нуждается в специалистах с высшим медицинским образованием и медицинских сёстрах.<sup>102</sup> Для решения кадровой проблемы также возможен вариант проведения исследований в области кадровой политики, в результате которой будет осуществлена доработка документов, регламентирующих данную проблему. Численность среднего медицинского персонала снижается по причине нынешнего состояния здравоохранения и отношения пациентов к медицинскому персоналу. На данный момент медицинские работники рассматриваются пациентами, как сотрудники, которые предоставляют медицинские услуги, а не как специалисты, которые оказывают квалифицированную медицинскую помощь. Отсутствие специалистов часто приводит к невозможности закупки нового диагностического оборудования. В России до сих пор функционируют учреждения, где применяют несовременное оборудование и аппаратуру. Низкая заработная плата медицинских работников

---

<sup>100</sup> Созарукова Ф. М. Кадровый дефицит специалистов здравоохранения: причины возникновения и пути решения // Вестник экспертного совета. 2018. №4 (15). С.104.

<sup>101</sup> Попова А.С. Пробелы законодательства, регулирующего отношения в сфере здравоохранения // Российское право: Образование. Практика. Наука. 2016. № 1. С. 50.

<sup>102</sup> Бюллетень Счетной палаты №2 (февраль) 2020 г // Счётная палата РФ: [электронный ресурс]. URL: <http://old.ach.gov.ru/activities/bulleten/983/40070/> (дата обращения: 02.03.2020).

также связана с низкой мотивацией выполнения своих рабочих обязанностей. Такая ситуация в системе здравоохранения сильно бьет по экономике и государству в целом.

Не менее важной проблемой в системе здравоохранения является изготовление фармацевтических препаратов. Проблема вызвана большой долей экспорта лекарств в Россию. Отечественные препараты в большинстве случаев являются наследием прошлых лет, а также аналогом настоящего препарата, которые ранее был разработан в других странах. Такая ситуация объясняется следующими факторами:

1. Переезд отечественных учёных за рубеж, где предлагается более высокая заработная плата, работа в современных лабораториях, финансирование исследований;
2. Низкая государственная поддержка фармацевтической отрасли;
3. Высокая стоимость производства фармацевтической продукции;
4. Низкая возможность привлечения меценатов для клинических исследований;
5. Высокая стоимость лекарств для населения;
6. Отсутствие гарантированных авторских прав на разработку препарата;
7. Большое количество времени на разработку препарата (2.5 – 3 года).<sup>103</sup>

Цена на препарат складывается из процентной накрутки аптеки, логистики и рекламы.

Для преодоления возникших проблем в здравоохранении предлагается разработка рекомендаций по мотивации и стимулированию работников в здравоохранении, которые позволят улучшить качество услуг. Для увеличения уровня мотивации необходимо реализовать такие меры, как создание банка информации докторов и их больных (позволит определить квалификацию врача); выделение денег медицинским учреждениям за качественную

---

<sup>103</sup> Костромин П. А., Махалин В.Н. Стратегии развития фармацевтической промышленности в соответствии с потребностями здравоохранения в России // Вестник университета. 2016. № 2. С. 11.



оказанную работу; использование законодательных методов конкуренции в здравоохранении; предоставление большей свободы в своей работе; применить индивидуальный подход ко всем направлениям здравоохранения на всей территории страны.

Для решения вопроса повышения заработной платы Министерство Здравоохранения России применило «дорожную карту». Ключевое направление «дорожной карты» это поэтапное повышение уровня оплаты труда работников медицины, образования, культуры и спорта. Работа по такой карте обязательна только для государственных учреждений.

Для увеличения финансирования сферы здравоохранения применяются венчурные фонды. Программа лекарственного обеспечения помогает безвозмездно выделить препараты льготным категориям населения.<sup>104</sup> Для этого государство выделяет средства для закупки лекарственных препаратов.

Мы считаем, что для более продуктивного функционирования социальной политики в сфере здравоохранения государству необходимо привлекать бизнес и компании, которые будут спонсировать новые разработки и инновации в данной сфере. Также для таких компаний можно облегчить политику налогообложения. Для разработок инноваций необходимы современные лаборатории и научные центры. Ожидается, что к концу 2022 года в России будет функционировать сеть из 27 национальных медицинских исследовательских центров.<sup>105</sup>

Для продвижения медицинской науки необходимо увеличение квалифицированных кадров, которые также будут участвовать в разработке научных проектов. Как уже отмечалось, в России необходимо, в первую очередь, развивать первичное звено медицинской помощи, которое направлено на раннюю диагностику и предупреждение заболеваний среди населения.

---

<sup>104</sup> Квачахия Л.Л. Экономические особенности и проблемы льготного лекарственного обеспечения // Иннов: электронный научный журнал. 2018. № 3 (36). С. 5.

<sup>105</sup> Федеральный проект «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» // Министерство здравоохранения РФ: [электронный ресурс]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/nmits> (дата обращения: 04.03.2020).

Согласно отчёту Европейской Обсерватории по системам и политике здравоохранения, фрагментация финской системы здравоохранения подрывает качество предоставляемых услуг.<sup>106</sup> Отчёт был подготовлен при участии финского института здравоохранения и социального обеспечения, а также университета Тампере.

Медицинские услуги организуются муниципалитетами. Часто ресурсы муниципалитетов оказываются ограниченными, а финансирование поступает из множества различных источников. Это создаёт такую ситуацию, при которой становится сложно управлять и системой здравоохранения и расходами. Финляндия тратит на здравоохранение меньше, чем другие страны Северной Европы, Великобритания и Нидерланды.<sup>107</sup> Большая часть денег уходит на рецептурные препараты, которые жители оплачивают примерно на треть. Примерно пятая часть финансирования расходов на здравоохранение в Финляндии поступает непосредственно от клиентов.

В интервью университету Тампере Хосеп Фигерас, директор обсерватории, сказал, что финская система здравоохранения работает хорошо по сравнению с другими странами Европейского союза.<sup>108</sup> Кроме того, в Финляндии сохраняются устойчивые географические различия в состоянии здоровья. К самым слабым регионам относятся коммуны Северо-Восточной, Восточной и Центральной Финляндии.

В настоящее время в Финляндии проводятся многочисленные реформы в сфере здравоохранения и социального обеспечения. Во многом эти реформы связаны с новыми требованиями в отношении роли руководства, принятия решений и управления в сфере здравоохранения и социальных услуг. Начиная с

---

<sup>106</sup> Raportti: Pirstaleisuus heikentää Suomen terveydenhuoltojärjestelmän palveluiden laatua // YLE: [electronic resource]. URL: <https://yle.fi/uutiset/3-10990323> (дата обращения: 05.03.2020).

<sup>107</sup> Сергеева Н.М. Сравнительная оценка расходов на здравоохранение в России и странах Европы // Азимут научных исследований: экономика и управление. 2018. №3(24). С. 257.

<sup>108</sup> European Observatory's review: Fragmented health system decreases the quality of service s in Finland// Tampere university: [electronic resource]. URL: <https://www.tuni.fi/en/news/european-observatorys-review-fragmented-health-system-decreases-quality-services-finland> (дата обращения: 08.04.2020).

2010-х годов, в государственном секторе было проведено несколько реформ, некоторые из которых продолжаются до сих пор. Реформы направлены на изменение моделей систем управления в государственном управлении, в местных медицинских и социальных службах, а также в государственном управлении и отношении между различными министерствами.

Согласно международным стандартам финская система здравоохранения и социального обслуживания является децентрализованной. Социальные и медицинские услуги в Финляндии предоставляются относительно сильными местными органами власти и управления, а именно, муниципалитетами, которые могут иметь очень малое население, или более крупными федерациями муниципалитетов. Тот факт, что ответственность за социальное обеспечение разделяется между государством и муниципалитетами (федерациями муниципалитетов), показывает нам, что система обслуживания является одновременно инструментом реализации социальной и медицинской политики.<sup>109</sup> Таким образом, медицинские и социальные услуги, предоставляемые муниципалитетами и федерациями муниципалитетов, характеризуются несколькими ролями, причем не, только как поставщики услуг, но и как часть функционирования демократического общества.

Расширяющееся сотрудничество между предприятиями муниципалитетов, третьим сектором, службами здравоохранения и социальных услуг способствует росту новых предприятий. Новые формы сотрудничества порождают новые методы работы и новые формы сетей. Однако они требуют от специалистов нового вида управления и знаний при работе в многопрофильных организациях. При осуществлении крупных национальных реформ на государственном уровне существует много различных аспекты,

---

<sup>109</sup> Laulainen S., Niiranen V., Zitting J. Challenges for Management in Implementing Reforms at the Ministry Level and in Health and Social Service Organizations in // University of Eastern Finland. URL: [https://www.researchgate.net/publication/335550638\\_Challenges\\_for\\_Management\\_in\\_Implementing\\_Reforms\\_at\\_the\\_Ministry\\_Level\\_and\\_in\\_Health\\_and\\_Social\\_Service\\_Organizations\\_in\\_Finland](https://www.researchgate.net/publication/335550638_Challenges_for_Management_in_Implementing_Reforms_at_the_Ministry_Level_and_in_Health_and_Social_Service_Organizations_in_Finland) (дата обращения: 05.03.2020).

которые стоит учитывать. В организациях здравоохранения и социального обслуживания, как сотрудники, так и руководители продолжают выполнять свои повседневные задачи, в то время как местные организационные реформы происходят, очень часто в контексте более крупных национальных или международных изменений.

Реформы в области здравоохранения финских муниципалитетах не являются новыми. До этого было проведено много крупных реформ, такие как эксперимент свободной коммуны в 1989-1996 годах, проект реструктуризации местного самоуправления и служб в 2005-2012 годах.<sup>110</sup> Реформу социальных и медицинских услуг планировалось осуществить в 2015-2019 годах, но они были отменены. Основная цель реформ, которые собираются провести в этом десятилетии, заключается в передачи ответственности с муниципалитетов на более крупные региональные организации.

Несмотря на то, что реформы не увенчались успехом на национальном уровне, процесс реформирования усилил муниципальное сотрудничество, поскольку муниципалитеты добровольно создали несколько федерации муниципалитетов для обеспечения медицинских и социальных услуг в регионе.

В Финляндии было проведено исследование под названием "Компетентная рабочая сила для будущего". Цель проекта - исследование переходного процесса в сфере здравоохранения и социальных услуг и его влияние на потребности и развитие компетентности.<sup>111</sup> Проект включает в себя пять подпроектов. Проект финансируется финской Академией и координируется финским институтом здравоохранения и социального обеспечения. Проект осуществлялся с 2016 по 2019 год. Объектами исследования стали четыре местные организаций, которые предоставляют

---

<sup>110</sup> Anttiroiko A.-V., Valkama P.. The role of localism in the development of regional structures in post-war Finland. *Public policy and Administration* 2., 2017. P. 152.

<sup>111</sup> COPE – Competent workforce for the future: [electronic resource]. URL: <https://www.laur.ea.fi/hankkeet/c/competent-workforce-for-the-future/> (дата обращения: 05.03.20 2020).

медицинские и социальные услуги, а также четыре министерства, руководящие реформами и содержанием услуг в Финляндии.

Местные организации интегрируют муниципальные медицинские и социальные службы в крупные региональные организации. В проекте участвовали такие министерства, как Министерство финансов, Министерство занятости и экономики, Министерство социальных дел и здравоохранения, а также Министерство образования и культуры. Эти четыре министерства несут большую ответственность за планирование и руководство реформами, а также являются наиболее важными участниками, определяющими содержание муниципальных услуг, включая здравоохранение и социальные услуги.<sup>112</sup>

К методам, применявшимся при исследовании, относятся интервью и данные опросов по проекту. Среди опрошенных министров (14 человек) были те, кто тесно связан с запланированными реформами. Двое из опрошенных были членами Кабинета министров, а остальные - государственными служащими в одном из четырёх министерств. Вопросы в интервью касались планируемых реформ и их влияния на компетенции, необходимые в министерствах. Интервью были проанализированы с помощью контент-анализа. Основная цель исследования заключалась в сборе информации по развитию компетентной рабочей силы, которая необходима в меняющихся медицинских и социальных службах.<sup>113</sup>

По результатам исследования министерства заявили о необходимости создания новых форм сотрудничества на уровне центрального здравоохранения в сфере области управления реформами здравоохранения. Однако новые формы управления было сложно реализовать. К новым формам управления относится, например, информационно-коммуникационные

---

<sup>112</sup> Laulainen S., Niiranen V., Zitting J. Challenges for Management in Implementing Reforms at the Ministry Level and in Health and Social Service Organizations in Finland // University of Eastern Finland. URL: [https://www.researchgate.net/publication/335550638\\_Challenges\\_for\\_Management\\_in\\_Implementing\\_Reforms\\_at\\_the\\_Ministry\\_Level\\_and\\_in\\_Health\\_and\\_Social\\_Service\\_Organizations\\_in\\_Finland](https://www.researchgate.net/publication/335550638_Challenges_for_Management_in_Implementing_Reforms_at_the_Ministry_Level_and_in_Health_and_Social_Service_Organizations_in_Finland). (дата обращения: 05.03.2020).

<sup>113</sup> Project information:[electronic resource]. URL: <https://www.stncope.fi/en/project-information/> (дата обращения: 05.03.2020).

технологии (ИКТ). Эта технология представляет собой систему, которая повышает эффективность обмена информацией между министерствами и управления информацией, различные виды горизонтальных проектов, а также регулярные встречи между сотрудниками министерств и более горизонтальные сетевые связи между сотрудниками министерств.<sup>114</sup> Такие реформы нового управления здравоохранением могут помочь открыть новые возможности для карьерного роста персонала между различными министерствами.

Результаты опросов показывают, что управление производством услуг и планируемыми реформами в сфере здравоохранения приведёт к более сильным моделям и практикам управления от центральной власти к местной власти.<sup>115</sup> В свою очередь, это будет способствовать более тесному контролю над управлением со стороны центрального правительства к местному правительству. Управление, которое больше ориентировано на муниципалитеты, национальным правительством часто ужесточается в связи с реформами. В основе этого управления лежат усилия по активизации осуществления широкомасштабных национальных реформ и обеспечению того, чтобы граждане пользовались равными на региональном уровне возможностями для пользования услугами и доступа к ним.

Однако в связи с проведением реформ может возникнуть потребность в обмене опыта между министерствами, а для этого потребуются новые профессиональные пути, например, между Министерством финансов и Министерством социальных дел и здравоохранения, новых карьер для персонала и новых возможностей для сотрудничества между министерствами. Такая потребность стала очевидна в ходе бесед с сотрудниками. Государственные служащие заявили, что Министерству социальных дел и

---

<sup>114</sup> Abbas Z., Burney A., Mahmood N. Information and Communication Technology in Healthcare Management Systems: Prospects for Developing Countries // International Journal of Computer Applications. 2010. №.2. P. 27.

<sup>115</sup> Laulainen S., Niiranen V., Zitting J. Challenges for Management in Implementing Reforms at the Ministry Level and in Health and Social Service Organizations in Finland // University of Eastern Finland. URL: [https://www.researchgate.net/publication/335550638\\_Challenges\\_for\\_Management\\_in\\_Implementing\\_Reforms\\_at\\_the\\_Ministry\\_Level\\_and\\_in\\_Health\\_and\\_Social\\_Service\\_Organizations\\_in\\_Finland](https://www.researchgate.net/publication/335550638_Challenges_for_Management_in_Implementing_Reforms_at_the_Ministry_Level_and_in_Health_and_Social_Service_Organizations_in_Finland). (дата обращения: 05.03.2020).

здравоохранения необходимо получать больше информации о национальной экономике, а Министерству финансов - больше информации о здравоохранении и социальных услугах. Служащие объяснили это необходимостью более согласованного руководства. Также такая необходимость вызвана тем, что люди не хотят, чтобы разные министерства говорили “разными голосами”.<sup>116</sup>

В ходе исследования выяснилось, что отношения между министерствами оказываются не такими крепкими, как казалось. Опрошенные заметили, что сотрудничество между министерствами стало более распространенным, потому что они пытались реализовать реформы, запланированные недавними правительствами.<sup>117</sup>

Государственные служащие хотели бы, чтобы барьеры между различными министерствами и внутри министерств были бы намного ниже. В связи с этим, они высказались за проведение структурных реформ в министерском сотрудничестве. Однако реформы, которые касаются административных структур, развиваются очень медленно и займут несколько лет. Также сотрудники министерств заявляли больше о намерениях и выгодах планируемых реформ, а не столько о конкретных вопросах их реализации. Такая позиция может отражать роль министров как определителей стратегических направлений, которые прилагают все усилия для того, чтобы конкретные вопросы осуществления реформ были прерогативой высших должностных лиц и гражданских служащих. Также министры выразили беспокойства в связи с высоким барьером между различными министерствами. Они выразили надежду на новые формы сотрудничества между министерствами. Например, министры упоминали о конфликте между Министерством финансов и Министерством социальных дел и здравоохранения. Для разрешения конфликта министры решили нанять

---

<sup>116</sup> Laulainen S., Niiranen V., Zitting J. Challenges for Management in Implementing Reforms at the Ministry Level and in Health and Social Service Organizations in Finland // University of Eastern Finland. URL: [https://www.researchgate.net/publication/335550638\\_Challenges\\_for\\_Management\\_in\\_Implementing\\_Reforms\\_at\\_the\\_Ministry\\_Level\\_and\\_in\\_Health\\_and\\_Social\\_Service\\_Organizations\\_in\\_Finland](https://www.researchgate.net/publication/335550638_Challenges_for_Management_in_Implementing_Reforms_at_the_Ministry_Level_and_in_Health_and_Social_Service_Organizations_in_Finland). (дата обращения: 05.03.2020).

<sup>117</sup> Там же.

несколько высших должностных лиц из других министерств для планирования реформ.<sup>118</sup> Таким образом, министры хотели добиться развития сотрудничества между двумя министерствами.

В региональных организациях здравоохранения, которые принимали участие в исследовании, наблюдался переход в большей степени к мультипрофессиональным структурам, а также к распределенным организациям.<sup>119</sup> Для работы в таких организациях от работников и менеджеров потребуется наличие новых навыков интерактивного и виртуального присутствия. От менеджеров работа в распределенных организациях также потребует навыки построения команды.

При планировании проведения реформ нельзя игнорировать ни человеческие отношения, ни взаимодействие и обучение работников. Хорошие результаты достигаются только с помощью информированного, знающего и мотивированного персонала. Действия по проведения реформ должны отличаться опережающим и непрерывным характером. И в то же время быть такими, чтобы соответствовать меняющимся требованиям и ожиданиям различных групп пользователей услуг, а также лиц, принимающих решения.

По-настоящему серьёзным испытанием для всех систем здравоохранения мира стал коронавирус, обнаруженный в конце декабря 2019 года в Китае. Первые случаи заражения были зарегистрированы в городе Ухань, провинции Хубэй. 31 декабря 2019 года власти Китая сообщили ВОЗ о возникновении нового вируса.

До сих пор идут споры о том, как появился новый вирус. Основная версия заключается в том, что вирус существовал в организме животных, однако после мутации в организме вирус смог от животного передаться человеку. Коронавирус вызывает заболевание COVID-19. К основным симптомам болезни относится лихорадка (температура больше 37,5), кашель, усталость. На

---

<sup>118</sup> Niiranen V., Puustinen A., Zitting J., Kinnunen J. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2013. P. 43–44.

<sup>119</sup> Niiranen V., Joensuu M. Political Leaders and Public Administrators in Finland. In Strategic Management in Public Organizations. European Practices and Perspectives /Edited by Paul Joyce and Anne Drumaux. New York: Routledge, 2014. P. 95–100.



данный момент времени в мире отсутствуют средства лечения против COVID-19.

По состоянию на 23 мая 2020 года заразившихся коронавирусом в мире было – 5 329 643, погибло – 340 423, выздоровело – 2 177 784.<sup>120</sup> К странам – лидерам по числу заражённых относятся США, Россия, Бразилия, Испания, Великобритания, Италия. В Финляндии заражённых – 6 568, погибших – 306, выздоровевших – 5 000.<sup>121</sup> В России 336 147 заражённых, 3 398 погибших, 108 097 выздоровевших.<sup>122</sup>

Первый случай в Финляндии был зарегистрирован 29 января 2020 года. Правительство Финляндии 16 марта принимает решение о введении чрезвычайного положения в стране. Финляндия закрывает свои границы, учебные заведения, места культурного просвещения, спортивные клубы, общественные организации, запрещаются собрания с участием более 10 человек.<sup>123</sup> Для граждан старше 70 лет вводится обязательный карантин. С 29 марта область Уусимаа с административным центром Хельсинки была изолирована от других областей Финляндии. Это можно объяснить тем, что в Хельсинки и его окрестностях наибольшее количество заражённых. Санна Марин заявила, что изоляция данного региона может завершиться 19 апреля.<sup>124</sup>

5 апреля 2020 года в американской ежедневной газете The New York Times была опубликована статья о том, что Финляндия лучше других северных стран готова к борьбе с коронавирусом. Такое предположение журналисты сделали на основе того, что Финляндия одна единственная из северных стран после окончания Холодной войны не прекращала пополнять государственный

---

<sup>120</sup> Coronavirus (COVID-19): [электронный ресурс]. URL: <https://coronavirus-monitor.ru/> (дата обращения: 23.05.2020).

<sup>121</sup> Коронавирус в Финляндии // Coronavirus (COVID-19): [электронный ресурс]. URL: <https://coronavirus-monitor.ru/coronavirus-v-finlyandii/> (дата обращения: 23.05.2020).

<sup>122</sup> Коронавирус в России // Coronavirus (COVID-19): [электронный ресурс]. URL: <https://coronavirus-monitor.ru/coronavirus-v-rossii/> (дата обращения: 23.05.2020).

<sup>123</sup> Финляндия ввела чрезвычайное положение // Интрефакс: [электронный ресурс]. URL: <https://www.interfax.ru/world/699410> (дата обращения: 08.04.2020).

<sup>124</sup> Марин: изоляция Уусимаа может завершиться 19 апреля // YLE: [электронный ресурс]. URL: [https://yle.fi/uutiset/osasto/novosti/marin\\_izolyatsiya\\_uusimaa\\_mozhet\\_zavershitsya19\\_aprelya/11299737](https://yle.fi/uutiset/osasto/novosti/marin_izolyatsiya_uusimaa_mozhet_zavershitsya19_aprelya/11299737) (дата обращения: 08.04.2020).

запас безопасности.<sup>125</sup> Среди запасов можно обнаружить медикаменты, хирургические маски, масло, зерно, сельскохозяйственное орудие, а также сырьё для производства боеприпасов.<sup>126</sup> Во время развития пандемии Министерство социальных дел и здравоохранения решило открыть этот запас для снабжения финских больниц масками.

Учёный Норвежского института оборонных исследований Магнус Хакенстад в интервью *The New York Times* сказал о том, что “финны эта та нация, которая постоянно готовится к крупной катастрофе или к началу Третьей мировой войны”.<sup>127</sup> Точной информации о количестве масок и предметов снабжения в запасе нет, отмечается, что это секретная информация.<sup>128</sup>

По словам Томи Лоунема, директора Центра безопасности, в 2009 году Финляндия приобрела большой запас респираторов для пандемии “свиного” гриппа, но после завершения пандемии в Финляндии, оставшиеся респираторы не были уничтожены.<sup>129</sup> В 2020 году респираторы, после их подтверждения на эффективность, отправили в больницы. Министерство социальных дел и здравоохранения осуществляет контроль за потреблением защитных средств совместно с Центром технической безопасности и университетскими медицинскими округами.

Не менее важным пунктом в период пандемии является продовольственная безопасность страны. Национальное агентство по

---

<sup>125</sup> Finland, ‘Prepper Nation of the Nordics,’ Isn’t Worried About Masks // *The New York Times*: [electronic resource]. URL: <https://www.nytimes.com/2020/04/05/world/europe/coronavirus-finland-masks.html?searchResultPosition=1> (дата обращения: 08.04.2020).

<sup>126</sup> Там же.

<sup>127</sup> Suomea ylistetään maailmalla Ruotsiin verrattuna: “Aina valmiina katastrofiin tai kolmanteen maailmansotaan” // *Ilta-Sanomat*: [electronic resource]. URL: [https://yle.fi/uutiset/osasto/novosti/the\\_new\\_york\\_times\\_finlyandiya\\_luchshe\\_ostalnykh\\_severnykh\\_stran\\_gotova\\_k\\_pandemii/11293677](https://yle.fi/uutiset/osasto/novosti/the_new_york_times_finlyandiya_luchshe_ostalnykh_severnykh_stran_gotova_k_pandemii/11293677) (дата обращения: 08.04.2020).

<sup>128</sup> Там же.

<sup>129</sup> Huoltovarmuuskeskus ei tuhonnut vuoden 2009 pandemiauhkaa varten hankittujahengitiesuojaimia vaan varastoi ne pahan päivän varalle // *Huoltovarmuuskeskus*: [electronic resource]. URL: <https://www.huoltovarmuuskeskus.fi/huoltovarmuuskeskus-ei-tuhonnut-vuoden-2009-pandemiauhkaa-varten-hankittuja-hengityssuojaimia-vaan-varastoi-ne-pahan-paivan-varalle/> (дата обращения: 08.04.2020).

чрезвычайным поставкам внимательно следит за ситуацией в области поставок продовольствия. Отмечается, что в будущем возможны сбои поставок.<sup>130</sup> В Финляндии продовольственное снабжение в значительной степени зависит от внутреннего сельского хозяйства и пищевой промышленности. В декабре 2019 году журнал опубликовал Глобальный индекс продовольственной безопасности. Финляндия заняла пятое место в мире по уровню продовольственной безопасности.<sup>131</sup>

На данный момент в России действует режим самоизоляции и обязательного карантина для пожилых людей и людей, вернувшихся из-за границы. В России число заражённых растёт каждый день, и пик эпидемии пока не пройден. В конце января российское правительство утвердило Национальный план по предупреждению завоза и распространения коронавирусной инфекции на территории России.<sup>132</sup> С 28 марта по конца апреля в России ввели нерабочие дни с сохранением зарплаты. Изначально рабочая неделя планировалась по 5 апреля, однако в связи с распространением вируса, нерабочие дни были продлены. Работники транспорта, медицины, продовольствия, органов власти, банков продолжают работать в привычном режиме. Также приостановлена деятельность ночных клубов, кинотеатров, развлекательных центров, введен запрет на курение кальянов в ресторанах, барах и кафе. До 1 мая ограничен въезд в Российскую Федерацию иностранных граждан и лиц без гражданства.<sup>133</sup> 18 марта 2020 из резервного фонда Правительства России было выделено 11,8 млрд рублей. Деньги выделили на финансовую поддержку медицинских работников, которые непосредственно

---

<sup>130</sup> Elintarvikehuolto turvataan kaikissa oloissa // Huoltovarmuuskeskus: [electronic resource]. URL: <https://www.huoltovarmuuskeskus.fi/elintarvikehuolto-turvataan-kaikissa-oloissa/> (дата обращения: 08.04.2020).

<sup>131</sup> Finland food security // Global food security index: [electronic resource]. URL: <https://foodsecurityindex.eiu.com/Country/Details#Finland> (дата обращения: 08.04.2020).

<sup>132</sup> О Национальном плане по предупреждению завоза и распространения коронавирусной инфекции // Правительство России: [электронный ресурс]. URL: <http://government.ru/news/38907/> (дата обращения: 08.04.2020).

<sup>133</sup> Распоряжение правительства РФ от 16 марта 2020 г. № 635-п // Правительство России: [электронный ресурс]. URL: <http://static.government.ru/media/files/wwGGarWzAuGcDRw4OFHBfkInXcpD0ZPu.pdf> (дата обращения: 08.04.2020).

оказывают медицинскую помощь людям, заражённым вирусом и людям, находящимся в группе риска заражения.<sup>134</sup> Руководители регионов по указу президента получили дополнительные полномочия: право ограничения передвижения граждан, транспорта и работы предприятий.<sup>135</sup>

Российская система здравоохранения во время пандемии коронавирусной инфекции столкнулась с рядом серьёзных проблем, например, нехватка персонала, больничных коек и средств защиты. Безусловно, понятно, что с такими проблемами столкнулись и ряд других государств, например, США, Италия, Испания. Однако в России данные проблемы были вызваны недавней оптимизацией системы здравоохранения, которая привела к сокращению медицинского персонала и больничных коек. Мы уже упоминали о том, что эффективность системы здравоохранения можно определить количеством коек и врачей, способных обеспечить население медицинской помощью в единицу времени. Особенно эффективность системы проверяется как раз в условиях эпидемий.

31 марта интернет-издание Медуза попросил медицинский персонал рассказать о том, с какими трудностями они столкнулись в период пандемии. Больше всего медицинский персонал жалуется на отсутствие средств индивидуальной защиты (маски, перчатки, антисептики).<sup>136</sup> Чтобы пополнить запасы масок персонал их шьёт или покупает на собственные деньги. В больницах медсёстры и санитарки работают на полторы-две ставки, врачей вызывают из отпуска. Получается такая ситуация при которой врач без средств индивидуальной защиты сам может стать переносчиком коронавируса, и он должен отправиться на карантин, но тогда количество врачей резко уменьшится и оставшимся врачам придётся намного перерабатывать свою норму. Многие

---

<sup>134</sup> Распоряжение правительства РФ от 18 марта 2020 г. № 648-р // Правительство России: [электронный ресурс]. URL: <http://static.government.ru/media/files/1K5S26gDukrfn2WgVxRzMFAqzMmRrFQS.pdf> (дата обращения: 08.04.2020).

<sup>135</sup> Указ о мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в связи с распространением коронавирусной инфекции // Сайт Президента РФ: [электронный ресурс]. URL: <http://kremlin.ru/acts/news/63134> (дата обращения: 08.04.2020).

<sup>136</sup> Мы не Китай, у нас ничего нет // Медуза: [электронный ресурс]. URL: <https://meduza.io/feature/2020/03/31/my-ne-kitay-u-nas-nichego-net> (дата обращения: 08.04.2020).

больницы переквалифицировались в инфекционные для принятия заражённых. Однако там по-прежнему некому работать. С 2013 по 2019 года в России количество младших медработников сократилось в 2,6 раза, среднего персонала на 9,3 %, врачей на 2%.<sup>137</sup> Большое количество медицинских сестёр и санитаров российская система здравоохранения лишилась после “майских указов” 2012 года Президента России. Согласно “майским указам” заработная плата врачей и медицинских работников должна равняться или превышать среднюю зарплату по региону. Многие работодатели стали переводить санитаров и младших медицинских сестёр в должность уборщицы с сокращением зарплаты. Но при этом должностные обязанности оставались прежними. Таким образом, работодатели пытались урезать зарплаты у санитарок и младших медицинских сестёр, для повышения зарплаты другим медработникам.

Важно понимать, что во многом деятельность врача зависит от среднего и младшего медицинского персонала. Во время эпидемий это особенно актуально, поскольку больница представляет собой идеально отлаженный механизм, если каждый человек будет выполнять свои функции. Понятно, что врач сможет выполнить функции медицинской сестры, а медицинская сестра функции санитарки. Но в условиях нехватки персонала и развивающейся инфекции выполнять чужие функции будет нелегко.

И в России, и в Финляндии пока наблюдается ситуация прироста количества заражений. С 31 марта по 9 апреля в России в среднем в день прибавилось 1100 заразившихся, в Финляндии – 165 человек. Но, рассчитывая средний прирост заражений в России и Финляндии, не стоит забывать о количестве населения в двух странах: в России – 146 745 098, в Финляндии – 5 634 218. Основная цель стран на данный момент это снизить нагрузку на систему здравоохранения. Понятно, что вирус будет продолжать распространяться, однако странам надо действовать так, чтобы попытаться отсрочить внезапное увеличение количества заражённых. Если получится как

---

<sup>137</sup> Готово ли российское здравоохранение к борьбе с коронавирусом // Ведомости: [электронный ресурс]. URL: <https://www.vedomosti.ru/society/articles/2020/04/09/827471-gotovo-rossiiskoe> (дата обращения: 08.04.2020).

можно дольше сдерживать пик инфекции, то за это время можно предоставить медицинскую помощь уже заражённым, снизить летальность от вируса и подготовиться с новым случаем заражения. Для того чтобы выиграть это время, необходимо, чтобы люди как можно дольше были на изоляции.

### **3.2. Оценка уровня здоровья населения в России и Финляндии**

Уровень здоровья населения является сложным комплексный показателем, который зависит от многих факторов. Для объективной оценки состояния и функционирования систем здравоохранения необходимо использовать такие методы, которые позволят сопоставить временные и количественные показатели. Методы позволяют получить анализ развития системы здравоохранения на долгосрочное время. Также использование методов позволяет наладить управленческую сферу, поскольку на основе получаемых данных можно спрогнозировать последствия принимаемых решений.

Всемирная организация здравоохранения так характеризует систему здравоохранения, «совокупность всех организаций, институтов и ресурсов».<sup>138</sup> Важнейшей целью системы здравоохранения является улучшение и развитие здоровья населения. Помимо этого, система здравоохранения призвана решить такие задачи, как достойное и справедливое финансирование здравоохранения, а также обеспечение гарантированных услуг населению.<sup>139</sup>

Справедливость в финансировании здравоохранения означает, что каждый участник системы финансирования системы здравоохранения несёт ответственность за финансовые риски, которые могут возникнуть при обеспечении медицинской помощью.<sup>140</sup>

---

<sup>138</sup> Что такое система здравоохранения? // ВОЗ: [электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/features/qa/28/ru/> (дата обращения: 10.02.2020).

<sup>139</sup> Шишкин С.В., Ермаков С.П., Попович Л.Д., Фрид Э.М., Шейман И.М. Методика оценки эффективности функционирования территориальных систем здравоохранения в Российской Федерации. М., 2007. С. 35.

<sup>140</sup> Ермаков С.П., Молчанова Е.В., Терехин П.А., Новгородова А.В. Оценка индикаторов здоровья населения в России и Финляндии // Этап: экономическая теория, анализ, практика. 2017. № 1. С. 87.

Понятие отзывчивости характеризует немедицинские стороны функционирования системы здравоохранения.<sup>141</sup> Не менее важным понятием при анализе системы здравоохранения является параметр отзывчивости системы. Отзывчивость системы здравоохранения характеризуется соблюдением и уважением прав пациента, качеством оказываемой медицинской помощи, широким выбором поставщиков медицинских услуг. Коротко говоря, это то, как система здравоохранения относится к пациенту.

Для оценки общего состояния здоровья населения чаще всего применяется показатель DALY (сокр. от «Disability-adjusted life year»). Данный показатель показывает суммарное бремя болезней. Он был разработан Гарвардским университетом для Всемирного Банка. В последнее время данный показатель чаще используется исследователями ВОЗ. Показатель представляет собой линейную сумму потенциальных лет жизни, утраченных из-за преждевременной смерти и нетрудоспособности. Первый компонент показателя это -YLL (years life lost) – годы потерянной жизни. Он означает потери по причине преждевременной смертности. Вторым компонентом –YLD (years lost due to disability), определяет годы жизни, потерянные по причине нарушения здоровья (исключая смертельные исходы).<sup>142</sup>

Исследователи, использующие показатель DALY, говорят о том, что наиболее эффективный вариант оценки здоровья населения и уровней болезней это использование в своих исследованиях временных показателей.<sup>143</sup>

Компонент, показывающий годы потерянной жизни, характеризует зависимость уровня смерти и времени. То есть, используя показатель DALY, исследователи могут отследить причины смерти в конкретную единицу

---

<sup>141</sup> Шульгина С.В. Отзывчивость системы здравоохранения: определение, структура, понятия, методологические подходы к проведению исследования // Экология человека. 2015. №2. С.28.

<sup>142</sup> Скорнякова Е.С. Как оценить здоровье? // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2015. № 2. С.10.

<sup>143</sup> Ермаков С.П., Молчанова Е.В., Терехин П.А., Новгородова А.В. Оценка индикаторов здоровья населения в России и Финляндии // Этап: экономическая теория, анализ, практика. 2017. № 1. С. 88.

времени. При этом, используя данный показатель, для удобства конечных данных делается категоризация по причинам, гендеру, возрасту и т.д.

Ухудшающаяся демографическая ситуация в России представляет угрозу для экономической и политической сфер страны. Последствия демографической ситуации также будут затрагивать медико-демографические тенденции.

К наиболее распространённым причинам смертности в России относятся: сердечнососудистые заболевания, болезни кровообращения, онкологические заболевания, инфекционные болезни, болезни органов дыхания и пищеварения. Также высок уровень смертности по причине самоубийства.

Каждый год ООН публикует отчёт о развитии человечества. Ранжирование стран основано на индексе человеческого развития. Последний отчёт был опубликован 9 декабря 2019 года. В список включены 187 стран-членов ООН. Индекс человеческого развития отражает ожидаемую продолжительность жизни, уровень грамотности и образования, а также уровень жизни. Индекс выявляет отличия между развитыми, развивающимися и недостаточно развитыми странами. Индекс человеческого развития разделяет страны на четыре большие категории: очень высокий, высокий, средний и низкий уровень человеческого развития. Отчёт, опубликованный 9 декабря 2019 года, оценивал показатели 2018 года. Финляндия занимает 12 место в индексе человеческого развития. По сравнению с итогами предыдущего отчёта Финляндия улучшила свои показатели на 3 места. Россия занимает 49 место. Место России в рейтинге осталось прежним по сравнению с предыдущим годом.<sup>144</sup> Обе страны занимают место в списке стран с очень высоким индексом человеческого развития. Это значит, что страны характеризуются высоким уровнем жизни и безопасности, отсутствием или низким уровнем коррупции, активной экологической политикой, достойной системой образования и социальной защиты.

---

<sup>144</sup> Индекс человеческого развития: [электронный ресурс]. URL: <https://gtmarket.ru/ratings/human-development-index> (дата обращения: 10.02.2020).



Также важно обращать на такой показатель, как ожидаемая продолжительность жизни. Ожидаемая продолжительность жизни показывает уровень смертности в стране. Последнее исследование показателя ожидаемой продолжительности жизни было проведено в 2019 году. Согласно исследованию ожидаемая продолжительность жизни в Финляндии составляет 81,7 года, в России – 74,4.<sup>145</sup>

После анализа результатов Финляндии становится понятно, что опыт Финляндии в развитии благосостояния и уровня жизни в стране, может пригодиться в российской практике. Однако теперь стоит определить, какие социально-экономические мероприятия были проведены в стране для достижения подобного результата. Для этого будет целесообразно использовать показатели Глобального бремени болезней. Показатели могут выступать одним из инструментов сравнительного анализа. Сравнительный анализ даёт возможность сравнения уровня здоровья различных территорий. На основе сравнительного анализа можно предложить программу улучшения социальной политики.

Прежде всего, интересен опыт Финляндии по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, основной причиной смертности. В этом свете интересно проследить за развитие программы «Северная Карелия». После Второй мировой войны в Финляндии было установлено, что уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и онкологии достаточно высокий. Такую ситуацию объявили национальной катастрофой в стране. В 70-х годах стали развивать программу Северная Карелия. Этот регион был выбран потому, что он являлся самым больным регионом в Финляндии. Регион занимал первое место по количеству смертей от сердечно-сосудистых заболеваний. Люди, проживающие в Северной Карелии, не употребляли в пищу растительную еду. В рационе преобладали жирное мясо, сливочное масло, сдобные изделия. Избыток холестерина, отсутствие витаминов, жирная пища,

---

<sup>145</sup> Рейтинг стран мира по уровню продолжительности жизни: [электронный ресурс]. URL: <https://gtmarket.ru/ratings/life-expectancy-index/life-expectancy-index-info> (дата обращения: 10.02.2020).

дефицит клетчатки сказывались на здоровье населения. Правительство решило менять рацион финнов. Менять рацион, который складывался веками, сложно. Однако доктора и учёные пропагандировали изменение рациона через социальную рекламу. Прежде всего, стали уменьшать потребление соли, уменьшение уровня курения и употребления жирной пищи. Разъяснительная работа помогла увеличить употребление среди населения растительной пищи и уменьшить потребление животных жиров. Потребление соли в сутки уменьшилось с 15 г до 9 г (ВОЗ рекомендует употреблять 5 г в день). Обычную соль заменили на соль, обогащенную калием. По итогам программы смертность в регионе от сердечно-сосудистых заболеваний снизилась в 7 раз, а продолжительность жизни увеличилась на 13 лет.<sup>146</sup> После удачного запуска данной программы, она стала действовать на все территории страны. Данный опыт отлично показывает, что нельзя поддерживать такую ситуацию, когда человек должен сам нести ответственность за свое здоровье. Не стоит забывать, что всегда существует ответственность общества, которое должно помочь человеку сделать более правильный и полезный выбор.

В России также действовали программы по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Однако они носили больше локальный характер и не были ориентированы на всё общество. В настоящее время за профилактику сердечно-сосудистых заболеваний отвечают центры медицинской профилактики. Они работают в большинстве субъектов страны. Также профилактику осуществляют центры здоровья. Они были созданы в 2009 году. В основном центры здоровья отвечают за профилактику неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни. Начиная с 2013 года, в стране в поликлиниках и врачебных амбулаториях создаются кабинеты

---

<sup>146</sup> Проект «Северная Карелия»: от Северной Карелии до проекта национального масштаба / под ред. Пуска П., Вартиайнен Э., Лаатикайнен Т., Йоусилаhti П., Паавол М. Издательство Университета Хельсинки, 2011. С.52.

медицинской профилактики. Ожидается, что к 2021 году диспансеризацию и профилактику в таких кабинетах пройдет более 80 млн человек.<sup>147</sup>

Различия по общему уровню здоровья России и Финляндии можно проследить по изменению индекса DALY. За последние 25 лет (1990-2015 года) значение индекса в нашей стране увеличилось на 4826 единиц, а в Финляндии индекс снизился на 5513.<sup>148</sup> Что касается гендерного компонента, то индекс DALY ухудшается как у мужчин, так и у женщин. У мужчин даже прослеживается более выраженный процесс ухудшения здоровья. В Финляндии, напротив, индекс сокращается, но также наблюдается незначительная диспропорция.

И в России, и в Финляндии одинаковые причины «потерянных лет здоровой жизни»: сердечно-сосудистые заболевания, онкология, внешние причины. Но важен тот факт, что в Финляндии уровень потерь от этих заболеваний намного ниже, чем в России.

Также проблема самоубийства актуальна и важна как в России, так и Финляндии. Финляндии, занимая последние года первое место в списке самых счастливых стран, также занимает лидирующие позиции и по количеству совершаемых суицидов в мире. Проблема смертности от самоубийств также актуальна и в России. Проблема самоубийств чрезвычайна, важна в современном мире, но в тоже время она и очень сложна. Выявить причины самоубийства невероятно сложно в отдельной взятой стране. Количество самоубийц зависит от многих факторов, которые характерны именно для этой страны. Среди причин самоубийств в Финляндии назывались смена сезонов, злоупотребление алкоголем, неблагоприятная экономическая ситуация в стране, тип личности финнов. Работа по борьбе с суицидом в Финляндии была начата в 1986 году. В этом году был разработан и принят Национальный план

---

<sup>147</sup> Более 80 миллионов россиян пройдут диспансеризацию к 2021 году // РИА новости: [электронный ресурс]. URL: <https://ria.ru/20180723/1525136140.html> (дата обращения: 11.02.2020).

<sup>148</sup> Ермаков С.П., Молчанова Е.В., Терехин П.А., Новгородова А.В. Оценка индикаторов здоровья населения в России и Финляндии // Этап: экономическая теория, анализ, практика. 2017. № 1. С. 91.

по профилактике самоубийств среди граждан. Прежде всего, необходимо было выяснить причины, побуждающие совершать самоубийство. Для этого были проанализированы случаи суицида, которые были совершены в 1987 году. Главным методом при изучении случаев суицида была психологическая аутопсия. Исследователи пришли к выводу, что у 93% самоубийц были выявлены проблемы с психикой. В основном это было депрессивное расстройство.<sup>149</sup> На основе полученных результатов правительство разработало образовательные программы. Цель этих программ заключалась в переподготовке врачей, для того, чтобы выявлять случаи депрессии на ранней стадии. К 2005 году в стране количество смертей от суицида снизилось на 40%.

Согласно данным ВОЗ за 2016 год Россия находится на 2 месте по числу самоубийств на 100 тысяч человек (31,0), Финляндия занимает 23 место с показателем 15,9.<sup>150</sup> Среди стран Северной Европы Финляндия лидирует по числу самоубийств. В 2016 году комиссия по вопросам психического здоровья выступила с предложением о развитии программы по предотвращению суицидов. Программа была внедрена, но из-за недостатка финансирования развивается не так быстро, как предполагалось. Тем не менее, в Финляндии врачи и медицинский персонал обязательно проходят дополнительное обучение для распознавания признаков суицидального поведения. В марте 2018 года в Хельсинки и Куопио были открыты центры по предотвращению самоубийств. В центрах будет оказывать медицинскую и психологическую поддержку людям, склонным к суициду, а также тем родственникам, у которых кто-то из близких пытался совершить или совершил самоубийство.<sup>151</sup> Каждое 10 сентября Финляндия принимает участие во Всемирном дне профилактики самоубийств. В этот день проводятся дискуссии и конференции по

---

<sup>149</sup> «Самоубийственная» Финляндия: почему финны склонны к суициду // EFinland: [электронный ресурс]. URL: <https://e-finland.ru/info/smi/samoubijstvennaya-finlyandiya-pochemu-finnny-sklonny-k-suicidu/> (дата обращения: 11.02.2020).

<sup>150</sup> Рейтинг стран по уровню самоубийств: [электронный ресурс]. URL: <https://nonews.c.o/directory/lists/countries/suicide-rate> (дата обращения: 11.02.2020).

<sup>151</sup> «Самоубийственная» Финляндия: почему финны склонны к суициду // EFinland: [электронный ресурс]. URL: <https://e-finland.ru/info/smi/samoubijstvennaya-finlyandiya-pochemu-finnny-sklonny-k-suicidu/> (дата обращения: 11.02.2020).

профилактике суицида, семинары для людей с суицидальным поведением. Суть таких профилактических мер заключается в том, что дать понять людям, что они имеют право на помощь и что они не одиноки.

В России до 2020 года действовал комплекс мер по совершенствованию системы профилактики суицида среди несовершеннолетних. Комплекс мер включает в себя проведение в образовательных организациях мероприятий для родителей "по формированию культуры профилактики суицидального поведения несовершеннолетних", а также разработку методических рекомендаций "по профилактике суицидального поведения, выявлению ранних суицидальных признаков у несовершеннолетних".<sup>152</sup> Предполагается также, что для несовершеннолетних будут проводиться мероприятия по развитию "позитивного мышления" и тренинги по "профилактике суицидальных настроений и формированию позитивного мировоззрения".

Профилактика различных заболеваний является важным инструментом для поднятия демографической ситуации в стране. Однако в России существует немало проблем с профилактической ситуацией. Для реализации профилактических программ отсутствует финансирование, если программы принимают, то они не функционируют на национальном уровне, а на региональном пользуются малой популярностью среди населения.

Финляндия здоровье населения ставит, как приоритет своей политики. Поэтому сфера здравоохранения получает регулярные государственные инвестиции. Две трети финнов считают, что их здоровье хорошее или удовлетворительное.<sup>153</sup> Конечно, в Финляндии также существуют проблемы в сфере здравоохранения. Мы уже упоминали, что доля муниципальных затрат в сферу здравоохранения выше, чем доля государственных. Такая диспропорция приводит к различному перечню медицинских услуг в разных муниципалитетах. Больше всего страдают сельские поселения. Как уже

---

<sup>152</sup> Медведев утвердил меры по профилактике детских самоубийств // Интерфакс: [электронный ресурс]. URL: <https://www.interfax.ru/russia/678297> (дата обращения: 11.02.2020).

<sup>153</sup> Ревич Б. А. Детерминанты общественного здоровья населения в Российской Арктике и на приарктических территориях // Проблемы прогнозирования. 2017. № 1. С. 55.

отмечалось ранее, в Финляндии ответственность за организацию медицинских услуг лежит на муниципалитетах. Но в последнее время муниципалитеты не могут в одиночку обеспечить население социальными и медицинскими услугами. Проблема заключается в финансировании системы. Муниципалитеты тратят 25% бюджета на организацию медицинских услуг.<sup>154</sup> Оценивая показатели здоровья в Финляндии, можно сделать вывод, что в стране довольно высокий общий уровень здоровья. Уровень детской смертности низкий. Ожидаемая продолжительность жизни высокая. Социальная политика Финляндии в области здравоохранения, прежде всего, направлена на профилактику и предотвращение болезней. Одним из инструментов профилактики болезней является пропаганда здорового и активного образа жизни. Эксперты ВОЗ оценивают финскую систему здравоохранения, как пример программы «здоровья для всех».<sup>155</sup>

Первичная медицинская помощь организована центрами здоровья. На них приходится большая часть объёма медицинских услуг. При этом центры здоровья оснащены высокотехнологическим оборудованием, помогающим выявить болезни на ранней стадии.

Опыт Финляндии в развитии системы здравоохранения и улучшении направлений социальной политики в данной сфере может быть применён в России. Системы здравоохранения России и Финляндии имеют схожие черты. На протяжении XX века Финляндии сумела добиться потрясающих результатов в развитии своей социальной политики предоставления социальных и медицинских услуг. Прежде всего, объектом социальной политики в области здравоохранения стало всё общество в целом.

Ни в коем случае нельзя перекладывать ответственность за здоровья пациента на него самого. Развитие профилактической помощи и первичного звена медицинской помощи позволит наладить демографическую ситуацию в

---

<sup>154</sup> Там же.

<sup>155</sup> Ермаков С.П., Молчанова Е.В., Терехин П.А., Новгородова А.В. Оценка индикаторов здоровья населения в России и Финляндии // Этап: экономическая теория, анализ, практика. 2017. № 1. С. 103.

стране. Опыт Финляндии в развитии проекта Северная Карелия показывает, что только при совместном усилии населения, государства, руководителей пищевой промышленности можно добиться таких результатов как снижение различных заболеваний и увеличение ожидаемой продолжительности жизни. Уменьшить уровень развитие неинфекционных заболеваний можно лишь путём уменьшения количества рисков, приводящих к этим заболеваниям. Если мы опять коснёмся темы зависимости экономического развития от уровня здоровья населения, то для экономики будет намного выгоднее вкладывать деньги в развитие профилактических программ заболеваний. Здоровое активное населения поможет развивать социально-экономический прогресс в стране. При этом самым очевидным способом развития профилактических мер в области здравоохранения в стране является пропаганда здорового и активного образа жизни.

Россия и Финляндия также вместе сотрудничают в области укрепления здоровья. Например, обе страны были задействованы в развитии проекта «Здоровье в фокусе». Проект действовал на территории Республики Карелия и Северная Карелия. Проект носил профилактический характер. Он был призван информировать населения о факторах развития заболеваний.<sup>156</sup>

Также и в Финляндии, и в России существует проблема высокого уровня смертности от суицида. Самоубийство является ведущее причиной смертности среди молодого населения. В Финляндии хотят вести новую национальную программу предупреждения суицидов, которая действовала в 1986 году. В России же на данный момент отсутствует цельная программа профилактики суицидов. Но специалисты не раз просили о том, что необходимо принять такую программу. Дальнейшее развитие системы здравоохранения и программ должно происходить с учётом имеющего отечественного и зарубежного опыта.

---

<sup>156</sup> "Здоровье в фокусе" - совместный проект Финляндии и Карельской республики // YLE: [электронный ресурс]. URL: [https://yle.fi/uutiset/osasto/novosti/zdorove\\_v\\_fokuse\\_-\\_sovместnyi\\_proekt\\_finlyandii\\_i\\_karelskoi\\_respubliki/7197611](https://yle.fi/uutiset/osasto/novosti/zdorove_v_fokuse_-_sovместnyi_proekt_finlyandii_i_karelskoi_respubliki/7197611) (дата обращения: 12.02.2020).

### 3.3. Актуальные проблемы и дальнейшее развитие систем здравоохранения

Далее мы рассмотрим наиболее важные проблемы в системах здравоохранения России и Финляндии, а также обозначим перспективы развития двух систем в условиях современного развития двух государств.

Как мы уже упоминали ранее, в России к наиболее актуальным проблемам относят такие проблемы как: недостаточное финансирование здравоохранения; кадровое обеспечение; качество медицинской помощи; доступность медицинской помощи; недостаточная информатизация; оснащенность медицинским оборудованием находится на самом низком уровне; низкая демографическая ситуация; лекарственное обеспечение; низкий уровень заработной платы. Проблема финансирования здравоохранения также определяется нерациональным использованием денег в системе здравоохранения. В государственных программах, нацеленных на развитие и улучшение системы здравоохранения, все эти проблемы рассмотрены.<sup>157</sup> Из года в год правительство и президент РФ уделяет большое внимание развитию здравоохранения.

Изначально наша система здравоохранения применяла многоканальное финансирование. Однако рост количества финансовых потоков вызывает снижение финансовых средств, которые направляются в медицинские учреждения. Поскольку система здравоохранения требует увеличение объём финансирования и уменьшение финансовых потоков, то в настоящее время в России применяется одноканальный метод финансирования. Смысл одноканального финансирования заключается в слиянии потоков финансирования из разных источников.<sup>158</sup>

В условиях недостаточного финансирования, медицинские учреждения зачастую вынуждены увеличивать количество предоставляемых платных

---

<sup>157</sup> Утверждена Стратегия развития здравоохранения на период до 2025 года // Президент РФ: [электронный ресурс]. URL: <http://static.kremlin.ru/media/events/files/ru/cbzjQF82Y5ZKwoEiziMVNZY76MgZS9XI.pdf> (дата обращения: 06.03.2020).

<sup>158</sup> Федорова Н.В. Одноканальная система финансирования здравоохранения в РФ: преимущества и недостатки // Научное обозрение. Экономические науки. 2016. № 3. С.61.



медицинских услуг и цены на них. Для того чтобы система здравоохранения характеризовалась устойчивым функционированием, включая рациональное использование финансовых средств, необходимо, чтобы между всеми субъектами системы происходило чёткое взаимодействие. На данный момент в системе складывается такая ситуация, при которой в условиях ограниченных ресурсов развивается затратный тип функционирования системы, а развитие и улучшение здоровья населения становится для медицинских учреждений экономически невыгодным.

Решение данной проблемы можно найти в дифференциации тарифов при любом способе оплаты в зависимости от эффективности работы.<sup>159</sup> Но для такого подхода требуется внесение изменений в законодательство, а также формирование новой системы оценивания качества предоставленной медицинской помощи на территории с четким распределением полномочий между медицинскими учреждениями, органами здравоохранения, различными субъектами медицинского страхования. Например, распределение полномочий может происходить по такому принципу: качество материально-технической базы, качество медицинских технологий, исход лечения.

Кадровая проблема, возможно, является одной из самых актуальных в нашей системе. Кадровая политика является важной частью социальной политики государства. Проблемы в кадровой политике вызывают снижение качества предоставляемых медицинских услуг. Особенно это проявляется в сельской местности. Для решения кадровой проблемы была разработана государственная программа «Развитие здравоохранения». Подпрограмма реализовывалась с 2013 по 2020 года. Одной из подпрограмм этой программы является «Кадровое обеспечение системы здравоохранения». Главной целью подпрограммы является обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными специалистами. Снизить уровень дефицита кадров в медицине планировалось за счёт снижения оттока кадров из

---

<sup>159</sup> Таркова Н. Р, Смородинова Н. И. Актуальные проблемы финансирования здравоохранения России // Актуальные проблемы авиации и космонавтики. 2015. №7. С.193.

государственной и муниципальной систем здравоохранения.<sup>160</sup> Также планировалось устранить дисбаланс в трёхуровневой системе оказания помощи, улучшение системы практического подготовки кадров, повышение престижа медицинской профессии за счёт создания позитивного образа медицинского и фармацевтического работника в общественном сознании.<sup>161</sup> Несмотря на принятие мер по решению кадровой проблемы, она по-прежнему существует.

Согласно рекомендациям ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения) предполагается, что каждое государство, если оно относит себя к числу цивилизованных, будет тратить на мене 6 % ВВП на медицинскую сферу.<sup>162</sup> На данный момент Россия тратит на сфере здравоохранения около 3% ВВП. В марте 2018 года Президент России Владимир Путин заявил, что для создания системы доступной и качественной медицинской помощи понадобится увеличить расходы на здравоохранение до 4-5% от ВВП.<sup>163</sup>

Не лучше дела обстоят в страховой системе. В нашей страховой системе потоки денег из фонда ОМС следует в медицинское учреждение за пациентом. Это значит, что рост денежный средств в медицинском учреждении зависит от количества пациентов, обратившихся за помощью в конкретное медицинское учреждение. Прибыль от количества пациентов по логике могла увеличить конкуренцию между больницами и поликлиниками. Но данная система распределения денежных средств больше приемлема для небольших стран с компактным распределением населения. Россия характеризуется наличием

---

<sup>160</sup> Государственная программа Российской Федерации "Развитие здравоохранения" // Министерство здравоохранения РФ: [электронный ресурс]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info> (дата обращения: 07.03.2020).

<sup>161</sup> Приоритеты и цели государственной политики в развитии кадровой обеспеченности сферы здравоохранения // Гарант: [электронный ресурс]. URL: <https://base.garant.ru/18374663/83e6e0c7cc885d97f0bd790b8a7f241d/> (дата обращения: 07.03.2020).

<sup>162</sup> Дукмасова А.Ю., Юнусова В.А. Проблемы финансирования сферы здравоохранения в Российской Федерации // Ростовский научный журнал. 2019. № 5. С.62.

<sup>163</sup> В России нужно увеличить расходы на здравоохранение, заявил Путин // РИА Новости: [электронный ресурс]. URL: <https://sn.ria.ru/20180301/1515518172.html> (дата обращения: 07.03.2020).

малонаселённых территорий. Соответственно такая система только приведёт к недофинансированию медицинских учреждений в небольших сёлах и городах.

Ещё одной проблемой в сельской местности является процесс сокращения специализированных коек. Сокращение коек приводит, во-первых, к снижению уровню медицинской помощи, во-вторых, на доступность медицинской помощи в малонаселённых территориях.<sup>164</sup> Стоит понимать, что продуктивность и жизнедеятельность медицинских учреждений во многом зависит от социальной политики государства. Например, дефицит медицинских кадров приводит к ликвидации медицинских учреждений, а это порождает вымиранию сельских населений.

Для дальнейшего позитивного развития системы здравоохранения в России необходимо более полно использовать ресурсы системы, наладить взаимосвязь и преимущества государственного, страхового и частного подходов по обеспечению медицинской помощи населению. При этом необходимо учитывать как отечественные традиции, так и опыт передовых стран.

Для дальнейшего продуктивного развития системы здравоохранения в России необходимо реализовать такие пункты социальной политики как:

1. повысить престиж медицинской профессии;
2. провести курсы повышения квалификации и переобучение медицинского персонала;
3. усилить контроль со стороны государства за использованием денежных средств, которые выделяются на функционирование системы здравоохранения;
4. формирование устойчивой финансовой базы для реализации населению безвозмездной медицинской помощи в рамках ОМС;
5. развитие первичной медико-санитарной помощи в стране;

---

<sup>164</sup> Ефремова О.А., Ходош Э.М. Влияние сокращения больничных коек на доступность и качество медицинской помощи // Научные результаты биомедицинских исследований. 2015. № 2. С. 50.

6. обеспечить стабильные гарантии населению по получению бесплатной медицинской помощи.

Главной целью реформы здравоохранения в Финляндии является укрепление системы, для того, чтобы эффективно справляться с проблемами здравоохранения и улучшить уровень благополучия населения. Главной же задачей является укрепление жизнеспособности муниципалитетов, которые несут главную ответственность за предоставление социальных и медицинских услуг. По итогам реформ должно пройти обновление структуры муниципальных образований, законодательства о муниципалитетах. Так же планируется принять закон об организации услуг. Правительство Финляндии отмечает, что муниципалитеты продолжают играть главную роль в предоставлении медицинских услуг, однако главной задачей по-прежнему остаётся укрепление муниципалитетов. Для обеспечения медицинских услуг необходимо, чтобы муниципалитеты обладали экономической стабильностью, квалифицированным персоналом, способностью финансировать сферу здравоохранения.

Предоставляемые услуги должны будут рассчитаны на более широкие по численности населения территории. Считается, что это является единственным гарантированным способом получения одинаковых услуг населением. Как уже отмечалось ранее, те муниципалитеты, которые не в состоянии будут обеспечить предоставление услуг самостоятельно, будут преобразованы в совместные регионы социального и медицинского обслуживания (SOTE-alue). Значительная часть специализированной медицинской помощи будет передана под ответственность муниципалитетов. Также ожидается улучшение взаимодействия между подразделениями охраны здоровья и социального обеспечения, о чём мы упоминали ранее в результатах исследования, проводимых в Финляндии.

Сильный муниципалитет будет в силах обеспечить население локальными услугами (под локальными услугами понимается, в том числе услуги на дому, взамен предоставляемых в стационаре). А более крупный

оператор сможет обеспечить услугами и отдалённые районы, с чем не может справиться небольшая община.

Финляндия ежегодно входит в первую пятёрку стран по внедрению информационных технологий в сферу здравоохранения. Например, в Финляндии электронные медицинские карты используются как в специализированных, так и первично медико-санитарных учреждениях на муниципальных и региональных уровнях.<sup>165</sup>

Государственная информационная система здравоохранения Финляндии называется KANTA.<sup>166</sup> Электронные сервисы KANTA для пациентов, медицинских работников, органов управления здравоохранением и социальным обеспечением поэтапно внедряют с 2010 года. Национальный архив данных пациентов является посредником передачи данных между медицинскими организациями и пациентами, которым была предоставлена медицинская помощь. В Национальном архиве хранится информация об предоставленных медицинских услугах, записи лечения, различные результаты медицинских исследований, а также выписанные рецепты. По статистике услугами архива пользуется около 87 % населения страны.<sup>167</sup> Медицинский персонал имеет доступа к данным архива с согласия пациента. Также пациент может выборочно ограничить доступ к данным. Скорая медицинская помощь в некоторых случаях имеет доступ к закрытым данным.

Планируется запуск сервиса персональной электронной медицинской карты. В такой карте пациент сам сможет вносить данные о своём здоровье, например, данные об артериальном давлении, уровне сахара в крови и т.д. Все госпитали Финляндии сопровождаются медицинскими информационными системами. Госпитали вправе выбирать поставщика системы сами. Выбор происходит на конкурсной основе. С недавних пор в Хельсинки появился офис

---

<sup>165</sup> Финляндия вместе с IBM внедряет системы персонализированной медицины // Ever Care: [электронный ресурс]. URL: <https://evercare.ru/ibm-finland> (дата обращения: 09.03.2020).

<sup>166</sup> Цифровое здравоохранение в Финляндии: плюсы интеграционного подхода // Икс Медиа: [электронный ресурс]. URL: <http://www.iksmmedia.ru/articles/5583698-Czifrovoe-zdravoo-xranenie-v-Finlyan.html> (дата обращения 09.03.2020).

<sup>167</sup> Там же.

американской информационной медицинской системы EPIC.<sup>168</sup> Большинство госпиталей работают с финскими поставщиками, но кто-то уже делает выбор в пользу американских поставщиков.

Для того чтобы пользоваться Национальным архивом и быть полноправным участником в обмене данными, госпиталь и поставщик МИС должны пройти тестирование: они должны показать обмен данными через хранилище с другим госпиталем.<sup>169</sup> Обмен данными происходит на базе международного стандарта HL7 CDA. Использование международных стандартов в сфере здравоохранения позволяет Финляндии налаживать информационное взаимодействие с другими странами. Например, с января 2019 года если пациенту выписали электронный рецепт в Финляндии, то он сможет получить лекарство в аптеках Эстонии, а в будущем такая возможность будет доступна в других странах Европейского Союза.<sup>170</sup>

Финляндия всегда славилась страной с развитым уровнем применяемых технологий и развитой инфраструктурой. Не смотря на небольшое количество медицинских учреждений в стране, правительство Финляндии не спешит ограничивать выбор медицинских информационных систем для своих учреждений. Они понимают ценность возможности выбора, устойчивость децентрализованного подхода и эффективность конкурентного рынка.<sup>171</sup>

В 2019 году в Хельсинки была проведена конференция European Health tech Investment Forum 2019. Целью конференции являлось встреча ведущих

---

<sup>168</sup> Contact // EPIC: [электронный ресурс]. URL: <https://www.epic.com/contact> (дата обращения: 09.03.2020).

<sup>169</sup> Цифровое здравоохранение в Финляндии: плюсы интеграционного подхода // Икс Медиа: [электронный ресурс]. URL: <http://www.iksmmedia.ru/articles/5583698-Czifrovoe-zdravooxranenie-v-Finlyan.html> (дата обращения: 09.03.2020).

<sup>170</sup> Suomalainen sähköinen resepti käy vihdoin Viron apteekkeissa – ja kohta myös useissa muissa EU-maissa // YLE: [electronic resource]. URL: <https://yle.fi/uutiset/3-10608213> (дата обращения: 09.03.2020).

<sup>171</sup> Цифровое здравоохранение в Финляндии: плюсы интеграционного подхода // Икс Медиа: [электронный ресурс]. URL: <http://www.iksmmedia.ru/articles/5583698-Czifrovoe-zdravooxranenie-v-Finlyan.html> (дата обращения: 09.03.2020).

инвесторов и стартапов в области технологий для здравоохранения.<sup>172</sup> Цифровое здравоохранение, медицинская техника и диагностика, а также персонализированная медицина были одними из самых актуальных тем. Финляндия является неким центром притяжения для инвесторов в области здравоохранения. И для этого есть веские причины.

Во-первых, при тесном взаимодействии исследований и практики рождается прогресс. Монита Мо, генеральный директор Ascend Capital Partners, отмечает, что в Финляндии университеты и другие учреждения развивают медицинскую практику, исследования и разработки. Финляндия обладает большим количеством специалистов-практиков, чем США. При этом они являются и врачами, и учёными».<sup>173</sup>

Во-вторых, инвесторов привлекает эффективная работа информационных реестров. Мириам Хольштайн, генеральный директор региона Северной Европы в Bayer Group, так обосновывает свой тезис о том, что Финляндия является идеальным местом для проведения исследований: «в Финляндии функционирует пятая по величине служба исследований и разработок, и мы действительно используем доступ к медицинским записям. У нас есть регистр системы здравоохранения, начиная с 1960-х годов, у нас есть биобанки, у нас всё общество открытое, не только правительство, — в обществе очень открытая среда для проведения исследований и клинических испытаний».<sup>174</sup>

В-третьих, финская индустрия технологий для здравоохранения очень сильна в сфере информационных технологий и программного обеспечения. В конце концов, все мы называем экономии Финляндии цифровой экономикой.

---

<sup>172</sup> European Healthtech Investment Forum 2019 // Business Finland: [electronic resource]. URL: <https://www.businessfinland.fi/en/whats-new/events/2019/european-healthtech-investment-forum-2019/> (дата обращения: 09.03.2020).

<sup>173</sup> Почему инвесторы в сфере технологий здравоохранения выбирают Финляндию // Хорошие новости из Финляндии: [электронный ресурс]. URL: <https://www.goodnewsfinland.com/ru/feature/pyat-dlya-pyatnitsy-pochemu-investory-v-sfere-tehnologij-zdravoohraneniya-vybirayut-finlyandiya/> (дата обращения: 09.03.2020).

<sup>174</sup> Почему инвесторы в сфере технологий здравоохранения выбирают Финляндию // Хорошие новости из Финляндии: [электронный ресурс]. URL: <https://www.goodnewsfinland.com/ru/feature/pyat-dlya-pyatnitsy-pochemu-investory-v-sfere-tehnologij-zdravoohraneniya-vybirayut-finlyandiya/> (дата обращения: 09.03.2020).

Финляндия славится множеством стартапов, в том числе, в сферы медицины. В основном они разрабатывают медицинские приборы. Для продвижения инновационных технологий следует пройти несколько этапов. Во-первых, необходимо найти проверенные инновационные технологии с доказанной эффективностью. Во-вторых, технологии проходят клиническое тестирование на применимость. В-третьих, рассматриваются различные пути продвижения технологий на рынке. В Финляндии также обращают внимание не только на инновационность продукта, но и на экономическую ценность.

После невероятного успеха компании NOKIA инвесторы постоянно следят за событиями в финской технологической экосистеме. Некоторые из инвесторов выдвинули предположение о том, что холодный климат Финляндии является одним из факторов того, что здесь проявляется отличная работоспособность и инновации.<sup>175</sup> Таким образом, мы видим, что реальные данные, глубокие знания, управление, основанное на возможностях технологий, — определяющие характеристики финских компаний в сфере технологий для здравоохранения.

Среди главных причин, которые влияют на смертность, по мнению финских медиков, являются заболевания сердечнососудистой системы, алкоголизм, самоубийства и несчастные случаи. Благодаря финской системе вакцинации удалось победить такие болезни, как корь, краснуха и свинка. ВИЧ-инфицированных в Финляндии 0,10 % от населения на 2018 год (в России 1% от населения).<sup>176</sup> На 2018 год была зарегистрировано 254 случаев смерти от наркотиков (в России на этот же год 5 766 случаев смерти).<sup>177</sup>

Для уменьшения шанса заболеваний и процента случаев преждевременной смерти в Финляндии активно пропагандируется здоровый и активный образ жизни. Закон о табакокурении направлено на то, чтобы к 2040

---

<sup>175</sup> Там же.

<sup>176</sup> Рейтинг стран по уровню распространения ВИЧ/СПИД: [электронный ресурс]. URL: <https://nonews.co/directory/lists/countries/hiv-prevalence> (дата обращения 09.03.2020).

<sup>177</sup> Список стран по уровню смертности от наркотиков: [электронный ресурс]. URL: <https://nonews.co/directory/lists/countries/drug-related-mortality> (дата обращения 09.03.2020).



году ликвидировать курение в стране.<sup>178</sup> В настоящее время закон запрещает, в частности, продажу и передачу табака лицам, не достигшим 18-летнего возраста, пропаганду табака, курение в общественных помещениях. Также в Финляндии была увеличена цена для фирм, которые продают табачную продукцию.

Среди минусов системы здравоохранения можно отметить очереди и долгое ожидание при записи к врачу. Также в Финляндии растёт число пожилых людей, которые оказывают значительное влияние на систему здравоохранения, прежде всего в вопросе финансовых расходов. Ожидается, что в Финляндии четверть населения к 2030 году будет старше 65 лет. В странах Европы прослеживается тенденция старения населения и уменьшение трудоспособного населения. Ожидается, что к 2032 году коэффициент демографической нагрузки вырастет до 70.<sup>179</sup>

Финская система здравоохранения также сталкивается с проблемой увеличения расходов. Ожидается, что за ближайшие десять лет затраты вырастут на 2, 4%. Для того, чтобы обеспечить устойчивость государственных финансов, финскому правительству придется повысить уровень занятости до 75%, а также создать новые рабочие места. Власти однажды уже повышали уровень занятости до 72% путём, когда люди работали больше за меньшую зарплату. Однако это привело к снижению популярности правительства. Реформа здравоохранения изначально была направлена на снижение расходов на несколько миллиардов евро. Однако реформа была не завершена, правительство подало в отставку.

Финская система здравоохранения, как и российская, характеризуется децентрализацией. Базовые медицинские услуги предоставляют муниципалитеты. Согласно исследовательскому центру SITRA такая модель

---

<sup>178</sup> Финляндия усиливает борьбу с курением // YLE: [электронный ресурс]. URL: [https://yle.fi/uutiset/osasto/novosti/finlyandiya\\_usilivaet\\_borbu\\_s\\_kurenien/7326701](https://yle.fi/uutiset/osasto/novosti/finlyandiya_usilivaet_borbu_s_kurenien/7326701) (дата обращения: 09.03.2020).

<sup>179</sup> Финский подход. В чем проблема почти идеальной системы здравоохранения? // Republic: [электронный ресурс]. URL: <https://republic.ru/posts/93406> (дата обращения: 09.03.2020).

имеет свои достоинства. Например, местные власти ответственны за уровень медицины перед населением. Но с другой стороны, этот уровень медицины может различаться в разных муниципалитетах страны. Также не развивается конкуренция между муниципальными клиниками и частными клиниками за пациентов. Наверное, самой большой проблемой, с которой сталкиваются пациенты, это долгие периоды ожидания. Начиная с 2000-х годов, правительство обязывало муниципальных операторов действовать более оперативно. Но рекомендации соблюдались не везде. Доцент антропологии, британец Эдвард Даттон так описал ситуацию с ожиданием врача: «после того, как вы приедете с ребёнком в 9 утра к врачу, вам надо взять талон в автомате и ждать очереди. Записаться на приём к врачу по телефону нельзя. Но теперь вы ждёте не приём у терапевта, а приёма у медсестры, которая решит когда вас примет терапевт. Ближе к полудню вы сдаёте, берёте ребёнка и идёте к частному врачу».<sup>180</sup> Статья была опубликована 23 февраля 2016 года в британской газете The Guardian. После публикации этой истории, городской совет Оулу объявил в пресс-релизе, что он избавляется от системы назначения.

В целом, если судить о здоровье населения, показатели в Финляндии остаются высокими. Финляндия входит примерно в топ-20 стран с самой большой ожидаемой продолжительностью жизни, уровень младенческой и материнской смертности там один из самых низких в мире, смертность от онкологических заболеваний – одна из самых низких в ЕС. Даже не смотря на недостатки муниципальной системы здравоохранения, опросы показывают, что многие жители Финляндии считают такую систему приемлемой. Однако сектор здравоохранения в любом случае нуждается в реформировании. Вопрос о финансировании сферы остаётся открытым до сих пор.

---

<sup>180</sup> Why is Finland's healthcare system failing my family? // The Guardian: [electronic resource]. URL: <https://www.theguardian.com/society/2016/feb/23/finland-health-system-failing-welfare-state-high-taxes> (дата обращения: 09.03.2020).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Социальная политика является важной частью внутренней политики государства. Она включает в себя совокупность мер и мероприятий, направленных на жизнеобеспечение граждан страны. В более широком смысле социальная политика представляет систему взаимоотношений между социальными группами и государством, главная цель которых – благосостояние, социальная защита и развитие населения. Субъектом социальной политики обычно выступает государство. Оно реализует социальную политику через местные и региональные органы власти.

Предметом данного исследования была выбрана социальная политика России и Финляндии в области здравоохранения. Здоровье населения является важным ресурсом государства. Между уровнем здоровья граждан и экономикой страны существует прямая зависимость. Экономика государства будет расти и развиваться, если её будет формировать здоровое население, поскольку здоровый человек является производительным ресурсом для государства и общественной системы. Если в стране присутствует низкий уровень здоровья среди населения, то это приводит к истощению трудового потенциала экономической системы страны.

Россию и Финляндию связывает общая история и граница, тесные взаимоотношения в туризме и экономике, членство в международных организациях (Совет государств Балтийского моря, Совет Баренцева/Евроарктического региона). Финляндия выступает посредником в отношениях между Россией и Европейским союзом.

В ходе написания магистерской диссертации были выполнены все поставленные задачи.

Во-первых, была изучена история развития социальной политики Финляндии и России в области здравоохранения. Медицинская наука и социальная политика в Финляндии развивалась под влиянием Швеции и Германии, а также России. Россия испытывала влияние со стороны Нидерландов и Англии. Начиная с XX века, социальная политика Финляндии в

области здравоохранения ставит своим приоритетом профилактику заболеваний среди населения. Система медицинского страхования была введена в Финляндии в 60-х годах XX века, в России закон об обязательном медицинском страховании принят в 1993 году. Обе системы здравоохранения в 90-х годах прошли процесс децентрализации.

Во-вторых, были проанализированы системы здравоохранения России и Финляндии. Они во многом похожи. Главными учреждениями финской системы являются центры здоровья (аналог российской поликлиники). Базируется финское здравоохранение на муниципальной системе. Но, если в Финляндии центры здоровья являются устойчивым звеном здравоохранения, то в России первичное звено переживает не лучшие времена. Зачастую на первичное звено здравоохранения приходится самая большая нагрузка, и она отвечает за такую важную область в здравоохранении как профилактика заболеваний. В первую очередь проблема первичного звена здравоохранения в России заключается в нехватке медицинского персонала. Часто врачи работают на полторы-две ставки, что приводит к эмоциональному выгоранию и сложным отношениям с пациентами. Дефицит кадров в сельской местности может привести к закрытию медицинского учреждения, в таком случае у людей не будет возможности получить первичную медицинскую помощь.

В-третьих, был произведён анализ процессов реформирования и существующих проблем в системах здравоохранения. Реформы в области здравоохранения занимают центральное место в социальной политике России и Финляндии. По итогам 2019 года в России признали неэффективное проведение реформ. Некоторые больницы оказались на грани банкротства, сократилось число медицинского персонала, с 2000 по 2015 года сократилось число больниц с 10,7 до 5,4 тысяч, также происходит процесс сокращения числа коек. “Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года” не смогла достигнуть желаемых целей. Провал реформы здравоохранения в Финляндии привёл к отставке правительства в марте 2019 года. SOTE-реформа должна была стать главной реформой правительства Юхи

Сипиля. Финляндии становится трудно поддерживать конституционное право жителей на здравоохранение в небольших посёлках, а государственные расходы на здравоохранение увеличиваются с каждым годом, что создаёт нагрузку на муниципалитеты, которое больше не в состоянии в одиночку обеспечить медицинскими услугами население. Правительству не удалось понизить рост государственных доходов, для экономии средств. Формирование областей для облегчения бремени муниципалитетов потребовало бы значительных вкладов, что не вязалось с изначальной целью реформы – экономии средств. К предоставлению услуг в частном секторе у финнов тоже были вопросы в свете скандалов про условия содержания пожилых людей в частных клиниках. Министерством социальных дел и здравоохранения обсуждают с провинциями развитие социальной и медицинской помощи в регионах. Отмечается, что одной из главных проблем до сих пор остаётся сложная экономическая и демографическая ситуация и региональная дифференциация.

В-четвертых, было проанализированы государственные программы развития здравоохранения и управление государством социальной политики. Государство реализует социальную политику в сфере здравоохранения, в основном, через различные социальные государственные программы. В «Концепции долгосрочного социально-экономического развития России до 2020 года», развитие государственной социальной политики зависит от демографической ситуации и здоровья людей. На текущем этапе государственное управление социальной политики России сфокусировано на борьбе с дестабилизацией демографии и развитие здравоохранения. Государственная программа РФ "Развитие здравоохранения", которая была утверждена постановлением правительства РФ № 294 от 15.04.2016 является одним из главных документов по обеспечению доступной медицинской помощи, а также повышения медицинских услуг. Она состоит из десяти задач и одиннадцать подпрограмм. В ближайшем будущем социальная политика в России должна решать такие проблемы в сфере здравоохранения как:

недостаточное финансирование, снижение государственной поддержки населению, нехватка медицинских кадров, недостаточный уровень квалификации медицинских кадров, недостаточное лекарственное обеспечения населения и т.д.

В Финляндии было проведено исследование для анализа переходного процесса в сфере здравоохранения и социальных услуг и его влияния на потребности и развитие компетентности. По результатам исследования министерства заявили о необходимости создания новых формах сотрудничества на уровне центрального здравоохранения в сфере области управления реформами здравоохранения.

В-пятых, оценка уровня здоровья населения в Финляндии и России показала, что и в России, и в Финляндии одинаковые причины «потерянных лет здоровой жизни». Обе страны борются с проблемой смертности от суицида. Но важно отметить, что благодаря сильной профилактической системе, прежде всего в области сердечно-сосудистых заболеваний, в Финляндии уровень потерь от этих заболеваний намного ниже, чем в России. Данный факт подтверждает гипотезу магистерской диссертации о том, что социальная политика Финляндии больше направлена на профилактику заболеваний. Правительство Финляндии и врачи понимают, что намного легче и эффективнее предупредить развитие болезней, нежели в будущем тратить огромные средства для лечения болезни. Самым простым способом профилактики болезней является здоровый и активный образ жизни. В России тоже существуют центры здоровья с 2009 года, с целью профилактики заболеваний. Однако популярностью у населения они не пользуются. Также создание центров здоровья усугубило ситуацию первичного звена, поскольку часть врачей ушло работать в центры здоровья, а первичную помощь зачастую приходится оказывать врачу, который работает на полтора-два участка.

В итоге, социальная политика в сфере здравоохранения России и Финляндии различна. В Финляндии система здравоохранения, не смотря на существующие проблемы, остаётся на высоком уровне. Главной заслугой

высокого уровня здоровья и продолжительности жизни населения является профилактическая работа. Социальная политика Финляндии строится на трёх принципах. Первый принцип это соблюдение права всех граждан на получение социальной и медицинской помощи. Второй принцип - финансирование здравоохранения за счёт государственного бюджета, благодаря высокому налогообложению в стране. Третий принцип, и, пожалуй, самый важный, на наш взгляд, это социальная солидарность. Все граждане Финляндии принимают участие в финансировании социальной системы, внося соразмерный своим доходам вклад.

Россия находится ещё в поиске своего пути развития социальной системы, во многом из-за социальных и экономических потрясений, произошедших в 90-е годы. Однако Россия может применить некоторый опыт Финляндии в развитии социальной политики в сфере здравоохранения. Прежде всего, как нам кажется, следует привлечь во внимание профилактическую работу и инвестиционную политику. Развитие профилактической помощи и первичного звена медицинской помощи позволит нам наладить демографическую ситуацию в стране. Инвестиции и новые технологии стали нашей повседневной реальностью. Уже не одна сфера жизни не обходится без внедрения новых технологий. Как обращали многие инвесторы внимание, необходимо, чтобы врачи не отходили от своей практики ведения исследований и написания диссертаций и трудов. К сожалению, часто в России врачи не обращают внимания на этот пункт.

Безусловно, и России, и Финляндии предстоит тяжёлый путь реформирования системы здравоохранения. Но, не стоит забывать о том, что увеличение уровня здоровья населения и средней продолжительности жизни является важной составляющей социально-экономического развития государства. Рост уровня здоровья населения всё чаще становится национальной идеей различных стран. И если уровень здоровья населения падает, то это является угрозой для реализации других национальных идей государства.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

### Источники:

1. Бюллетень Счетной палаты №2 // Счётная палата РФ: [электронный ресурс]. – 2020. – URL: <http://old.ach.gov.ru/activities/bulleten/983/40070/> (дата обращения: 02.03.2020).

2. Государственная программа Российской Федерации "Развитие здравоохранения" // Министерство здравоохранения РФ: [электронный ресурс]. – 2019. – URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info> (дата обращения: 07.03.2020).

3. Индекс человеческого развития // Гуманитарный портал: [электронный ресурс]. – 2020. – URL: <https://gtmarket.ru/ratings/human-development-index> (дата обращения: 10.02.2020).

4. Конституция РФ // Консультант: [электронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_28399/8c815f376c72a61b3df7905bb5aae9f144d2cb0d/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/8c815f376c72a61b3df7905bb5aae9f144d2cb0d/) (дата обращения 22.01.2020).

5. Конституция Финляндии // Конституция государств (стран мира): [электронный ресурс]. URL: <https://worldconstitutions.ru/?p=139> (дата обращения: 04.12.19).

6. Министерство социального обеспечения и здравоохранения брошюры. – 2013. – С.15. – URL: <https://www.mosaiikki.info/tietoa/files/zdravoohtaanenne-v-finlyandii-rus.pdf> (дата обращения: 05.12.19).

7. О Национальном плане по предупреждению завоза и распространения коронавирусной инфекции // Правительство России: [электронный ресурс]. URL: <http://government.ru/news/38907/> (дата обращения: 08.04.2020).

8. Постановление Правительства РФ от 5 ноября 1997 г. №1387 "О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации" // Гарант: [электронный ресурс]. URL: <https://base.garant.ru/12104340/> (дата обращения: 20.01.2020).

9. Приоритеты и цели государственной политики в развитии кадровой обеспеченности сферы здравоохранения // Гарант: [электронный ресурс]. URL:



<https://base.garant.ru/18374663/83e6e0c7cc885d97f0bd790b8a7f241d/> (дата обращения: 07.03.2020).

10. Распоряжение правительства РФ от 16 марта 2020 г. № 635-р // Правительство России: [электронный ресурс]. URL:<http://static.government.ru/media/files/wwGGarWzAuGcDRw4OFHBfkInXcpD0ZPu.pdf> (дата обращения: 08.04.2020).

11. Распоряжение правительства РФ от 18 марта 2020 г. № 648-р // Правительство России: [электронный ресурс]. URL:<http://static.government.ru/media/files/1K5S26gDukrfn2WgVxRzMFAqzMmRrFQS.pdf> (дата обращения: 08.04.2020).

12. Рейтинг стран мира по уровню продолжительности жизни // Гуманитарный портал: [электронный ресурс]. – 2020. – URL: <https://gtmarket.ru/ratings/life-expectancy-index/life-expectancy-index-info> (дата обращения: 10.02.2020).

13. Рейтинг стран по уровню распространения ВИЧ/СПИД // NoNews: [электронный ресурс]. – 2018. – URL: <https://nonews.co/directory/lists/countries/hiv-prevalence> (дата обращения: 09.03.2020).

14. Рейтинг стран по уровню самоубийств // NoNews: [электронный ресурс]. – 2018. – URL: <https://nonews.co/directory/lists/countries/suicide-rate> (дата обращения: 11.02.2020).

15. Смертность населения в трудоспособном возрасте // URL:[https://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/population/demo/smert.htm](https://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/smert.htm) (дата обращения: 25.01.2020).

16. Список стран по уровню смертности от наркотиков // NoNews: [электронный ресурс]. – 2018. – URL: <https://nonews.co/directory/lists/countries/drug-related-mortality> (дата обращения: 09.03.2020).

17. Указ о мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в связи с распространением коронавирусной инфекции // Сайт Президента РФ: [электронный ресурс]. – 2020. – URL: <http://kremlin.ru/acts/news/63134> (дата обращения: 08.04.2020).

18. Утверждена Стратегия развития здравоохранения на период до 2025 года // Президент РФ: [электронный ресурс]. – 2019. – URL: <http://static.kremlin.ru/media/events/files/ru/c6zjQF82Y5ZKwoEiziMVNZY76MgZS9XI.pdf> (дата обращения: 06.03.2020).

19. Федеральный закон от 06.10.2003 №131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации" // Консультант: [электронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_44571/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_44571/) (дата обращения: 22.01.2020).

20. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 26.03.2020) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" // Консультант: [электронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/d3162427a7e8305d6b6b1582927e76217c3ce45d/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/d3162427a7e8305d6b6b1582927e76217c3ce45d/) (дата обращения: 26.01.2020).

21. Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010 №326-ФЗ (последняя редакция) // Консультант: [электронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_107289/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/) (дата обращения: 27.01.2020).

22. Федеральный закон "Об основных гарантиях прав ребёнка в РФ" // Консультант: [электронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_19558/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19558/) (дата обращения: 20.01.2020).

23. Федеральный проект «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» // Министерство здравоохранения РФ: [электронный ресурс]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/nmits> (дата обращения: 04.03.2020).

24. Contact // EPIC: [electronic resource]. URL: <https://www.epic.com/contact> (дата обращения: 09.03.2020).

25. Coronavirus (COVID-19). URL: <https://coronavirus-monitor.ru/> (дата обращения: 08.04.2020).

26. Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 // FinlexDataBank: [electronic resource]. – 2010. – URL: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L4> (дата обращения: 04.12. 19).

27. The UN Inter–Agency Group for Child Mortality Estimation: Levels and Trends in Child Mortality Report 2019 // URL:<https://childmortality.org/> (дата обращения: 25.01.2020).

28. World Heritage Encyclopedia // URL: [http://www.worldheritage.org/articles/Healthcare\\_in\\_Finland](http://www.worldheritage.org/articles/Healthcare_in_Finland) (дата обращения: 03.12.2019).

### **Монографии:**

29. Здоровоохранение России. XX век: Монография / Беляев Е.Н., Блохина Н.Н., Воскресенская Н.П. [и др.]. / Под ред. Ю.Л. Шевченко [и др.]. – Москва: ГЕОТАР-МЕД, 2001. – 318 с. – ISBN 5-9231-0092-4

30. Проект «Северная Карелия»: от Северной Карелии до проекта национального масштаба / под ред. Пуска П., Вартиайнен Э., Лаатикайнен Т., Йоусилахти П., Паавол М. – Издательство Университета Хельсинки, 2011. – 304 с.

31. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы: Доклад НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения / рук. авт. колл. С. В. Шиш-кин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – Москва: Изд. дом Высшей школы экономики, 2017. – 84 с. – ISBN 978-5-7598-1548-8.

32. Шишкин С.В., Ермаков С.П., Попович Л.Д., Фрид Э.М., Шейман И.М. Методика оценки эффективности функционирования территориальных систем здравоохранения в Российской Федерации. Москва, 2007. – 64 с.

33. Hurrönen H., Härmäläinen P., Reponen J. E-health and e-welfare of Finland Check point 2015 / H. Hurrönen, P. Härmäläinen, J. Reponen. – Juvenes Print Oy. – 2015. – 155 p.

34. Niiranen V., Puustinen A., Zitting J., Kinnunen J. Sosiaali- ja terveystalvetlut kunta- ja Palvelurakennuudistuksissa / V. Niiranen, A. Puustinen, J.

Zitting, J. Kinnunen – Helsinki: Itä-Suomen yliopisto ja Suomen Kuntaliitto. 2013. – 163 p.

35. Ryynänen K. Constructing Physician's Professional Identity – Explorations of Student's Critical Experiences in Medical Education / K. Ryynänen. – Oulu university press. – 2011. – 225 p.

**Статьи и периодические издания:**

36. Авдеева Л.О., Козыренко Е.И. Современное состояние финансирования здравоохранения в России / Л.О. Авдеева, Е.И. Козыренко // Вестник Астраханского государственного технического университета. – 2019. – № 1. – С. 153 – 164.

37. Аксенов С.Г., Исхаков Э.Р. Государственно-правовое регулирование здравоохранения в период правления Петра I / С.Г. Аксенов, Э.Р. Исхаков // Юридическая наука и правоохранительная практика. – 2012. – №4 (22). – С. 4–10.

38. Володкин А.Ю., Старкожева Г.И. Проблемы реформирования системы управления здравоохранением в современной России / А.Ю. Володкин, Г.И. Старкожева // Современный менеджмент: цели, проблемы и пути совершенствования. – 2017. – С. 41–53.

39. Ганеев А.М. Привлечение инвестиций в сферу здравоохранения в Российской Федерации / А.М. Ганеев // Вестник Института экономики РАН. – 2014. – №3. – С.127–133.

40. Гончарова С.Г., Егорышева И.В. К 200-летию Императорского Человеколюбивого общества (1816) / С.Г. Гончарова, И.В. Егорышева // Здравоохранение Российской Федерации. – 2016. – № 6. – С. 325–328.

41. Гуменюк А.А. Развитие здравоохранения в СССР во второй половине 1950-х - первой половине 1980-х гг. / А.А. Гуменюк // Известия Саратовского университета. – 2015. – № 4. – С.108–115.

42. Давыдова Т.В. Становление системы советского здравоохранения: миф или реальность / Т.В. Давыдова // История в подробностях. – 2013. – №3. – С. 22–29.

43. Дукмасова А.Ю., Юнусова В.А. Проблемы финансирования сферы здравоохранения в Российской Федерации / А.Ю. Дукмасова, В.А.Юнусова // Ростовский научный журнал. – 2019. – № 5. – С.59–66.

44. Ермаков С.П., Молчанова Е.В., Терехин П.А., Новгородова А.В. Оценка индикаторов здоровья населения в России и Финляндии / С.П. Ермаков, Е.В.Молчанова, П.А. Терехин, А.В. Новгородова // Этап: экономическая теория, анализ, практика. – 2017. – № 1. – С. 86 –107.

45. Ефремова О.А., Ходош Э.М. Влияние сокращения больничных коек на доступность и качество медицинской помощи / О.А.Ефремова, Э.М. Ходош // Научные результаты биомедицинских исследований. – 2015. – № 2. – С. 49–61.

46. Журавлева И.В. Актуальные проблемы социальной политики в сфере здоровья / И.В. Журавлева // Социология медицины. – 2017. – № 16. – С.4–9.

47. Зотова Е.В. Реформы Петра I в области медицины и фармации / Е.В. Зотова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2014. – № 11. – С. 1145.

48. Кашилов А.Н. О системе нормативно-правовых актов, действующих в сфере здравоохранения / А.Н. Кашилов // Марийский юридический вестник. – 2016. – №1 (16). – С.93–96.

49. Кескимяки И., Синерво Т., Койвисто Ю. Интеграция служб здравоохранения и социального обеспечения в Финляндии: региональные и местные инициативы по координации оказания помощи / И. Кескимяки, Т. Синерво, Ю. Койвисто // Панорама общественного здравоохранения. – 2018. – № 4. – С.688–698.

50. Костромин П. А., Махалин В.Н. Стратегии развития фармацевтической промышленности в соответствии с потребностями здравоохранения в России / А.П. Костромин, В.Н. Махалин // Вестник университета. – 2016. – № 2. – С. 11–15.

51. Куликов В.А. Роль аптекарского приказа в деле оказания медицинской помощи и лекарственного обеспечения Руси в XVII веке / В.А. Куликов // Вестник фармации. – 2014. – № 1 (63). – С. 98–102.

52. Ляпин И.Ф., Прилуков М.Д. Административно-правовое регулирование частной системы здравоохранения в Российской Федерации / И.Ф. Ляпин, М.Д. Прилуков // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. – 2016. – №5. – С. 210–214.

53. Медведь А.Н. Актовые материалы об эпидемиях XVII в. как источник по истории антропологии болезни в Московском государстве / А.Н. Медведь // Проблемы дипломатики, кодикологии и актовой географии: Материалы XXIV Междунар. науч. конф. – 2012. – С. 397–400.

54. Михель Д.В. Чума и эпидемиологическая революция в России: 1897-1914 / Д.В. Михель // Вестник Евразии. – 2008. – С.143–164.

55. Нурлыбаев А.М. Реформы здравоохранения в России: взгляд в прошлое и современность / А.М. Нурлыбаева // Журнал международных исследований развития. – 2014. – №1. – С. 20–28.

56. Организация системы здравоохранения в Финляндии // Медицинские новости. – 2013. – № 4. – С. 63–66.

57. Попова А.С. Пробелы законодательства, регулирующего отношения в сфере здравоохранения / А.С. Попова // Российское право: Образование. Практика. Наука. – 2016. – № 1. – С. 50–54.

58. Ревич Б. А. Детерминанты общественного здоровья населения в Российской Арктике и на приарктических территориях / Б.А. Ревич // Проблемы прогнозирования. – 2017. – № 1. – С.50–61.

59. Сагидов А.К. Особенности функционирования медицинских организаций в условиях одноканального финансирования / А.К. Сагидов // Региональные проблемы преобразования экономики. – 2014. – С. 61– 65.

60. Сергеева М.С. Проблемы интеграции иностранных аптекарей в отечественную медицинскую практику XVI-XVII вв / М.С. Сергеева //

Известия Алтайского государственного университета. – 2015. – №4(88). – С. 222 – 230.

61. Сергеева Н.М. Сравнительная оценка расходов на здравоохранение в России и странах Европы / Н.М. Сергеева // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2018. – №3(24). – С.256 – 259.

62. Скорнякова Е.С. Как оценить здоровье? / Е.С. Скорнякова // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2015. – № 2. – С. 9–15.

63. Смирнова Е.М. «Аптекарского приказу люди» на государственной службе / Е.М. Смирнова // Манускрипт. – 2017. – № 9 (83). – С.175– 178.

64. Созарукова Ф. М. Кадровый дефицит специалистов здравоохранения: причины возникновения и пути решения / Ф.М.Созарукова // Вестник экспертного совета. – 2018. – №4 (15). – С.104-109.

65. Таркова Н. Р, Смородинова Н. И. Актуальные проблемы финансирования здравоохранения России / Н.Р. Таркова, Н.И. Смородинова // Актуальные проблемы авиации и космонавтики. – 2015. – №7. – С.192–194.

66. Торопушина Е.Е. Муниципальная социальная политика в сфере охраны здоровья: зарубежный опыт северных территорий / Е.Е. Торопушина // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2013. – № 2. С.171–180.

67. Фахрутдинова Е.В. «Национальный проект «Здоровье»: итоги и перспективы реализации» / Е.В. Фахрутдинов // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2008. – № 1. – С. 300–313.

68. Федорова Н.В. Одноканальная система финансирования здравоохранения в РФ: преимущества и недостатки / Н.В. Федорова // Научное обозрение. Экономические науки. – 2016. – № 3. – С. 61–63.

69. Хорева Т.А. Основные этапы истории приказов общественного призрения в Российской империи / Т.А. Хорева // Труды Института государства и права Российской академии наук. – 2015. – № 2. – С. 29–41.

70. Чубарова Т.В. Перспективы реформы здравоохранения в России: необходимость новых подходов / Т.В. Чубарова // Проблемы прогнозирования. – 2014. – С.75–86.

71. Шульгина С.В. Отзывчивость системы здравоохранения: определение, структура, понятия, методологические подходы к проведению исследования / С.В. Шульгина // Экология человека. – 2015. – №2. С. 27–32.

72. Щепин О.П. Региональные аспекты развития здравоохранения / О.П. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 5. – С.3–7.

73. Abbas Z., Burney A., Mahmood N. Information and Communication Technology in Healthcare Management Systems: Prospects for Developing Countries / Z. Abbas, A. Burney, N. Mahmood // International Journal of Computer Applications. – 2010. – №. 2. – P.27–32.

74. Anttiroiko A.–V., Valkama P. The role of localism in the development of regional structures in post-war Finland / A.–V. Anttiroiko, P. Valkama // Public policy and Administration. – №32(2). – 2017. P. 152–172.

75. In Strategic Management in Public Organizations. European Practices and Perspectives / Edited by Paul Joyce and Anne Drumaux. New York: Routledge. – 2014. – P. 95–100.

76. Saarinen A. Ammatinharjoittajasta virkamieheksi –Suomen Lääkäriliitto ja universaalin terveydenhuoltojärjestelmän kehitys / A. Saarinen // Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti. – 2008. – № 45(2). – P. 98–110.

77. Saarivirta T., Consoli D., Dhondt P. Suomen terveydenhuoltojärjestelmän ja sairaaloiden kehittyminen / T. Saarivirta, D. Consoli, P. Dhondt // Kasvatus & Aika. – 2010. – № 3(4). – P. 25–41.

#### **Электронные ресурсы:**

78. 6 причин провала реформы соцздрава и отставки правительства // YLE :[электронный ресурс].– 2019. – URL: [https://yle.fi/uutiset/osasto/novosti/6\\_richin\\_provala\\_reformy\\_sotszdrava\\_i\\_otstavki\\_pravitelstva/10679656](https://yle.fi/uutiset/osasto/novosti/6_richin_provala_reformy_sotszdrava_i_otstavki_pravitelstva/10679656) (дата обращения: 08.12.19).



79. Басанова К.Л., Вицелярова К.Н. Здоровоохранение как элемент социальной структуры / К.Л.Басанова // Концепт. – 2015. – №13. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdravoohranenie-kak-element-sotsialnoy-sfery/viewer> (дата обращения: 11.02.2020).

80. Бизенков А.С., Данилов А.И. Реформирование системы здравоохранения в современной России / А.С. Бизенков, А.И. Данилов // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2019. – № 1. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/reformirovanie-sistemy-zdravoohraneniya-v-sovremennoy-rossii/viewer> (дата обращения: 09.02.2020).

81. Бойко Ю.П., Галь И.Г., Плавунцов Н.Ф. Система здравоохранения РФ и перспектива её развития / Ю.П. Бойко, И.Г. Галь, Н.Ф. Плавунцов // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – № 2. – URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=13077> (дата обращения: 11.02.2020).

82. Более 80 миллионов россиян пройдут диспансеризацию к 2021 году // РИА новости: [электронный ресурс]. – 2018. – URL: <https://ria.ru/20180723/1525136140.html> (дата обращения: 11.02.2020).

83. В России нужно увеличить расходы на здравоохранение, заявил Путин // РИА Новости: [электронный ресурс]. – 2018. – URL: <https://sn.ria.ru/20180301/1515518172.html> (дата обращения: 07.03.2020).

84. Готово ли российское здравоохранение к борьбе с коронавирусом // Ведомости: [электронный ресурс]. – 2020. – URL: <https://www.vedomosti.ru/society/articles/2020/04/09/827471-gotovo-rossiiskoe> (дата обращения: 08.04.2020).

85. Забытые нацпроекты // Независимая газета: [электронный ресурс]. – 2009 – URL: [http://www.ng.ru/economics/2009-12-29/1\\_nazprojects.html](http://www.ng.ru/economics/2009-12-29/1_nazprojects.html) (дата обращения: 26.01.2020).

86. "Здоровье в фокусе" – совместный проект Финляндии и Карельской республики // YLE: [электронный ресурс]. – 2014 – URL: [https://yle.fi/uutiset/osasto/novosti/zdorove\\_v\\_fokuse\\_-\\_sovmestnyi\\_proekt\\_finlyandii\\_i\\_karelskoi\\_republiki/7197611](https://yle.fi/uutiset/osasto/novosti/zdorove_v_fokuse_-_sovmestnyi_proekt_finlyandii_i_karelskoi_republiki/7197611) (дата обращения: 12.02.2020).

87. Здоровье не гарантировано // РИА Новости: [электронный ресурс]. – 2009 – URL: <https://ria.ru/20091210/198374619.html> (дата обращения: 26.01.2020).

88. Изборник Святослава (из изборника 1076 года) // URL: <http://drevne-rus-lit.niv.ru/drevne-rus-lit/text/iz-izbornika-1076/iz-izbornika-1076.htm> (дата обращения: 15.01.2020).

89. Квачахия Л.Л. Экономические особенности и проблемы льготного лекарственного обеспечения / Л.Л. Квачахия // Иннов: электронный научный журнал. – 2018. – № 3 (36). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ekonomicheskie-osobennosti-i-problemy-lgotnogo-lekarstvennogo-obespecheniya/viewer> (дата обращения: 27.01.2020).

90. Коронавирус в Финляндии // Coronavirus (COVID-19): [электронный ресурс]. – 2020. – URL: <https://coronavirus-monitor.ru/coronavirus-v-finlyandii/> (дата обращения: 23.05.2020).

91. Коронавирус в России // Coronavirus (COVID-19): [электронный ресурс]. – 2020. – URL: <https://coronavirus-monitor.ru/coronavirus-v-rossii/> (дата обращения: 23.05.2020).

92. Марин: изоляция Уусимаа может завершиться 19 апреля // YLE: [электронный ресурс]. – 2020. – URL: [https://yle.fi/uutiset/osasto/novosti/marin\\_izolyatsiya\\_uusimaa\\_mozhet\\_zavershitsya\\_19\\_aprelya/11299737](https://yle.fi/uutiset/osasto/novosti/marin_izolyatsiya_uusimaa_mozhet_zavershitsya_19_aprelya/11299737) (дата обращения: 08.04.2020).

93. Медведев утвердил меры по профилактике детских самоубийств // Интерфакс: [электронный ресурс]. – 2019. – URL: <https://www.interfax.ru/russia/678297> (дата обращения: 11.02.2020).

94. Мы не Китай, у нас ничего нет // Медуза: [электронный ресурс]. – 2020. – URL: <https://meduza.io/feature/2020/03/31/my-ne-kitay-u-nas-nichego-net> (дата обращения: 08.04.2020).

95. Неудача реформы здравоохранения и отставка правительства в Финляндии // Pohjoiseen: [электронный ресурс]. – 2019. – URL: <https://www.pohjoiseen.fi/>

joiseen.fi/ru/2019/03/08/neudacha-reformy-zdravookhraneniia-i-otstavka-pravitelstva-finliandii/ (дата обращения: 07.12.19).

96. Полученное по нацпроекту "Здоровье" оборудование простаивает // РИА Новости: [электронный ресурс]. – 2009. – URL: <https://ria.ru/20091223/200957991.html> (дата обращения: 26.01.2020).

97. Почему инвесторы в сфере технологий здравоохранения выбирают Финляндию // Хорошие новости из Финляндии: [электронный ресурс]. – 2019. – URL: <https://www.goodnewsfinland.com/ru/feature/pyat-dlya-pyatnitsy-pochemu-investory-v-sfere-tehnologij-zdravooohraneniya-vybirayut-finlyandiyu/> (дата обращения: 09.03.2020).

98. Русская правда (пространная редакция), 30 пункт // URL: <http://drevne-rus-lit.niv.ru/drevne-rus-lit/text/russkaya-pravda-prostrannaya/russkaya-pravda-prostrannaya.htm> (дата обращения: 15.01.2020).

99. «Самоубийственная» Финляндия: почему финны склонны к суициду // EFinland: [электронный ресурс]. – 2018. – URL: <https://e-finland.ru/info/smi/samoubijstvennaya-finlyandiya-pochemu-finny-sklonny-k-suicidu/> (дата обращения: 11.02.2020).

100. Спаситель матерей // Коммерсантъ: [электронный ресурс]. – 2019. – URL: <http://www.kommersant.ru/doc/4074803> (дата обращения: 03.12.2019).

101. Средняя продолжительность жизни в России увеличилась более чем на один год // Личные финансы: [электронный ресурс]. – 2013. – URL: <http://www.ami-tass.ru/article/60894.html> (дата обращения: 26.01.2020).

102. Финляндия вместе с IBM внедряет системы персонализированной медицины // EverCare: [электронный ресурс]. – 2016. – URL: <https://evercare.ru/ibm-finland> (дата обращения: 09.03.2020).

103. Финляндия ввела чрезвычайное положение // Интерфакс: [электронный ресурс]. – 2020. – URL: <https://www.interfax.ru/world/699410> (дата обращения: 08.04.2020).

104. Финляндия усиливает борьбу с курением // YLE: [электронный ресурс]. – 2014. – URL: [https://yle.fi/uutiset/osasto/novosti/finlyandiya\\_usilivaet\\_borbu\\_s\\_kureniem/7326701](https://yle.fi/uutiset/osasto/novosti/finlyandiya_usilivaet_borbu_s_kureniem/7326701) (дата обращения: 09.03.2020).

105. Финский подход. В чем проблема почти идеальной системы здравоохранения? // Republic: [электронный ресурс]. – 2019. – URL: <https://republic.ru/posts/93406> (дата обращения: 09.03.2020).

106. Цифровое здравоохранение в Финляндии: плюсы интеграционного подхода // Икс Медиа: [электронный ресурс]. – 2019. – URL: <http://www.iksmedia.ru/articles/5583698-Czifrovое-zdravooxranenie-v-Finlyan.html> (дата обращения: 09.03.2020).

107. Что такое система здравоохранения? // ВОЗ: [электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/features/qa/28/ru/> (дата обращения: 10.02.2020).

108. Arno Forsius Turun lääninlasaretti — Suomen ensimmäinen sairaala // URL: <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/turunlaa.html> (дата обращения: 04.12.2019).

109. COPE – Competent workforce for the future // URL: <https://www.laurea.fi/hankkeet/c/competent-workforce-for-the-future/> (дата обращения: 05.03.2020).

110. Elintarvikehuolto turvataan kaikissa oloissa // Huoltovarmuuskeskus : [electronic resource]. – 2020. – URL: <https://www.huoltovarmuuskeskus.fi/elintarvikehuolto-turvataan-kaikissa-oloissa/> (дата обращения: 08.04.2020).

111. European Healthtech Investment Forum 2019 // Business Finland: [electronic resource]. – 2019. – URL: <https://www.businessfinland.fi/en/whats-new/events/2019/european-healthtech-investment-forum-2019/> (дата обращения 09.03.2020).

112. Finland food security // Global food security index: [electronic resource]. URL: <https://foodsecurityindex.eiu.com/Country/Details#Finland> (дата обращения: 08.04.2020).

113. Finland, ‘Prepper Nation of the Nordics,’ Isn’t Worried About Masks // The New York Times: [electronic resource]. – 2020. – URL: <https://www.nytimes.co>

m/2020/04/05/world/europe/coronavirus-finland-masks.html?searchResultPosition=1  
(дата обращения: 08.04.2020).

114. Guide to benefits–2014. p.25. // URL: [https://www.expats-finland.com/pdf/guide\\_to\\_benefits.pdf](https://www.expats-finland.com/pdf/guide_to_benefits.pdf) (дата обращения: 06.12.19).

115. Health services in Finland // URL: <https://www.hus.fi/en/patients/Pages/Health-services-in-Finland.aspx> (дата обращения: 05.12.19).

116. Huoltovarmuuskeskus ei tuhonnut vuoden 2009 pandemiauhkaa varten hankittuja hengitessuojaimia vaan varastoi ne pahan päivän varalle // Huoltovarmuuskeskus: [electronic resource]. – 2020. – URL: <https://www.huoltovarmuuskeskus.fi/huoltovarmuuskeskus-ei-tuhonnut-vuoden-2009-pandemiauhkaa-varten-hankittuja-hengityssuojaimia-vaan-varastoi-ne-pahan-paivan-varalle/> (дата обращения: 08.04.2020).

117. Ihmisiä lääketieteen historiassa // URL: <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/pipping.html> (дата обращения: 03.12.2019).

118. Laulainen S., Niiranen V., Zitting J. Challenges for Management in Implementing Reforms at the Ministry Level and in Health and Social Service Organizations in Finland / S.Laulainen , V. Niiranen, J. Zitting // University of Eastern Finland. – 2019. URL: [https://www.researchgate.net/publication/335550638\\_Challenges\\_for\\_Management\\_in\\_Implementing\\_Reforms\\_at\\_the\\_Ministry\\_Level\\_and\\_in\\_Health\\_and\\_Social\\_Service\\_Organizations\\_in\\_Finland](https://www.researchgate.net/publication/335550638_Challenges_for_Management_in_Implementing_Reforms_at_the_Ministry_Level_and_in_Health_and_Social_Service_Organizations_in_Finland).

119. Project information // URL: <https://www.stncope.fi/en/project-information/> (дата обращения: 05.03.2020).

120. Public health system // URL: <https://www.justlanded.com/English/Finland/Finland-Guide/Health/Public-health-system> (дата обращения: 05.12.19).

121. Raportti: Pirstaleisuus heikentää Suomen terveydenhuoltojärjestelmän palveluiden laatua // YLE: [electronic resource]. – 2019. – URL: <https://yle.fi/uutiset/3-10990323> (дата обращения: 05.03.2020).

122. Secondary use of health and social data // URL: <https://stm.fi/en/secondary-use-of-health-and-social-data> (дата обращения: 08.12.19).

123. Seppo Lehto Country report Finland – June 2018 // URL: [https://www.escardio.org/static\\_file/Escardio/Subspecialty/EAPC/Country%20of%20the%20month/Documents/finland-country-of-the-month-full-report.pdf](https://www.escardio.org/static_file/Escardio/Subspecialty/EAPC/Country%20of%20the%20month/Documents/finland-country-of-the-month-full-report.pdf) (дата обращения: 05.12.19).

124. Siun Sote Strategia // URL: <http://www.siunsote.fi/web/guest/strategia> (дата обращения: 08.12.19).

125. State of Health in the EU Finland Country Health Profile 2017 // URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/355979/Health-Profile-Finland-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/355979/Health-Profile-Finland-Eng.pdf) (дата обращения: 05.12.19).

126. Suomalainen sähköinen resepti käy vihdoinkin Viron apteekkeissa – ja kohta myös useissa muissa EU-maissa // YLE: [electronic resource]. – 2019. – URL: <https://yle.fi/uutiset/3-10608213> (дата обращения: 09.03.2020).

127. Suomea ylistetään maailmalla Ruotsiin verrattuna: “Aina valmiina katastrofiin tai kolmanteen maailmansotaan” // Ilta-Sanomat: [electronic resource]. – 2020. – URL: [https://yle.fi/uutiset/osasto/novosti/the\\_new\\_york\\_times\\_finlyandiya\\_luchshe\\_ostalnykh\\_severnykh\\_stran\\_gotova\\_k\\_pandemii/11293677](https://yle.fi/uutiset/osasto/novosti/the_new_york_times_finlyandiya_luchshe_ostalnykh_severnykh_stran_gotova_k_pandemii/11293677) (дата обращения: 08.04.04.2020).

128. Tesoman hyvinvointikeskus // URL: <https://www.tampere.fi/tampereen-kaupunki/yhteystiedot-ja-asiointi/alueelliset-palvelut/tesoman-hyvinvointikeskus.html> (дата обращения: 08.12.19).

129. The focus of the healthcare and social welfare system will be shifted towards basic-level services and prevention // URL: <https://valtioneuvosto.fi/en/rinne/government-programme/restructuring-of-health-and-social-services> (дата обращения: 08.12.19).

130. The UN Inter–Agency Group for Child Mortality Estimation: Levels and Trends in Child Mortality Report 2019 // URL: <https://childmortality.org/> (дата обращения: 25.01.2020).

131. World Heritage Encyclopedia // URL: [http://www.worldheritage.org/articles/Healthcare\\_in\\_Finland](http://www.worldheritage.org/articles/Healthcare_in_Finland) (дата обращения: 03.12.2019).

132. Why is Finland's healthcare system failing my family? // The Guardian: [electronic resource]. – 2016. – URL: <https://www.theguardian.com/society/2016/feb/finland-health-system-failing-welfare-state-high-taxes> (дата обращения:09.03.2020).