
СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ
СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ ГОСУДАРСТВ**

© 2014 г. В. Сауткина

Исследуется проблема современного состояния национальных систем здравоохранения и образования. Стоимость услуг в этих сферах неуклонно повышается, поэтому даже развитым странам приходится прилагать значительные усилия, чтобы сохранить ранее достигнутый уровень. Автор приходит к выводу, что только совместные действия со стороны и государства, и всех слоев населения могут реально повысить качество медицинских и образовательных услуг.

Ключевые слова: реформы мировых систем здравоохранения и образования, стандарты медицинских услуг, ВОЗ, единое образовательное пространство, академическая свобода.

Одна из наиболее острых проблем современности, порожденных процессами глобализации, заключается в том, что множество стран с различным уровнем социального и экономического развития оказываются в едином бурно меняющемся пространстве. Высокое качество образования, медицинское обслуживание, обеспечивающее долгую и здоровую жизнь, стало принято воспринимать не в связи с уровнем развития государства, но в контексте неотъемлемых социальных прав каждого человека. Такая ситуация привела также и к осознанию наличия острого противоречия между подобными запросами и ограниченными возможностями развития современных государств.

Затяжной экономической и финансовый кризис поставил даже ведущие державы перед жестким выбором: возможно ли продолжать способствовать повышению уровня и качества трудовой жизни в развивающихся странах, не снижая уровня социальных гарантий и качества жизни у себя дома. Очевидно, такая ситуация грозит ростом социальных конфликтов и общей нестабильностью. Поэтому перед политиками встает проблема – как сохранить достигнутый уровень в области здравоохранения и образования в условиях необходимости значительного сокращения государственных расходов на эти нужды.

**МИРОВЫЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
ДОСТИЖЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ**

В современном мире одной из главных целей активной деятельности по улучшению условий жизнедеятельности людей является одновременно как здоровье нации в целом, так и каждого отдельного человека. Все больше людей связывают понятие качества жизни с состоянием собственного здоровья. Вместе с тем здоровье или болезнь каждого гражданина имеют определенное конкретное материальное выражение для государства. Очевидно, что больной не вырабатывает материальных ценностей, что в конечном итоге сказывается на величине валового национального продукта. Кроме того, сумма денежных средств, которые затрачиваются на лечение заболевших, с каждым годом растет.

В современном мире модели организации здравоохранения различных стран отличаются разнообразием и национальной спецификой. Практически все существующие системы здравоохранения направлены на выполнение четырех основных функций: финансирование, управление, привлечение ресурсов (инвестиции в людские и материальные ресурсы) и предоставление медицинских услуг на индивидуальном и общественном уровнях. В настоящее время сложились три основные формы финансирования здравоохранения. Некоторые европейские страны – такие, как Австрия, Бельгия, Франция, имеют сформировавшуюся страховую систему. В Дании, Финляндии, Норвегии, Швеции и др. здравоохранение финансируется из бюджета. Кроме того, существует система, которую можно отнести к частной или, как ее еще называют, либертатной (США). Необходимо отметить, что эти модели нигде не представлены

САУТКИНА Вера Алексеевна, кандидат исторических наук, старший научный сотрудник ИМЭМО РАН, РФ, 117997, Москва, ул. Профсоюзная, д. 23 (vera-sautkina@yandex.ru).

в чистом виде, но постоянно видоизменяются и обогащаются идеями, заимствованиями друг у друга, что является безусловным благом. Для большинства развивающихся стран, впервые получивших возможность расширить доступ к получению качественной медицинской помощи для своих граждан, весьма важным оказывается опыт управления системой здравоохранения, который был накоплен в развитых странах.

В результате совместных усилий различных стран постепенно формируется мировая система здравоохранения, которая способна поставить и успешно решать острые проблемы охраны здоровья населения планеты в целом. Согласно данным ВОЗ, глобальная экономика здравоохранения росла более высокими темпами, чем валовой внутренний продукт (ВВП): с 2000 по 2006 г. ее доля в глобальном ВВП возросла с 8% до 8,6. С учетом инфляции, это давало рост расходов на здравоохранение во всем мире за пятилетний период в абсолютном выражении на 35% [7].

Однако прогресс, достигнутый за предшествующий период, имел неравномерный характер, поэтому значительная часть стран все больше отстает от этих показателей, утрачивая прежние позиции. В настоящее время стало очевидным, что процесс глобализации одновременно с достижениями, порождает социальную напряженность во многих странах, а системы здравоохранения, как основные элементы структуры современных обществ, работают не достаточно эффективно. Кроме того, в современном мире происходит усиление разрыва уровня доходов между различными общественными группами. Это способствует значительному ограничению доступа существенной части населения к качественной медицинской помощи, что является одним из факторов социальной напряженности.

Связанные с этим вопросы неравенства постоянно обсуждаются на международных форумах. В докладе, предложенном на 52-й сессии Европейского регионального комитета Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), отмечалось, что огромные различия в состоянии здоровья населения разных стран и между группами населения внутри стран убедительно свидетельствуют, что все основные детерминанты здоровья связаны с социально-экономическими факторами. К таким выводам пришли авторы доклада в результате анализа данных, собранных за предшествующие 10 лет о состоянии здравоохранения в Европейском регионе, в который входит 51 государство с населением около 870 млн. человек. Полученные данные показывают связь между состоя-

нием здоровья и занятостью, уровнем доходов, социальной защитой, жилищными условиями и образованием, которая четко прослеживается во всех европейских государствах [3]. Понимание необходимости более полного осмысления работы здравоохранения в целом усиливает потребность разработчиков политики в знаниях о том, как сделать медицинскую помощь более доступной для всех. Поиски оптимальных решений в управлении здравоохранением повысили интерес к анализу хода реформ в разных странах. В этих целях была создана Европейская обсерватория по системам здравоохранения, что позволяет собрать и систематизировать информацию по главным направлениям тех реформ, которые в последнее десятилетие во многих странах приобрели перманентный характер. Учитывая, что цена ошибочных решений, принимаемых политиками в данной сфере, это жизнь и благополучие граждан, подобного рода информационная поддержка приобретает совершенно особое значение. С начала своего образования Европейская обсерватория регулярно выпускает серию: “Системы здравоохранения: время перемен”, в которой содержится всесторонний анализ системы здравоохранения каждой из стран Европейского региона [12]. Реформы национальных систем здравоохранения, которые предпринимаются в различных регионах и странах, осуществляются в соответствии с их социально-политическими условиями и традициями. Изучая накопленный опыт, необходимо учитывать, что формально одни и те же институты имеют различные механизмы их взаимодействия с существующими неформальными практиками, что значительно осложняет интерпретацию и сопоставление результатов. Однако все это разнообразие подходов и методов объединяет, на наш взгляд, два момента. Во-первых, в условиях нарастающего глобального кризиса все столкнулись с растущей стоимостью медицинского обслуживания, что требует создания новых механизмов более эффективного размещения средств, поступающих из тех или иных источников финансирования. Такую работу предстоит провести в каждом государстве, которое ставит социально ориентированные задачи в области охраны здоровья в контексте развивающихся рыночных отношений в обществе. Во-вторых, соблюдение принципов справедливого финансирования всех сфер медицинского обслуживания и обеспечения доступа всех слоев населения к основным видам медицинской помощи остается важным и необходимым в равной степени как для развитых, так и развивающихся стран. То есть основная цель современных преобразований в этой сфере – повышение качества

медицинского обслуживания и улучшение показателей здоровья населения вопреки необходимости проводить политику сдерживания расходов. Для достижения положительных результатов в решении таких, прямо скажем, трудносоставимых задач требуется создание такого постоянно действующего механизма, который позволял бы приводить в соответствие объем медицинских услуг и их финансовое обеспечение. Главным достоинством новых способов управления в сфере здравоохранения должно стать гармоничное распределение ролей между государством, пациентами, врачами, лечебными учреждениями.

Насколько остро, порой болезненно проходят такие реформы даже в благополучных странах, можно наблюдать на примере США, которые долгое время отказывались принимать государственную систему медицинского страхования. Однако в условиях кризиса существующие в стране проблемы в области финансирования медицинских услуг настолько обнажились, что президент Барак Обама предпринял значительные усилия, чтобы ускорить необходимые реформы. Для придания большей убедительности ему приходилось использовать прямые обращения к своим гражданам, в которых он высказался с предельной ясностью, говоря о том, что реформа системы медицинского страхования – ключ к спасению экономики, потому что это крупнейший фактор, влияющий на рост дефицита бюджета в результате неконтролируемой стоимости медицинского страхования. В частности, он подчеркивал: “Если мы не возьмем ее под контроль, американцам придется вкладывать все больше и больше денег за поход к врачу, 14 тыс. человек будет терять страховку каждый день. Таковы последствия бедствия” [1]. Предложенная президентом Обамой реформа имеет в основе три принципа: 1) снижение цен на медицинское обслуживание; 2) право каждого американца иметь выбор между страховкой от работодателя и государственной страховкой; 3) в результате предпринятых изменений все американцы должны получать качественную и доступную помощь. Это означает, что США приходится вводить нечто подобное в системе всеобщего медицинского страхования. Однако в отличие от Европы эта система страхования не является обязательной и не распространится на “нерезидентов” и приезжих. Предприниматели будут обязаны либо оплачивать работникам страховку, либо платить в казну соответствующий налог. Эффективность работы новой системы финансирования медицинских услуг администрация президента США обещала определять путем организации мониторинга их качества.

Правовое обеспечение подобных перемен проходило в условиях жесткого противостояния различных групп, представляющих интересы задействованных в этом деле сторон. Над законопроектом работали пять комиссий Конгресса США. В ходе слушания демократы в большинстве отвергали попытки республиканцев внести изменения в законопроект. Компромисс был достигнут в начале ноября 2009 г., и уже в марте 2010 г. Конгресс утвердил необходимые поправки к закону [6].

Противники таких преобразований не прекращают их критиковать, опасаясь, что под угрозой государственного контроля оказалась вся система национального страхования. По мнению республиканцев, среди которых оказались основные оппоненты, государство не должно столь активно вмешиваться в рынок медицинских услуг. Вопрос о легитимности проведения предложенных нововведений опять обострился в ходе предвыборной борьбы между претендентами на новый президентский срок. Дело рассматривал Верховный суд США. В поддержку предложенных Б. Обамой преобразований высказались пять судей из девяти, и 28 июня 2012 г. Суд признал конституционной реформу здравоохранения, разработанную администрацией действующего президента.

В результате уже к 2014 г. наличие страховки стало обязательным условием для большинства людей, проживающих в США. Желающие могут обменять свои страховки на новые, которые должны быть более экономичными и полными. Те организации, которые не станут выдавать своим сотрудникам страховки, будут штрафоваться. Требования повышаются одновременно и к страховщикам, и работодателям: им придется изыскивать возможности предоставлять клиентам и сотрудникам страховые полисы, отвечающие требованиям максимальной экономии при возможно полном его покрытии.

Регулирование прав на получение медицинской помощи – сложный политический процесс, так как ограничение ресурсов здравоохранения заставляет принимать решения об уровне охвата населения медицинскими услугами при распределении финансовых ресурсов системы здравоохранения. Особенно остро эта проблема встала перед странами с переходной экономикой. Резкое сокращение ресурсов здравоохранения в переходный период стало причиной необходимости предпринять ряд шагов с целью определения набора медицинских услуг, финансируемого за счет государственных средств. Кроме того, четко определить гарантии государства в сфере

оказания медицинских услуг было необходимо для оформления новых договорных отношений между покупателями и их поставщиками. Опыт, накопленный в ходе проведения реформ финансирования системы здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы, Кавказа и Центральной Азии, позволяет рассмотреть, каким образом множество стран, которые прежде относились к так называемому социалистическому лагерю и имели соответствующую систему здравоохранения, использовали все разнообразие путей и методов подобных преобразований.

Особенно остро в государствах с переходной экономикой встал вопрос о способах финансирования капитальных вложений в отрасль здравоохранения. Очевидно, что от величины капитальных вложений и их эффективного использования во многом зависит качество предоставляемых населению медицинских услуг: это и строительство новых больниц, и оснащение лечебных заведений новейшей аппаратурой, и подготовка высококвалифицированных врачей. Здесь потребовалось провести значительную материально-техническую перестройку учреждений здравоохранения, направленную на улучшение общей функциональности. Существующая ранее инфраструктура была построена с применением совершенно другой системы и принципов предоставления медицинских услуг. В настоящее время все большее число стран, стремящихся оптимизировать свои вложения в отрасль, идут по пути сокращения объемов стационарного лечения и приоритетному развитию амбулаторной помощи. В связи с этим получили развитие программы помощи на дому и службы сестринского ухода. Значительному сокращению затрат может способствовать также и появление интегрированных систем оказания помощи, предоставляющих пациенту полный спектр необходимых услуг. Однако такие изменения могут лишь частично сократить необходимые затраты на капитальные вложения. По оценкам экспертов ВОЗ, речь идет о весьма крупных суммах, причем самые большие вложения в отрасль здравоохранения, учитывая число народонаселения, предстоит осуществить в Российской Федерации. В течение десятилетия, начиная с 2006 г., России для нормального функционирования национальной системы здравоохранения необходимо вложить от 9089.1 до 12799.6 млн. евро [10].

В результате реформ, проводимых во многих странах с переходной экономикой, появились новые источники и формы финансирования капитальных затрат, такие как налоги на заработную плату, Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС). Однако ответственность все

же возлагалась, как правило, на государственные бюджеты как на центральном, так и на местном уровнях управления. В относительно богатых странах Восточной Европы, например Словении, где страховые компании получили значительное развитие, наблюдается некоторое разделение ответственности, но основным гарантом остается государство. В настоящее время исключение составляет лишь Эстония, которая пошла по пути встраивания возмещения капитальных расходов непосредственно в систему ОМС. При такой системе поставщики услуг несут ответственность за капиталовложения и капитальные затраты, которые включены в цену услуг, возмещаемых из ФОМС.

КОНТРОЛЬ ЗА КАЧЕСТВОМ ОКАЗЫВАЕМЫХ УСЛУГ

Проблемы соблюдения качества предоставляемых медицинских услуг неразрывно связаны с необходимостью их стандартизации. Движение за стандартизацию медицинского обслуживания началось в США из-за резкого повышения стоимости медицинских услуг. В настоящее время институты по стандартизации медицинского обслуживания созданы уже в большинстве стран. В некоторых областях медицины, связанных с повышенным риском для специалистов и потребителей услуг, например, таких, как рентгенология, фармакология, система стандартов приобрела международный характер. Принимая международные стандарты за основу, многие страны вносят в них необходимые коррективы. Существуют тысячи разнообразных стандартов, которые различаются по обязательности их исполнения – рекомендательные и законодательные. По уровню иерархии и области применения стандарты подразделяются на локальные, региональные, национальные и международные. Принимая решения о повышении уровня стандартов, необходимо оценивать возможности общества полностью финансировать внедрение более жестких стандартов. Так, в обязанности государства – члена ЕС входит гарантировать своим гражданам право на получение медицинской помощи в других странах Содружества, при этом ее качество должно соответствовать принятым в них стандартам. Кроме того, в законодательстве четко прописаны права и обязанности как медицинского персонала, так и пациента. В целях контроля за соблюдением государством этих обязанностей налажена система опроса общественного мнения о сфере здравоохранения, ее плюсах и минусах, возможных путях оптимизации работы.

Многие эксперты обращают внимание на то, что высокое качество здравоохранения зависит не только от денежных инвестиций, но и от эффективности их использования. Поэтому необходимо постоянно налаживать связь между результатами лечения, доступностью услуг и информированием пациентов. Одним из действенных мер, направленных на организацию регулярного контроля за качеством предоставляемых медицинских услуг, является деятельность независимой аналитической организации *Health Consumer Powerhouse*, которая ежегодно, начиная с 2005 г., публикует рейтинг систем здравоохранения европейских стран – *Index – EHCI*. Учет распространяется на шесть направлений: информирование и права пациентов, время ожидания приема, результаты, ассортимент, доступность услуг и лекарств. В исследовании участвует 31 европейская страна (Россия не участвует). По данным за 2008 г., наиболее благоприятными оказались системы Нидерландов, Австрии и Франции. Самое короткое время ожидания приема пациентов в Германии, Австрии, Люксембурге и Швейцарии, а в Голландии меньше всего тратят на лекарства. По итогам 2012 г. в число лидеров опять вышла национальная система здравоохранения Нидерландов, за ней – Дания, Австрия и Люксембург. Последовательное улучшение качества услуг здравоохранения наблюдалось в Дании, Ирландии и Чехии. Негативные тенденции были отмечены в таких странах, как Бельгия, Франция и Швеция. Кроме того, в Португалии, на Мальте и Кипре уровень системы здравоохранения оценивается как недостаточный. В целом, страны Центральной и Восточной Европы, с точки зрения качества медицинских услуг, попали в число отстающих, где единственным исключением стала Венгрия [14].

Статистические данные, имеющиеся по каждой стране, позволяют оценить те усилия, которые предпринимает то или иное правительство для сбережения своей нации и общественного здоровья. Однако оценить реальное состояние здоровья народонаселения в мире возможно лишь с помощью исследователей, ведущих в рамках проектов ВОЗ постоянную работу над определением показателей, которые можно назвать своеобразными индикаторами здоровья. Чтобы описывать и сравнивать состояние здоровья различных групп населения, статистических данных бывает не достаточно, так как в них не содержится информации о нездоровом состоянии в результате каких-либо хронических заболеваний. Начиная с 2000-х годов для более полной оценки состояния здоровья населения был разработан новый показатель – “ожидаемая продолжительность

здоровой жизни” (ОПЗЖ), отражающий среднее число лет, которое тот или иной человек может прожить в относительно здоровом состоянии. Этот показатель учитывает как смертельные, так и не смертельные последствия инвалидности. Методика расчета такого важного индикатора здоровья/нездоровья нации или народа очень сложна, что связано с необходимостью сбора огромного количества данных, которые не учитываются местными статистическими службами. Поэтому ВОЗ приводит результаты своих обследований по данному показателю не в каждом из ежегодных докладов. Согласно имеющимся оценкам показатель ожидаемой при рождении продолжительности жизни, если рассматривать его по времени от 1990 до 2008 г., повысился во всех наблюдаемых регионах. Самые лучшие перспективы у тех, кто родился в Японии, где существует возможность прожить 83 года, причем 76 из них в полном здравии. Примерно такие же перспективы имеют и молодые люди Австралии, Испании, Италии, Германии и других развитых стран. К традиционно богатой Европе и Америке “подтянулась” западная часть Тихого океана, здесь также есть перспектива сохранить здоровье до 61 года.

Но не во всех регионах эти показатели неуклонно повышались, создавая картину медленного прогресса. Практика показывает, что достигнутые большими усилиями результаты в области здоровья населения, могут быть в короткое время утрачены по причине нестабильности экономики, плохого управления в социальной сфере и всякого рода конфликтов. Положение ухудшилось не только в таких африканских странах, как Центральная Африканская Республика, Чад, Экваториальная Гвинея, Южная Африка, но и в некоторых европейских странах. Такое случилось, например, в Черногории и Украине, где ожидаемая продолжительность жизни обоих полов в 2008 г. снизилась по сравнению с 1990-м на два года [5, с. 56].

Правительства многих стран не достигли пока улучшения качества жизни своего населения из-за нехватки средств. Наиболее красноречиво это демонстрирует такой показатель, как “потерянные годы жизни” (ПГЖ). С помощью ПГЖ измеряется преждевременная смертность и учитывается как возраст, в котором она наступает, так и частота таких случаев. Самые высокие коэффициенты преждевременной смертности наблюдаются в странах с низким уровнем доходов. В этих странах потери составляют 234 случая на каждую 1000 населения, что в 4 раза выше, чем в богатых странах. Население стран со средним уровнем доходов преждевременно теряет 103 человека

на 1000 в год, что вдвое меньше, чем в регионах с низким доходом. Наблюдается значительное различие причин, по которым такие потери наступают. Например, из-за инфекционных болезней, недоедания, материнских и перинатальных состояний преждевременно теряется более 2/3 населения в беднейших странах. В группе стран со средним уровнем доходов с этими причинами связано 1/4 ПГЖ на 1000 человек, а в странах богатых всего 10%. В странах с высоким и средним уровнем доходов основной причиной преждевременных потерь являются различного рода неинфекционные заболевания. В беднейших странах на этот сегмент приходится 21% от общего числа ПГЖ, но в абсолютных цифрах их число значительно превышает показатели стран с высоким уровнем доходов [5, сс. 60-61].

В России преждевременно в трудоспособном возрасте в основном умирают мужчины. По данным обследований, которые проводились в ряде типичных российских городов, 40% смертей, наступивших у мужчин в трудоспособном возрасте, связаны со злоупотреблением алкоголя, а с 1990 по 2001 г. потери составили около 7 млн. человек. Такое положение не удается переломить и в настоящее время [16]. Остаются нерешенными множество проблем как социального, так медицинского характера, являющиеся причиной алкогольной пандемии в России. До сих пор не восстановлена разрушенная система доступной помощи и реабилитации страдающих от алкогольной зависимости. В условиях беспрецедентной активности торговцев алкогольной продукцией практически отсутствует антиалкогольная реклама. Недостаточно развита пропаганда здорового образа жизни, а также личной ответственности каждого за состояние своего здоровья в молодежной среде, что чревато огромными потерями в будущем.

В условиях стремительного развития информационных технологий для многих стало доступно участие в процессе контроля над качеством предоставляемых медицинских услуг. Благодаря широкому спектру различных баз данных, составляемых независимыми организациями, у людей появилась исключительная возможность получить необходимую информацию, а также помощь в решении тех или иных проблем, используя при этом весь накопленный мировой опыт.

Главным на пути создания эффективной системы общественного контроля над качеством предоставляемых населению медицинских услуг является осознание важности правового регулирования взаимоотношений между врачом и пациентом, которые в значительной степени меняются

в условиях стремительной коммерциализации этой сферы. Важную роль в этом направлении может сыграть активное использование информационных технологий. В настоящее время возможности привлечь все население к активному воздействию на принятие решений в социальной сфере все еще ограничены тем состоянием инфраструктуры, которая могла бы способствовать использованию этого потенциала. Необходима также и готовность со стороны населения перейти к новым формам общения с властью, учитывая, что при пользовании электронными инструментами меняются и некоторые юридические аспекты как самих законов, так и область их применения.

Основная ответственность за реформирование систем здравоохранения остается за государством. Но это не означает, что оно может реформировать весь сектор здравоохранения в целом. Различные социальные группы, каждая на своем уровне, должны вносить свой вклад. Только совместные усилия могут реально повысить и качество оказываемых медицинских услуг, и их доступность.

ФОРМИРОВАНИЕ ЕДИНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА

Те изменения, которые стремительно происходят в образовательной сфере, несомненно, тесно связаны с быстро меняющимися социальными, политическими и экономическими условиями жизни современного мира. Прежде всего, они проявляются в интенсивном взаимодействии между государствами, которые находятся на различных стадиях своего развития. Наряду с другими общественными институтами, образование становится все более открытым для международного сотрудничества и является одной из главных ценностей для всего мирового сообщества.

Такой социальный запрос во многом послужил определенным импульсом для начала интенсивного процесса формирования единого мирового образовательного пространства. На Всемирной конференции по высшему образованию, состоявшейся в 1998 г. в Париже, обсуждались как теоретические подходы, так и практические меры для успешного продвижения этого масштабного проекта. На наш взгляд, к особенно важным предложениям следует отнести необходимость рассматривать институты высшего образования в качестве носителя определенных социальных функций. Практика последующих событий показала, что эти разработки были восприняты мировым сообществом как руководство к действию, что проявилось в дальнейшем развитии академической

автономии университетов и создании правовой основы для интеграции науки и высшей школы. В международном праве возникла функциональная концепция академической свободы в качестве особой формы социальной ответственности, согласно которой институты высшего образования должны уточнить свою роль в процессах модернизации. Основные идеи, составляющие теорию академической ответственности, были отражены в документах ЮНЕСКО, Болонского и Копенгагенского процессов [2, с. 62]. Одной из важных перемен, происходящих в современном мире, является вовлечение все большего числа людей в систему высшего образования. В свою очередь этот процесс оказывает значительное влияние на общую стратификацию современного сообщества. Именно поэтому социологами образования было выработано новое понятие “образовательная революция”, которая по своим масштабам и последствиям соизмерима с революциями промышленной и демократической. Например, Т. Парсонс высказывал мнение, что революция в образовании через развитие каналов практического применения научных разработок положит начало процессу преобразования всей структуры современного мирового сообщества [8]. Такое усиление роли высшего образования потребовало значительного повышения требований ко всей системе образования и науки. В связи с очевидным несоответствием существующего уровня развития современным запросам общества возникла необходимость качественных изменений в области унификации образовательных процедур. В результате современные образовательные модели все больше приобретают общемировой характер.

Однако, как представляется, непременным условием успешной реализации этих тенденций является повсеместная забота о сохранении самобытности главных элементов национальных и региональных систем. Лучшим примером служит опыт стран ЕС, где существует тысячелетняя традиция сочетания открытости систем образования с бережным отношением к национальным особенностям и сложившимся традициям. Относительно будущего развития интеграционных процессов в области образования высказываются различные мнения. Исходя из общности основополагающих проблем современного образования, многие считают возможным ускорение процесса международного сотрудничества на основе унификации все большего объема технических приемов функционирования национальных образовательных систем. Другие участники дискуссий все же склонны принимать лишь те элементы унификации, которые не наносят ущерба куль-

турным и языковым традициям существующих образовательных моделей. По всей видимости, тотальная унификация образовательных процессов может оказать неблагоприятное воздействие на процесс формирования творческих способностей школьников и студентов. Напротив, возможности быстро меняющегося и взаимозависимого мира должны открывать простор для свободного сотворчества как тех, кто обучает, так и тех, кто обучается.

Можно сказать, что в настоящее время все образовательные ступени в той или иной степени оказываются вовлеченными в процесс интернационализации. Наиболее интенсивно он развивается в высшей школе, что позволяет говорить о начале нового качественного этапа – интеграции образовательных систем как на региональном, так и на общемировом уровне. Возможности, которые раскрывает такая интеграция, существенно расширяют потоки студентов, стремящихся получить качественное образование за пределами своей страны. Наиболее конкурентоспособными в этом отношении являются системы образования Северной Европы, США и Австралии. Именно в эти регионы направляется наибольшая часть иностранных студентов. Для того чтобы сделать свой выбор более взвешенно и осознанно, соискатели могут воспользоваться обширной информацией, которая предлагается, в частности, в виде регулярных публикаций результатов различных рейтингов университетов. Как правило, появление таких исследований происходит и под напором все более возрастающей коммерциализации всех форм обучения. В мире развернулась настоящая борьба за право привлекать в свою страну как можно больше талантливых студентов, так как это реально приносит хорошие доходы как отдельным университетам, так и принимающей стране в целом. При условии соблюдения принципов достоверности и сопоставимости полученной в ходе таких исследований информации, можно получить определенное представление о состоянии национальных систем высшего образования во многих странах. Например, рейтинг *Universitas 21(U21)* позволяет рассмотреть состояние таких систем по четырем позициям, в числе которых: ресурсы, среда, связи с обществом, результативность в 48 странах (включая Россию) [15]. Это дает возможность наблюдать соотношение инвестиций, которые вкладывает государство, а также другие фонды и организации в образовательную сферу в странах различного уровня развития.

Кроме того, на наш взгляд, особое место занимает та часть исследований, которая позволяет

подойти к замерам качества подготовки рабочей силы во взаимодействии с индексом безработицы в данной стране. Проблема отсутствия отлаженного взаимодействия между рынком труда и всей системой образования все больше заявляет о себе как негативный фактор, который реально препятствует социальной адаптации молодежи во всех странах мира. Поэтому можно сказать, что процесс академической мобильности, который уже реально охватил практически все континенты и страны, происходит неоднозначно и противоречиво. Талантливая молодежь из развивающихся стран получила реальную возможность повышать свой интеллектуальный уровень, обучаясь в развитых странах. Однако она не стремится возвращаться назад на родину, изыскивая все возможности закрепиться там, где можно реально получить хорошую зарплату за свой труд. По этой причине в целых регионах вымывается слой высококвалифицированных кадров, что практически лишает их перспективы на собственное поступательное развитие. Руководство таких стран столкнулось с опасной социальной проблемой. С одной стороны, невозможно лишить свою молодежь права свободного перемещения в целях улучшения качества образования и жизни, с другой – сложно надеяться на повышение привлекательности жизненных условий в своих странах без достаточного числа высокообразованных специалистов. Особенно остро эта проблема ощущается в сфере здравоохранения. Высококласные специалисты из развивающихся стран в массовом порядке перемещаются в более богатые страны, что может привести к полному развалу системы здравоохранения тех стран, которые они покидают.

Такая ситуация стала причиной проведения национальных, региональных и глобальных консультаций стран – членов ВОЗ, призванных выработать план совместных действий, направленных на то, чтобы процесс миграции медперсонала в мире становился взаимовыгодным как для стран импортеров, так и экспортеров. На 63-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, состоявшейся в мае 2010 г., министры и высокопоставленные представители стран-участниц приняли кодекс, который носит добровольный характер. В этом документе странам не рекомендуется нанимать на работу медико-санитарный персонал из развивающихся стран, испытывающих серьезный дефицит работников здравоохранения. Предлагается всемерно способствовать “циркулярной миграции работников здравоохранения” для максимального улучшения навыков и обмена знаниями, а также закрепляются равные права всех работников здравоохранения, как мигрантов,

так и местных специалистов [4]. К сожалению, для соблюдения принятых решений одной лишь доброй воли всех участников процесса не достаточно. Пока сохраняется огромный разрыв между условиями жизни в наиболее богатых и бедных странах намерения, изложенные в кодексе, рискуют иметь лишь декларативный характер.

В настоящее время различные регионы мира можно условно разделить по признаку взаимодействия функционирующих в них образовательных систем на несколько типов. Например, Европа традиционно относится к типу, который является мощным генератором интеграционных процессов. Происходящие внутри этого региона процессы оказывают большое влияние на взаимодействие национальных образовательных систем в различных частях мирового пространства. США и Канаду можно отнести к этому же типу, поскольку их интеграционные усилия активно воспринимаются национальными системами образования других стран. Кроме того, в мире сложился новый генератор интеграционных процессов – Азиатско-Тихоокеанский регион (АТР). Особо можно выделить государства, в которых проводится политика максимально открытая для взаимодействия в образовательной сфере. К ним относятся страны Латинской Америки, которые воспринимают импульсы интеграции и со стороны США – на региональном уровне, и со стороны Западной Европы – на общемировом.

Существуют также группы стран, находящиеся в таких экономических условиях, которые не позволяют им эффективно решать даже существующие внутренние социальные проблемы. В большинстве стран Африки, значительной части Южной и Юго-Восточной Азии, а также малых государствах Атлантического и Тихого океанов существующие образовательные системы находятся в неразвитом состоянии и не готовы воспринимать происходящие в мире интеграционные процессы. В развитых странах также пока не проявляется особого интереса к развитию интегральных связей в области образования с регионами подобного типа. Такая типология вполне условна, но с ее помощью можно наблюдать, как в процессе формирования единого образовательного пространства не только сохраняются традиционные центры, но и появляются новые.

Многие эксперты сходятся во мнении, что в основе экономического чуда стран АТР лежит их социальная политика, которая была направлена на создание финансового приоритета в сфере образования. В короткие сроки во многих странах сформировалась собственная, хорошо развитая

система высшего образования. Например, в Корейской Республике около 1/3 выпускников школ поступают в университеты. Подобная тенденция наблюдается и среди тайваньских школьников, около 30% которых продолжают свое обучение в высшей школе [11]. Однако во многих странах региона спрос на образовательные услуги высшей школы не удовлетворяется, а государственная поддержка уменьшается. Существующая инфраструктура высшего образования не отвечает современным требованиям, что сказывается на качестве предоставляемых образовательных услуг. Не преодолевается качественный разрыв в сфере образования между развивающимися и развитыми странами, а также городами и сельскими районами внутри этих стран. Учитывая, что под влиянием развития новых технологий роль высшего образования не только усилится, но и изменится, потребуются серьезные нововведения в стратегиях обучения, в содержании учебных планов. Необходимость поиска финансовых ресурсов для удовлетворения возрастающего спроса на лучшее по качеству высшее образование во многих странах региона потребует существенной переориентации стратегии национальной образовательной политики. В качестве примера уже предпринятых новаций можно привести создание в АТР крупных открытых университетов, развитие дистанционного образования, расширение использования новых технологий, а также и все более широкое предоставление образовательных услуг частными вузами. Среди абитуриентов этого региона стало престижным получение высшего образования в Южной Корее, где высокий международный рейтинг имеют несколько частных университетов: *Pohang University of Science and Technology*, *Yonsei University*, *Sungkyunkwan University*, *Ewha Womans University*. В регионе наряду с национальными правительствами, ведомствами и университетами в деле развития образовательной сферы активно участвуют многие межправительственные и неправительственные организации. В частности, одним из важных итогов усилий таких организаций, как ЮНЕСКО, Азиатско-тихоокеанского экономического сотрудничества (АТЭС), Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), а также региональных объединений (АСЕАН, АСЕАН+3, трехстороннего механизма КНР, Республики Корея и Японии), является развертывание обширной деятельности в направлении взаимного признания квалификаций. Однако принимаемые региональные конвенции не могут применяться в качестве правового инструмента для обеспечения взаимного признания квалификаций в тех

странах, где академическая квалификация является частью университетской автономии. В таких случаях между отдельными университетскими организациями заключаются договоры на двусторонней основе. Роль посредника, способного создать благоприятные условия для вступления в двусторонние или многосторонние региональные соглашения, отводится национальным правительствам [13].

Нельзя не заметить, что в современном мире усиливается тенденция к сохранению тех особенностей, которые делают каждую национальную образовательную модель неповторимой. Поэтому, рассматривая особенности процессов, происходящих в области образования в регионах различного уровня интеграции, представляется важным обратить внимание на продолжающийся поиск новых, своеобразных моделей. В сложившихся условиях для каждой из отдельно взятой страны особенно важным становится выявление векторов развития и выстраивание своей собственной политики в соответствии с ними. Труднее всего добиваться непреклонного соблюдения баланса национальных интересов и места корпоративных структур в этом процессе. Практически перед всем мировым сообществом встает вопрос, как национальному государству, несмотря на глобализацию, осуществлять переустройство своей социально-экономической деятельности таким образом, чтобы достичь необходимой самостоятельности в управлении системами здравоохранения и образования.

* * *

Вся история человеческого развития показывает: прогресс в социальной сфере не носит линейного характера. Опыт стран с формирующимися рынками, которым в последние годы удалось вырваться в лидеры мирового развития, свидетельствует, что их правительства большое место уделяют формированию человеческого капитала как основного ресурса такого развития. В рамках Программы развития ООН ежегодно с 1990 г. публикуется Индекс развития человеческого потенциала, ИРПЧ (*International Human Development Indicators*), который рассчитывается на основе таких показателей, как ожидаемая продолжительность жизни, уровень образования, реальный душевой валовой внутренний продукт. Благодаря такой информации имеется возможность проследить основные тенденции развития и достижения человечества в социальной сфере. Наибольший прогресс, по ИРПЧ, был достигнут в Восточной и Южной Азии, а также в регионах Тихого океа-

на. Причем авторы доклада зафиксировали очень важное, на наш взгляд, явление: в то время, когда разрыв между богатыми и беднейшими странами по показателю роста доходов увеличился, по уровню ИРЧП бедные страны стали его стремительно преодолевать – на 1/4 с 1970 г., с 1990 по 2010 г. – на 1/5. Среди наиболее развитых стран по уровню человеческого развития в 2010 г. в первую десятку вошли Норвегия, Австрия, Новая Зеландия, Соединенные Штаты, Ирландия, Лихтенштейн, Нидерланды, Канада, Швеция и Германия. В целом ряде стран под воздействием негативных факторов как субъективного, так и объективного характера был зафиксирован резкий откат отно-

сительно уровня 1999 г. Разного рода конфликты, эпидемии СПИДА и других инфекционных заболеваний, а также слабый уровень политического и экономического управления привели к подобным результатам такие страны, как Конго, Замбия, Зимбабве и др. [9, сс. 46-49].

Очевидно, что проводимые в настоящее время правительствами многих государств мероприятия по стабилизации экономики принесут долговременный эффект только в том случае, если они будут особенно пристальное внимание уделять распределению доходов в пользу развития человеческого капитала, прежде всего в своих собственных странах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бондаренко Д. Обама вылечит американцев. *Экономические известия*, 27.07.2009, № 128(1126).
2. Байденко В.И. *Болонский процесс*. Москва, Логос, 2004. 208 с.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002 г. на 52 сессии Европейского регионального комитета ВОЗ, сентябрь 2002 г. По материалам Пресс-релиза ЕРБ ВОЗ/15/02, Копенгаген, 17.09.2002. *Провизор*, 2002, № 18. Available at: http://www.provisor.com.ua/archive/2002/N18/art_14.php (accessed 24.02.2014).
4. *Международный наем медико-санитарного персонала: проект глобального кодекса практики [pdf 272Kb]*. Доклад Секретариата, А63/8, 8 апреля 2010 г. Available at: <http://who.int/hrh/migration/code/practice/ru/index.html> (accessed 22.01.2014).
5. *Мировая статистика здравоохранения 2010*. ВОЗ, 2010. Available at: http://www.who.int/whosis/whostat/RU_WHS10_Full.pdf (accessed 22.02.2014).
6. Обама Б. *Реформа здравоохранения – это победа здравого смысла*. Available at: <http://top.rbc.ru/politics/22/03/2010/382843.shtml> (accessed 22.02.2014).
7. *Охрана здоровья в условиях глобального экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ. Обзор ситуации в Европейском регионе ВОЗ: справочно-аналитический документ*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009, 16 с. Available at: <http://www.whodc.mednet.ru/en/main-publications/globalnyj-ekonomicheskij-krizis-i-zdravooxranenie.html> (accessed 24.02.2014).
8. Парсонс Т. *Система современных сообществ*. Пер. с англ. Седова Л. А. и Ковалева А. Д. Москва, Аспект Пресс, 1998. 270 с.
9. *Реальное богатство народов: пути к развитию человека. Доклад о развитии человека 2010*. Available at: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_RU_Contents_reprint.pdf (accessed 20.01.2014).
10. *Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой. Европейское региональное бюро ВОЗ/Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения*. 2011. 442 с. Available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/.../e94240R.pdf (accessed 04.02.2014).
11. *Современное мировое образовательное пространство*. Available at: <http://www.p-lib.ru/pedagogika/rean/rean23.html> (accessed 20.01.2014).
12. Трагакес Э., Лессоф С. *Системы здравоохранения: время перемен. Россия. Европейское региональное бюро ВОЗ/Европейская обсерватория по системам здравоохранения*. 2003. 208 с. Available at: <http://www.demoscope.ru/weekly/2005/0201/biblio02.php> (accessed 04.02.2014).
13. Хузиятов Т.Д. Образование в мире. Азиатско-Тихоокеанский регион: условия и предпосылки формирования единого образовательного пространства. *Alma Mater (Вестник высшей школы)*, 2006, № 5, сс. 33-36.
14. Sebolla B., Bjornberg A. *Euro Hepatitis Index 2012. Health Consumer Powerhouse. Report*. 06.11.2012. 58 p. Available at: www.healthpowerhouse.com/.../Report-EH... (accessed 04.02.2014).
15. *U21 Ranking of National Higher Education Systems 2012*. Available at: <http://www.universitas21.com/Related-File/.../279> (accessed 24.02.2014).
16. Zaridze D., Brennan P., Boreham J., Boroda A., Karpov R., Lazarev A., Konobeevskaya I., Igitov V., Terechova T., Boffetta P., Peto R. Alcohol and Cause-Specific Mortality in Russia: a Retrospective Case-Control Study of 48 557 Adult Deaths. *The Lancet*, 2009, June 27, vol. 373, issue 9682, pp. 2201-2214.

Criteria for the Evaluation of Social Policy Effectiveness of States

© 2014 SAUTKINA Vera Alekseevna, Ph.D. (History), Senior Researcher, Institute of World Economy and International Relations. Russian Academy of Sciences (IMEMO RAN), Russian Federation, 117997 Moscow, Profsoyuznaya str., 23 (vera-sautkina@yandex.ru).

The following article is devoted to the study of current state of national education and healthcare systems. The cost of services in these areas constantly increases, there for even developed countries are forced to make significant efforts in order to maintain earlier achieved results. Due to this reason countries entered into the period of constant reforms with the purpose of maintaining that high level of health and educational services for all segments of population with a constant reduction of its volume of financing. The legal aspects of these changes are requiring manifestation of the will of politicians in order to overcome the opposition of parties which are defending their interests. As an example, the main opponents of the healthcare reforms proposed by Barak Obama in the USA are republicans who are concerned about a significant increase of a state control over the entire national insurance system. The author comes to the conclusion that only joint actions of the government and every segment of population might actually improve the quality of medical and educational services.

Keywords: reforms of worlds education and healthcare systems, standards of healthcare services, World Health Organization, WHO, common educational space, academic freedom.