

Управление глобальным здравоохранением

Каким образом улучшение координации может способствовать прогрессу в глобальном здравоохранении и повысить эффективность расходования средств

Дэвид И. Блум

БОЛЕЗНИ никогда не признавали границ. Проказа распространилась из Азии в Европу в IV веке до нашей эры, скорее всего, в результате походов армии Александра Македонского. «Черная смерть» появилась в Центральной Азии, а затем пронеслась через Европу и Ближний Восток в 1340-е годы. Болезни, перенесенные через Атлантический океан европейскими захватчиками, погубили огромное число коренных жителей американского континента в XVII и XVIII веках.

В современную эпоху угрозы здоровью людей приобретают все более глобальный характер. В 1918–1919 годы испанский грипп унес, по оценкам, 50–100 млн жизней — больше, чем погибло в Первой мировой войне. А в наши дни из-за растущей экономической интеграции такие болезни, как ВИЧ/СПИД, с большей легкостью пересекают границы и переносятся с одного континента на другой. Кроме того, некоторые утверждают, что если в результате мутации вируса птичьего гриппа он начнет передаваться от человека к человеку, скорость распространения этого вируса может оказаться катастрофической.

Положение усугубляется тем, что плохое здоровье может передаваться посредством других вторичных эффектов глобализации. Например, изменение климата, вызываемое, главным образом, развитием промышленности на Западе и в странах с формирующимся рынком, усугубляет опустынивание и засуху (что приводит к дефициту продовольствия и недоеданию) и, скорее всего, приведет к миграции населения (которая может оказать серьезное влияние на здоровье). А меры национальной или региональной экономической политики, например, сельскохозяйственные субсидии европейским и американским фермерам, уменьшают шансы освободиться от бедности и избавиться от болезней, тесно связанных с нищетой и неравенством, для фермеров из развивающихся стран.

По мере того как система здравоохранения приобретает более глобальный характер, новые действующие лица ме-

няют ее очертания. На частное финансирование, объем которого когда-то был относительно невелик, в настоящее время приходится почти четверть всего объема помощи на цели развития, направляемой на здравоохранение. Например, основным участником в этой сфере стал Фонд Билла и Мелинды Гейтс (см. таблицу 1), расходы которого составляют почти 65 процентов совокупной частной помощи во всем мире, идущей на цели здравоохранения, — сумма, сопоставимая с расходами Всемирной организации здравоохранения

Сотрудник индонезийской фармацевтической компании держит в руке таблетки, применяемые для лечения ВИЧ-инфицированных пациентов.



(ВОЗ), в которую входят фактически все страны. Пожалуй, заслуживает упоминания то обстоятельство, что большая часть финансирования из этого фонда направляется на развитие технологии (например, новых лекарств и вакцин), что, в конечном итоге, откроет новые пути предоставления прямых услуг.

Эти новые участники существенно увеличивают объем имеющихся средств для инвестирования в мировое здравоохранение. Но зависеть от таких учреждений рискованно. Частные благотворительные организации не подотчетны общественности, и их решения могут не соответствовать наиболее насущным (или долгосрочным) нуждам стран-получателей. Если программы этих организаций окажутся неэффективными, ресурсы сократятся, а интерес снизится, страны-получатели, зависящие от таких средств, могут оказаться в тяжелом положении.

Одновременно с активизацией частной благотворительной деятельности возникло (или расширилось) множество учреждений финансирования, доноров на двусторонней основе, международных организаций и коммерческих групп, созданных для устранения угроз глобальному здравоохранению. Как и частные доноры, эти организации также не всегда подотчетны общественности; нередко они лишь косвенно отзываются на потребности, считающиеся общегосударственными. Вклад доноров на двусторонней основе в здравоохранение превысил в 2005 году 8 млрд долларов, причем на шесть стран — Соединенные Штаты, Японию, Соединенное Королевство, Германию, Францию и Канаду — приходится приблизительно 80 процентов средств (см. таблицу 2). Большинство промышленно развитых стран все еще значительно отстает от поставленной ООН цели, предусматривающей ассигнование 0,7 процента валового национального дохода на официальную помощь в целях развития; доля, направляемая на здравоохранение, резко колеблется.

Адекватна ли действующая система управления здравоохранения для осуществления надзора за меняющимся набором участников и обеспечения справедливого, единственного и экономически эффективного решения правильно поставленных вопросов здравоохранения? По всей видимости, нет. На первый план вышли новые болезни, и многие страны (включая некоторые относительно бедные страны), по крайней мере частично совершившие эпидемиологический переход от инфекционных заболеваний к хроническим, несут двойное бремя: все еще высоки коэффициенты заболеваемости и смертности от традиционных болезней, связанных с бедностью, но при этом они также сталкиваются с такими проблемами, как ожирение, диабет, рак легких и сердечные заболевания.

Таблица 1

Частная благотворительность

Намного опережая другие организации, Фонд занимает первое место среди 10 ведущих фондов США, предоставляющих международные гранты на цели здравоохранения.

(2005 год, в млн долларов)

Фонд Билла и Мелинды Гейтс	895
Фонд Форда	24
Фонд Рокфеллера	22
Фонд Дэйвида и Люсьиль Пакард	18
Фонд Уильяма и Флоры Хьюлетт	13
Фонд Джона Д. и Катрин Т. Макартур	10
Фонд компании «Мерк»	10
Фонд-корпорация «Бристол-Майерс Сквибб»	10
Фонд «Эксон-Мобил»	9
Фонд Старра	8

Источник: Центр фондов.

Примечание. Международные гранты включают трансграничные гранты и гранты по международным программам, базирующимся в США.

Можно ли что-либо предпринять для исправления и укрепления действующих механизмов управления, с тем чтобы они в большей степени соответствовали стоящим задачам? В настоящей статье рассматриваются успехи и неудачи действующей системы управления здравоохранением в глобальном масштабе и предлагается отправная точка для будущей работы.

Достижения мирового здравоохранения

За последние несколько десятилетий в системе управления мировым здравоохранением отмечается ряд успехов. Следует отметить, что под управлением мы подразумеваем то, каким образом правительства, частный сектор и гражданское общество принимают решения о пропаганде и охране здоровья и претворяют их в жизнь. Как таковое, управление включает не только роль государственных и частных организаций, но и официальные и неофициальные правила и традиции, на основании которых эти организации взаимодействуют друг с другом и относятся к людям, здоровье которых они стремятся охранять. В управление также входит содействие обмену информацией — о тех мерах и стратегиях, которые оказались успешными, и о тех, которые не работают.

Самые выдающиеся успехи достигнуты в борьбе с конкретными заболеваниями, но при этом очень важными были и другие программы.

Борьба с конкретными заболеваниями. Всемирные кампании по иммунизации ликвидировали оспу, сдержали распространение тяжелого острого респираторного синдрома (атипичной пневмонии) и почти полностью искоренили полиомиелит. В чем залог их успеха? Кампания по борьбе с атипичной пневмонией является наглядной иллюстрацией.

Таблица 2

Средства, предоставляемые странами

На несколько стран приходится большая часть официальной международной помощи на цели здравоохранения, причем некоторые доноры выделяют больше средств на здравоохранение, чем другие.

	ОПР на двусторонней основе ¹	ОПР в процентах ВНД	ОПР на цели здравоохранения ^{1,2}	Процент ОПР на цели общественного здравоохранения ²
Соед. Штаты	26 081	0,22	3636	13,9
Япония	15 116	0,28	1156	7,6
Соед. Королевство	7187	0,47	729	10,1
Германия	9122	0,36	593	6,5
Франция	10 012	0,47	394	3,9
Канада	1915	0,34	380	19,8
Нидерланды	3872	0,82	318	8,2
Швеция	1947	0,94	266	13,7
Норвегия	2048	0,94	243	11,8
Бельгия	1379	0,53	142	10,3
Дания	785	0,81	131	16,6
Испания	968	0,27	127	13,1
Ирландия	483	0,42	122	25,3
Швейцария	1477	0,44	84	5,7
Люксембург	222	0,86	54	24,2
Греция	207	0,17	33	15,8
Австрия	1246	0,52	24	1,9
Новая Зеландия	217	0,27	18	8,4
Австралия	1440	0,25	14	1,0
Португалия	251	0,21	13	5,1
Всего	85 976	0,33	8475	9,9

Источник: <http://stats.oecd.org/wbos/default.aspx>.

Примечания. ОПР — официальная помощь на цели развития; ВНД — валовой национальный доход. Италия и Финляндия не включены из-за отсутствия данных об ОПР на цели здравоохранения.

¹ В млн долларов в ценах 2005 года.

² Общественное здравоохранение охватывает охрану здоровья, демографическую политику/программы и охрану репродуктивного здоровья и водоснабжение и канализацию, согласно определению, приводимому по адресу www.oecd.org/dataoecd/44/45/35645083.pdf. Данная графа включает основную помощь на цели борьбы с ВИЧ (код 13040), но не включает социальную адаптацию к ВИЧ/СПИДа (раздел 16064).

Несмотря на то что эта болезнь вначале застигла мир врасплох, согласованные действия, предпринятые после распространения вируса за пределы Восточной Азии, быстро поставили его под контроль. ВОЗ, стоящая в центре системы управления глобальным здравоохранением, тесно сотрудничала с национальными органами здравоохранения и сыграла решающую роль в этом успехе. Ввиду глобального характера этой угрозы организации отставили свои конкурирующие интересы и скоординировали усилия, быстро создав всемирные эпидемиологические, клинические и лабораторные сети.

Контроль за употреблением табака. ВОЗ создала и возглавила Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака, принятую в 2003 году. При участии 300 организаций всего мира эта рамочная конвенция положила начало деятельности по сокращению числа смертей, которые, как считается, ежегодно вызываются употреблением табака и составляют примерно 5 млн человек, и сотрудничала с правительствами в целях углубления их понимания соответствующих научных исследований. Кроме того, ВОЗ помогала лучше информировать общественность об опасностях, связанных с табаком, а также, в сфере политики, проложила путь для противостояния стран усилиям табачных компаний.

Отслеживание заболеваний. Глобальная система оповещения и ответных действий ВОЗ регулярно отслеживает вспышки заболеваний во всем мире. Она расследует свыше 200 вспышек каждый год, из которых 5–15 требуют «серьезных международных ответных мер».

Разработка вакцин и обеспечение доступности лекарств. Партнерства между государственным и частным сектором, такие как Всемирный альянс по вакцинам и иммунизации (ГАВИ), мобилизуют ресурсы и объединяют усилия фармацевтических компаний, правительств и доноров, с тем чтобы продвигать разработку и распространение многообещающих новых вакцин. Антиретровирусные медикаменты, разрабатываемые западными фармацевтическими компаниями и распространяемые во всем мире (в том числе, в больших масштабах, компаниями в Индии), сдерживают рост числа смертей от СПИДа. А давление со стороны гражданского общества и информационные кампании помогают снизить цены на лекарства от таких болезней, как ВИЧ/СПИД, представляющих угрозу для всего мира.

Проблемы в мировом здравоохранении

Нет сомнений в том, что одним из импульсов к увеличению финансирования здравоохранения стали Цели в области развития Декларации тысячелетия (ЦРТ) ООН, принятые в 2000 году. Не будучи обязательствами, имеющими силу закона, они, тем не менее, направляют интеллектуальные и финансовые ресурсы на решение ряда проблем, от которых страдают бедные страны. По существу, из этих восьми целей три непосредственно относятся к здравоохранению, а другие косвенно влияют на здравоохранение как средство повышения уровня жизни.

Вместе с тем недавний доклад Глобальной кампании за достижение ЦРТ в области здравоохранения предупреждает о том, что ни одна из этих целей, по всей вероятности, не будет достигнута в установленный срок — к 2015 году. В докладе говорится о том, что при нынешних темпах ЦРТ-4 (снижение детской смертности на две трети) не будет достигнута до 2045 года; ЦРТ-5 (снижение материнской смертности на три четверти) не будет достигнута, а коэффициенты материнской смертности в некоторых регионах ухудшатся; в отношении же ЦРТ-6, несмотря на то, что малярия и туберкулез вполне могут быть взяты под контроль к 2015 году, коренного перелома в распространении ВИЧ/СПИДа не произойдет, поскольку инфицирование ВИЧ все еще быстро растет, перегоняя увеличивающееся число людей, проходящих лечение от СПИДа. Однако Глобальная кампания пришла к этим неутешительным выводам относительно ВИЧ/СПИДа до опубликования ЮНЭЙДС/ВОЗ «Доклада о состоянии эпидемии СПИДа», ко-

торый вышел в ноябре 2007 года и в котором говорится, что число вновь инфицированных наконец-то, и до некоторой степени благодаря профилактическим мерам, начало снижаться, хотя и остается высоким (по оценкам, 2,5 млн в 2007 году).

В условиях сложного и не всегда скоординированного взаимодействия различных доноров и организаций, занимающихся управлением, многие важные проблемы здравоохранения остаются нерешенными, и никто не борется за их решение. Кроме того, концентрация усилий на борьбе с конкретными болезнями может отвлечь от более широкой картины: структурные условия, такие как бедность и гендерное неравенство, также подрывают здоровье. К сожалению, возросший объем ресурсов не улучшил охрану здоровья в мире в целом. Например, программы исследований и наблюдений, а также финансовая и техническая помощь для решения проблемы ВИЧ/СПИДа, несмотря на определенные успехи в некоторых регионах, не привели к эффективной и масштабной программе профилактики или универсальному лечению; в 2007 году от этой болезни погибло 2,1 млн человек.

В настоящее время пробелы в системе здравоохранения относятся к трем категориям.

1 Базовое неравенство. Доступ к услугам здравоохранения, чистой воде и санитарные условия. Приблизительно 1 млрд человек не имеет доступа к услугам здравоохранения, а доступ еще миллиардов людей неполноценен. Имеющих такой доступ порой побуждают к покупке бесполезных или даже вредных услуг здравоохранения — в некоторых случаях, фальсифицированных лекарств. Чистая вода и санитария недоступны для значительной части населения мира, в результате чего каждый год миллионы людей гибнут от болезней, передающихся через воду.

Значительные различия в состоянии здоровья населения. Сохраняются крайне серьезные различия в показателях здравоохранения между развитыми и развивающимися странами и в самих этих странах, особенно в крупных странах со средним уровнем доходов и огромным населением, таких как Индия и Китай. Организации, отвечающие за управление глобальным здравоохранением, не в состоянии мобилизовать и эффективно направлять ресурсы в достаточном объеме для устранения этих пробелов. Они также не могут положить конец «утечке мозгов»: переезду квалифицированных врачей, медицинских сестер и других медицинских работников из стран с самой насущной потребностью в этих специалистах в развитые страны, где они могут зарабатывать больше денег.

Недостаточное питание. Несмотря на изобилие пищи для большинства населения развитых стран, недостаточное питание (с точки зрения потребления калорий и конкретных питательных веществ) все еще широко распространено во многих бедных странах.

2 Сбор и распространение информации. Всемирный эпиднадзор. Глобальный надзор пока еще не вполне приспособлен для выявления угроз и принятия соответствующих ответных мер, как показал недавний отказ Индонезии поделиться образцами штамма H5N1 вируса птичьего гриппа с ВОЗ — позиция, призванная обеспечить доступность дорогостоящей и, вероятно, дефицитной вакцины, разработанной на базе этих образцов, для индонезийцев.

Распространение во всем мире информации о здравоохранении. Некоторые страны, такие как Коста-Рика, Куба и Шри-Ланка, а также индийский штат Керала, особенно эффективно используют ограниченные ресурсы для совершенствования здравоохранения. И хотя эти первопроходцы, вероятно, могли бы поделиться полезными уроками, механизмы глобального обмена знаниями пока еще не разработаны.

3 Основные вопросы управления. Координация всемирных организаций. Правительства, стремящиеся решить проблемы здравоохранения в своих странах, сталкиваются с невероятно сложной системой всемирных организаций, к которым можно обратиться за помощью. Министерства здравоохранения

Адресность официальной помощи

Беднейшие страны получили свыше 30 процентов помощи на цели здравоохранения, предоставленной на двусторонней основе.

(Все получатели ОПР, доля групп по уровню доходов, в процентах)



Источники: Всемирный банк, «Показатели мирового развития, 2007 год», ОЭСР.

Примечание. Данные приведены за 2005 год и включают экстраполяции автора в тех случаях, когда имелись данные только за предыдущие годы. «Совокупная ОПР на здравоохранение» не включает ОПР на здравоохранение, не отнесенную к конкретной группе по уровню доходов.

нередко жалуются на то, как много времени занимает подготовка письменных предложений и отчетов для доноров, интересы, деятельность которых иногда частично совпадают, но зачастую отличаются друг от друга. Механизмы финансирования, такие как Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ), представляют собой одну из попыток объединить ресурсы и упростить процесс, но на уровне систем здравоохранения (в отличие от борьбы с конкретными заболеваниями) подобные инициативы не предпринимаются.

Стандарты для измерения эффективности учреждений мирового здравоохранения. Несмотря на подотчетность ВОЗ и других ведомств ООН государствам-членам этих организаций, им нередко недостает детальных и реалистичных целевых показателей, отражающих результаты мероприятий по охране здоровья или принимаемых ими промежуточных мер по развитию здравоохранения; в любом случае организации, страдающей от недостатка средств, трудно проводить такие глобальные оценки. Точно так же донорам на двусторонней основе и организациям гражданского общества, работающим над совершенствованием глобального здравоохранения, редко приходится отчитываться о своих успехах или неудачах.

Общемировые законы об интеллектуальной собственности. В разных странах действуют разные законы о защите патентов, что приводит к спорам между развитыми и развивающимися странами и между гражданским обществом и фармацевтической промышленностью относительно, к примеру, установления цен на антиретровирусные препараты. Страны пока еще не нашли баланса, который создал бы частному сектору стимулы инвестировать средства в разработку лекарственных препаратов и при этом способствовал удешевлению достаточно внимания насущным потребностям малоимущих в здравоохранении. Без международного сотрудничества едва ли удастся согласовать или эффективно применять законы и нормативы, содействующие достижению такого баланса.

Выбор целевых установок . . .

Традиционно ведущую роль в охране здоровья населения играли правительства стран, при крайне незначительном международном сотрудничестве. Однако по мере того как пересечение государственных границ становилось все более распространенным явлением, контроль со стороны правительств стран ослабевал, а глобальный эффект действий отдельных стран усиливался. Вероятность того, что угрозы здоровью будут распространяться на множество стран и регионов, растет, поэтому мер, принимаемых одной или даже двумя сторонами, уже недостаточно. Во многих случаях только объединенные региональные или мировые ресурсы могут обеспечить

адекватную охрану здоровья населения, которое во многих отношениях является всемирным общественным товаром.

Здесь важно отметить, что одним из недостатков общественного товара является возможная неэффективность рынка в его предоставлении. В сфере здравоохранения это иногда означает, что при производстве какой-либо экономической единицей новой технологии или знаний, выгоды от которых будут получать и другие, она вряд ли будет инвестировать в этот продукт столько же средств, сколько она вложила бы в том случае, если бы вся выгода от него поступала только ей. Одним из примеров является недостаток финансирования исследований, предоставляемого правительствами западных стран для работы над такими болезнями, как малярия, от которых погибает множество людей в развивающихся странах, но не в странах Запада (хотя долгосрочное воздействие этих болезней на безопасность и благосостояние всего мира не известно). Другим примером является нежелание Китая на раннем этапе распространять информацию об атипичной пневмонии. Быстрые действия помогли бы здравоохранению в других странах, но потенциально нанесли бы ущерб репутации Китая и его экономике, поэтому эти действия предпринимались неспешно.

Какие вопросы, относящиеся к здравоохранению, должны быть первыми в списке областей международного сотрудничества? Во-первых, *все страны должны располагать достаточными ресурсами для достижения ЦРТ, связанных со здравоохранением.* Доноры, предоставляющие средства на двусторонней основе, стоят в центре международных усилий по обеспечению надлежащего финансирования профилактики болезней, лечения и ухода за больными в бедных странах, но такие отношения неизбежно ведут к неравномерному распределению внимания между странами. Это важно, поскольку пренебрежение отдельными странами может привести к широкомасштабным и долгосрочным отрицательным последствиям для всего мира. Существуют также убедительные моральные аргументы в пользу международной помощи для содействия улучшению здравоохранения в развивающихся странах. В глобализованном мире никто не может делать вид, что не знает об ужасающих условиях, в которых живет значительная часть человечества.

Положительно то, что доноры на двусторонней основе успешно направляют свою помощь на цели здравоохранения в самые бедные страны (см. рисунок). Но хотя многие эксперты в области здравоохранению рассчитывают на дальнейший рост объема внешней помощи на цели здравоохранения, в недавнем исследовании (Hecht и Shah, 2007) указывается, что это далеко не гарантировано. Возможно не только прекращение роста помощи в целях развития, наблюдаемого в последнее время, но и то, что доноры, предоставляющие средства на здравоохранение, могут не захотеть нести эти расходы в дальнейшем, если не будет очевидных результатов.

Возможно, что для обеспечения надлежащего объема средств на цели здравоохранения наиболее важное значение имеет улучшение использования имеющихся ресурсов, неэффективного в настоящее время. Во многих странах базовое управление и подотчетность (не говоря уже о распределении ресурсов с точки зрения наиболее эффективного с точки зрения затрат применения), по существу, отсутствует.

Во-вторых, необходимо вести мониторинг и производить оценку вопросов здравоохранения на уровне стран. Такая работа должна включать эпиднадзор за новыми и известными болезнями и содействие исследованию глобальных угроз.

В-третьих, необходимо разработать инструменты, обеспечивающие соблюдение многочисленных правил и стандартов, которые лучше всего разрабатывать и применять в мировом масштабе. Мировые стандарты (например, в отношении безопасности пищевых продуктов; фармацевтической, медицинской и другой продукции обрабатывающей промышленности; уровней безопасности воздуха и воды; и, с учетом местной экономической конъюнктуры, условий труда) могут способствовать предотвращению кризисов здравоохранения.

нения, в том числе международных. Правила, действующие в областях, непосредственно не связанных с здравоохранением, — такие как лимиты на выброс углерода с целью замедления глобального потепления, — также могут оказаться жизненно важными.

... и как выйти на финишную прямую

Какие шаги можно предпринять для продвижения к этим важнейшим целям? Есть множество путей укрепления механизмов управления глобальным здравоохранением, и здесь приводится описание некоторых из них.

Четкое определение ролей. В силу своей подотчетности государствам-членам, в большинстве из которых правительства избраны демократическим путем, ВОЗ является легитимной организацией, пользующейся широкой поддержкой со стороны общественности. Поэтому она вполне в состоянии взять на себя ведущую роль в управлении глобальным здравоохранением, хотя многие считают, что показатели ее деятельности следуют улучшить. Международному сообществу следует координировать работу над достижением соглашения о том, следует ли расширить мандат ВОЗ и как именно это сделать, следует ли укрепить ее полномочия на введение международных нормативов здравоохранения и следует ли увеличить объем ее финансирования. Всемирной ассамблее здравоохранения (директивному органу ВОЗ), возможно, следует рассмотреть новые механизмы, позволяющие другим организациям участвовать в решении вопросов глобального здравоохранения. Кроме того, необходимо провести реформу управления и региональных структур ВОЗ, чтобы предоставить ей необходимые полномочия.

Расширение обмена опытом. Поскольку страны продолжают придерживаться традиционных мер политики в отношении здравоохранения и при этом изучают новые, систематическое распространение информации о достоинствах и недостатках, успехах и неудачах различных подходов имеет решающее значение.

Усиление координации. Широкий круг доноров работает на довольно узких участках по конкретным болезням, но при этом они не всегда имеют одинаковые цели и в еще меньшей степени пользуются одинаковыми методами. Разработка глобальных показателей, которые отражали бы результаты мероприятий по охране здоровья, связанных с донорскими программами, и обеспечивали бы подотчетность доноров за их достижение, помогло бы сосредоточить ресурсы на наиболее эффективных интервенциях. Также полезно Международное партнерство в области здравоохранения, созданное в 2007 году, которое «ставит целью улучшить координацию поддержки планов национального здравоохранения и объединяет усилия международных организаций здравоохранения и основных стран-доноров, а также развивающихся стран». Предстоит наладить сотрудничество в связи с недавно созданной структурой Руководителей организаций здравоохранения («Здравоохранение-8» — ВОЗ, Всемирный банк, ЮНИСЕФ, Фонд ООН в области народонаселения, ЮНЭЙДС, ГАВИ, ГФСМ и Фонд Гейтс).

Устранение неравенства в сфере здравоохранения. Доноры и правительства стран-получателей должны укрепить сотрудничество в определении и реализации программ охраны здоровья в развивающихся странах. Большой объем международной работы направлен на борьбу с конкретными болезнями, но необходимо также заниматься устранением причин, лежащих в основе проблем здравоохранения. Слабость системы здравоохранения является одним из важных факторов, обуславливающих хронический дефицит здравоохранения в бедных странах. Повышенного внимания требуют также более общие структурные вопросы, влияющие на здравоохранение, в том числе бедность, права человека, гендерные дисбалансы и неспособность малоимущих улучшить свой доступ к качественному здравоохранению. Столь же очевидно

и огромное значение более непосредственных детерминант здравоохранения, таких как водоснабжение и канализация, загрязнение окружающей среды, безопасность труда, безопасность дорожного движения и насилие.

Согласование с другими сферами. Механизмы управления глобальным здравоохранением должны поддерживать другие международные соглашения и опираться на них, включая соглашения по вопросам трудовых отношений, торговли и окружающей среды. Одним из критериев оценки таких соглашений является ответ на вопрос о том, однозначно ли они помогают малоимущим получить доступ к здравоохранению.

Вовлечение других участников, занимающихся вопросами здравоохранения. Частный сектор и гражданское общество могут помочь координировать усилия на национальном и глобальном уровне. Такие инициативы, как ГАВИ, Глобальная бизнес-коалиция против ВИЧ/СПИДа и Инициатива Всемирного экономического форума в области глобального здравоохранения в настоящее время обращаются к деловым кругам за поддержкой в развитии глобального здравоохранения. Находящиеся в частных руках некоммерческие предприятия, такие как «Aurolab» в Индии, помогают сделать медицинские технологии доступными для малоимущих. Тем не менее, потенциал для сотрудничества между различными секторами далеко не исчерпан. ВОЗ или другие международные организации могли бы взять на себя мониторинг, оценку и составление рейтинга корпораций по степени их «ответственного отношения к здравоохранению», в значительной степени аналогичный рейтингу компаний по степени их «экологичности».

Оценка качества государственного управления в стране. Совершенствование управления на национальном уровне (например, сокращение коррупции, повышение компетенции должностных лиц, принятие и/или укрепление демократических методов и обеспечение центральной роли беднейших и наименее влиятельных сегментов общества в принятии решений) помогло бы странам изыскать бюджетные ресурсы на цели здравоохранения. Несмотря на важность таких реформ, они, вероятно, все же не предоставляют сектору здравоохранения ресурсы в достаточном объеме. Во многих случаях потребуется более целенаправленная стратегия: детальный пересмотр расходов страны с четкой целью увеличения доли средств, направляемых на здравоохранение.

* * * *

По мере продвижения вперед нам следует рассматривать вопросы управления не только в связи с обсуждавшимися здесь учреждениями, отношениями между ними и правилами и стандартами, которых они придерживаются. Следует также подумать о необходимости участия гражданского общества в обсуждении целей, которые мы хотим поставить перед надлежащим управлением, а также о том, в чем заключаются взаимные обязанности граждан мира, степень глобализации которого постоянно растет, и чего они могут ожидать друг от друга. В таком контексте обмен информацией не сводится к обмену техническими данными, но является и обменом ценностями, ожиданиями и подотчетностью.

Ни одна из вышеупомянутых реформ не возможна без заинтересованности и участия как богатых, так и бедных стран. Борьба с болезнями в бедных странах была бы надлежащим делом, даже если бы плохое здоровье жителей этих стран не оказывало более широкое воздействие на экономику, социальную стабильность и международную безопасность. Но в глобализованном мире потенциальные последствия для всех стран, как богатых, так и бедных, делают прочную систему управления глобальным здравоохранением настоятельно необходимой. ■

Дэйвид И. Блум — профессор экономики и демографии по фонду Кларенса Джеймса Гэмбла на факультете общественного здравоохранения Гарвардского университета.