ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ КОНТРОЛЯ НАД МИРОВЫМ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Деви Шридхар и Челси Клинтон

Арену, которую Всемирная организация здравоохранения некогда считала своей, заполняют новые действующие лица с новыми приоритетами

РАЗРАЗИВШАЯСЯ недавно в странах Западной Африки вспышка острого инфекционного и зачастую смертельного заболевания, вызываемого вирусом Эбола, показала необходимость в глобальном сотрудничестве в области здравоохранения. Наблюдаемый сегодня кризис, вызванный лихорадкой Эбола (равно как и вспышка ближневосточного респираторного синдрома (БВРС) и возвращение в страны Ближнего Востока и Африки полиомиелита), представляет собой лишь самый последний пример неспособности государств в одиночку бороться с распространением инфекционных заболеваний: для защиты здоровья граждан крайне важно наличие мировых норм, согласованных правительствами между собой.

Вспышка лихорадки Эбола относится именно к той разновидности кризиса, для борьбы с которым в 1948 году правительства стран мира основали Всемирную организацию здравоохранения и отвели ей центральную роль в глобальном управлении здравоохранением.

Борьба против лихорадки Эбола, которую в августе 2014 года ВОЗ объявила международной чрезвычайной ситуацией, требует составления тщательной отчетности о распространении заболевания для его отслеживания властями; скоординированных усилий международного сообщества для сдерживания его распространения, а также ресурсов для лечения инфицированных больных. Все эти вопросы касаются глобального управления здравоохранением, то есть норм и сопутствующих им официальных и неофициальных институтов, правил и процедур, на базе которых формируется или непосредственно определяется политика в области мирового здравоохранения.

Просветительская кампания ВОЗ об опасности Эболы в деревне Колобенгу (Гвинея).

Важнейшие функции управления здравоохранением, которые, как правило, входят в компетенцию ВОЗ и ее руководства, включают привлечение важнейших заинтересованных сторон, определение общих ценностей, внедрение стандартов и нормативно-правовой базы, установление приоритетов, мобилизацию и координирование ресурсов, а также содействие исследовательской деятельности.

Глобальное управление требует от правительств отказа от каких-то аспектов суверенитета за счет передачи определенных прерогатив и полномочий международной организации, такой как ВОЗ. Характерным примером подобного делегирования полномочий выступают такие нормы, как Международные медико-санитарные правила.

Но в последние годы международную арену здравоохранения начали заполнять новые организации. По отдельным проблемам, таким как, скажем, ВИЧ/СПИД или материнская смертность, в систему глобального здравоохранения стали привлекать все больше средств. Но эти дополнительные средства зачастую поступают при посредничестве новых организаций. Некоторые из них работают внутри ВОЗ, другие действуют за ее пределами, а третьи работают в обеих сферах. В отличие от широкого комплексного мандата ВОЗ, работа большинства подобных новых организаций имеет вертикальную направленность, то есть они сосредоточены на узких целях, таких как борьба с определенным заболеванием или недугом.

Для защиты здоровья людей по всему миру необходимы долгосрочные инвестиции в ВОЗ и широкий мандат этой организации. Однако доноры, преследующие узкие краткосрочные цели, во все большей мере определяют работу ВОЗ, а новые партнерства, нацеленные на борьбу с определенными заболеваниями и решение конкретных вопросов, приобретают все боль-

шее значение. Вместе с тем продолжает расти понимание того, что для консолидации усилий, нацеленных на борьбу с конкретным заболеванием, необходимо укрепление систем здравоохранения, то есть людей, организаций и ресурсов, находящихся в центре предоставления медицинских услуг. Кроме того, последние действия стран Латинской Америки, Азии и Африки по усилению своей роли в работе всемирных организаций продолжают оказывать влияние на глобальное управление здравоохранением.

Их становится все больше

Помимо всего прочего, первоначальной целью Всемирной организации здравоохранения было обеспечение сотрудничества правительств в сфере здравоохранения в долгосрочной перспективе. Поэтому ВОЗ получила больше полномочий и ресурсов, чем ее предшественница под эгидой Лиги Наций. Практически все страны мира являются членами Всемирной ассамблеи здравоохранения, руководящего органа ВОЗ, действующего по принципу «одна страна — один голос».

Однако ВОЗ больше не является единственной глобальной организацией здравоохранения, и сегодня в целом ряде областей ей приходится конкурировать с такими новыми участниками, как Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд); Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации (ГАВИ); а также Фонд Билла и Мелинды Гейтс, крупнейший в мире частный фонд, главной целью которого является поддержание глобальной системы здравоохранения.

За последние полвека в деле обеспечения глобального здравоохранения все более весомая роль отводится также Всемирному банку с его внушительными ресурсами, доступом к высшим руководителям в министерствах финансов и штатом технических экспертов. Банк уже выделил странам кредиты на миллиарды долларов, чтобы помочь им повысить качество медицинского обслуживания.

В результате меняющихся условий ВОЗ сталкивается как с финансовыми, так и с управленческими трудностями. Хотя общий объем ресурсов не сократился, за последние годы он особенно и не увеличивался. В 2012–2013 годах бюджет организации составлял 3,95 млрд долл. США, а в 2014–2015 годах — 3,97 млрд долл. США (WHO, 2013). Однако реальная проблема заключается в наличии ограничений на распределение большинства этих средств. Примерно 80 процентов бюджета ВОЗ составляют «добровольные» поступления от доноров, предназначенные для решения конкретных задач, и их нельзя расходовать на общие цели. Нехватка средств без ограничения условий использования стала одной из причин замедленной реакции ВОЗ на недавнюю вспышку лихорадки Эбола (см. вставку). Подвергавшаяся критике медлительность действий на начальном этапе эпидемии дала толчок призывам к созданию нового всемирного фонда для борьбы со вспышками инфекционных заболеваний.

Добровольные взносы, перечисляемые правительствами таких стран-доноров, как США и Япония, а также из частных источников, могут выделяться для борьбы с определенными заболеваниями или для финансирования ряда инициатив, таких как, например, партнерство «Остановить туберкулез», а также в адрес отдельных регионов, например Северной и Южной Америки. За последние 12 лет добровольные пожертвования увеличились на 183 процента, тогда как начисленные основные взносы стран-членов возросли лишь на 13 процентов (Clift, 2014). В течение 2012–2013 годов в свободном распоряжении ВОЗ находилось лишь 7,6 процента добровольных пожертвований. Кроме того, административные расходы на организацию работы с более чем 200 донорами-добровольцами достигли 250 млн долл. США, что составляет более 5 процентов от бюджета организации. Тем не менее, без добровольных пожертвований совокупный бюджет ВОЗ наверняка был бы намного меньше.

В суммарном отношении основным источником пополнения фондов ВОЗ (начисленных и добровольных взносов) остаются правительства, но влияние неправительственных организаций (НПО) становится все больше и больше. Например, в 2013 году Фонд Гейтса выделил 300 млн долл. США, став, тем самым, крупнейшим источником пополнения фондов ВОЗ. В ряде случаев НПО помогают выполнять программы ВОЗ: в частности, партнерство «Остановить туберкулез», которое нацелено на искоренение этого заболевания. НПО стараются завоевать полномочия и право голоса в глобальном управлении здравоохранением за счет членства в органах управления международными организациями и получения в них права голоса, но они обладают лишь статусом наблюдателя в составе ВОЗ, где политику определяют правительства. Перед ВОЗ стоит задача налаживания плодотворных связей с этим широким кругом участников при одновременном сохранении статуса беспристрастной межправительственной структуры, способной в равной степени служить интересам ее членов.

В связи с этим ВОЗ столкнулась с проявлением некоторого недовольства по этому вопросу. Например, в 2007 году, несмотря на всеобщее беспокойство в связи со вспышкой птичьего гриппа, министр здравоохранения Индонезии отказался передавать ВОЗ образцы вируса H5N1 для анализа и изготовления вакцины (Gostin, 2014). Министр заявил, что вакцины и лекарственные препараты, полученные на основе образцов вируса, вряд ли попадут в развивающиеся страны и сослался на принцип «вирусного суверенитета», чтобы не делиться образцами до создания более справедливой системы организации доступа к вакцинам во время пандемии. В 2011 году, после напряженных переговоров, страны-члены согласовали Рамочную программу по обеспечению готовности к пандемии гриппа для обмена образцами вирусов гриппа, организации доступа к вакцинам и предоставления прочих благ. Целью этого соглашения стало приведение в соответствие усовершенствованного и отработанного процесса обмена образцами вирусов гриппа с усилиями, направленными на расширение доступа развивающихся стран к вакцинам и прочим средствам борьбы с пандемией.

Как показывает ситуация с Индонезией, международные организации должны в равной степени учитывать поддержку со стороны влиятельных участников (которые обладают особым весом) и необходимость убедить всех членов организации, включая наименее влиятельных, что их принадлежность к организации и участие в ее работе наилучшим образом служит защите их интересов. Чтобы информировать об опасностях распространения инфекционных заболеваний и использовать собираемые международными организациями медицинские данные на всеобщее

Борьба с Эболой

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) подверглась критике из-за запоздалых и слабых мер на начальном этапе по сдерживанию вспышки Эболы в Западной Африке. ВОЗ объясняет это отсутствием штатных специалистов и специализированных знаний. Из-за того что львиной долей бюджета распоряжаются доноры, которые выделяют средства на решение своих краткосрочных задач, ВОЗ за последнее десятилетие в значительной степени утратила свою ключевую способность реагировать на чрезвычайные ситуации, эпидемии и пандемии. Бюджет ВОЗ на борьбу со вспышками заболеваний и урегулирование кризисных ситуаций был сокращен в два раза, с 469 млн долл. США в 2012–2013 годах до 241 млн долл. США в 2014–2015 годах (WHO, 2013); при этом департамент по борьбе с эпидемиями и пандемиями был упразднен, а его функции распределены между другими департаментами (*New York Times*, 2014). В сентябре 2014 года доноры, среди которых был Фонд Билла и Мелинды Гейтс, приняли обязательство выделить средства ВОЗ, но этой организации, играющей ведущую роль в глобальном управлении здравоохранением, необходимо постоянное устойчивое финансирование.

благо, страны должны доверять таким организациям без принижения и очернения тех государств, которые стали источником подобной опасности. В соответствии с пересмотренными в 2005 году Международными медико-санитарными правилами, порядка 200 подписавшихся стран должны представлять в ВОЗ данные о таких событиях в области общественного здравоохранения, которые имеют международное значение (например, вспышка лихорадки Эбола), и устанавливать процедуры, которым должны следовать ВОЗ и ее государства-члены для поддержания безопасности в области глобального здравоохранения. Эти правила направлены на достижение сбалансированности между суверенными правами и общим обязательством предотвратить распространение заболевания по всему миру.

С другой стороны, появление на арене, которую ранее занимала лишь ВОЗ, новых действующих лиц дает больше возможностей тем странам, которые ищут наилучших путей достижения нужных показателей в области здравоохранения. Например, для финансирования борьбы с туберкулезом страны могут обратиться в Глобальный фонд или Фонд Гейтса в обход ВОЗ, что заставляет этого давнего ведущего игрока пересматривать свою роль и, возможно, действовать более стратегически. От ВОЗ никогда не требовалось выполнения всех функций в области глобального здравоохранения; частично это объясняется тем, что на момент ее создания уже существовали региональные здравоохранительные структуры (например, Панамериканская организация здравоохранения). Ее главное преимущество заключается в предоставлении площадки, на которой могут собираться всевозможные участники, но только государства-члены обладают правом определять на основе переговоров нормы глобального здравоохранения и ту поддержку, которую ВОЗ может оказать странам для распространения и реализации этих норм.

Партнерство

Относительно новой формой сотрудничества в сфере глобального здравоохранения продолжают оставаться государственно-частные партнерства, такие как Глобальный фонд и Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации (ГАВИ). Структуры управления этих вертикальных организаций существенным образом отличаются от структур управления ВОЗ и Всемирного банка (Sridhar, 2012).

Вертикальные фонды работают на достижение *узко определенных целей*, в отличие от широких мандатов ВОЗ («достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья») и Всемирного банка («сокращение бедности и повышение уровня качества жизни населения»). Мандат Глобального фонда ограничивается привлечением и распределением средств для предотвращения и лечения ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии, а деятельность ГАВИ направлена на спасение жизней детей и принятие более широких мер по охране здоровья за счет повышения доступа к вакцинации детей в бедных странах.

Критики утверждают, что средства из этих новых источников обеспечения глобального здравоохранения идут на решение проблем, интересующих доноров, и было бы лучше, если бы они распределялись такой многосторонней структурой, как ВОЗ. Однако кажется маловероятным, что эти ресурсы, представляющие чистый прирост фондов на глобальное здравоохранение, стали бы доступными в рамках более широкого мандата ВОЗ. ГАВИ начал свое существование с 750 млн долл. США, которые обязался выделить Фонд Гейтса, а Глобальный фонд был основан в 2002 году правительствами стран Группы восьми (Великобритания, Германия, Италия, Канада, Россия, США, Франция и Япония) специально в обход Организации Объединенных Наций.

Вертикальные фонды наделяют полномочиями самых разнообразных субъектов, тогда как от ВОЗ получить полномочия на координирование политических мер, а иногда и коллективных действий, могут лишь правительства. В состав секретариата Глобального фонда входят представители гражданского общества и частного сектора, которые обладают правом голоса; а в правлении Фонда Гейтса, помимо них, еще присутствуют представители от развивающихся стран и стран-доноров. Также в состав правления входят в качестве партнеров такие организации, как ВОЗ и Всемирный банк, но они не имеют права голоса. Правление ГАВИ также состоит из различных заинтересованных лиц, которые включают постоянных членов с правом голоса, среди которых — Фонд Гейтса, ЮНИСЕФ, ВОЗ и Всемирный банк, а также 18 членов, сменяющихся по принципу ротации и представляющих правительства развивающихся стран и стран-доноров, производителей вакцин и гражданское общество. За счет предоставления права голоса неправительственным структурам ГАВИ и Глобальный фонд стали более легитимными организациями, чем другие группы (Wallace Brown, 2010).

Эти инициативы финансируются исключительно за счет добровольных пожертвований, в то время как финансовые модели ВОЗ и Всемирного банка основаны на начислении взносов, несмотря на наличие все возрастающего числа добровольных отчислений в ВОЗ. Глобальный фонд получает добровольные пожертвования от правительств, частных лиц, предприятий и частных фондов. Деятельность ГАВИ, направленная на оказание помощи при разработке и изготовлении вакцин, финансируется из донорских средств. Правительства выступают более значительным источником финансирования, но оно осуществляется только через механизмы добровольного пожертвования.

ГАВИ и Глобальный фонд не работают непосредственно в странах-реципиентах, что отличает их от ВОЗ и Всемирного банка, которые действуют через государственные органы и имеют в странах-реципиентах отделения и персонал.

Глобальный фонд опирается на страновые координационные механизмы при разработке и подаче заявок на предоставление грантов, а также при выборе организаций для их выполнения. В работе таких механизмов обычно принимают участие представители правительства страны-заявителя, местных и международных НПО, представители заинтересованных доноров и частного сектора, а также люди с целевым заболеванием. ГАВИ финансирует национальные правительства, которые используют эти средства на расширение масштабов вакцинации.

В основе легитимности Глобального фонда и ГАВИ лежит эффективность их деятельности по достижению четко определенных результатов и показателей, что отличает их от ВОЗ и Всемирного банка, которые опираются на свой статус представительных и инклюзивных межправительственных организаций.

Переориентация на системы здравоохранения

Число вертикальных фондов продолжает расти, а целевые взносы по-прежнему составляют основную часть средств, перечисляемых ВОЗ донорами. Однако развитые и развивающиеся страны все больше внимания уделяют необходимости в эффективном первичном медико-санитарном обслуживании и надежных больничных системах, которые представляют собой горизонтальный подход. Распространение лихорадки Эбола в Западной Африке говорит о необходимости укрепления систем здравоохранения не только для охраны здоровья матери и ребенка и борьбы с такими неинфекционными заболеваниями, как рак и болезни сердца, но и для выявления и лечения инфекционных заболеваний. Например, в Эфиопии созданы программы по развитию комплексных систем здравоохранения, финансируемых за счет возросших внутренних инвестиций и поддержки доноров.

При этом вертикальные фонды не участвуют в усилиях по укреплению систем здравоохранения или предоставлению медицинского обслуживания всем членам общества (всеобщее медицинское обеспечение). В большинстве своем такие доноры считают, что объем внутренних ресурсов растет достаточно быстро, для того чтобы страны-реципиенты могли укреплять свои системы здравоохранения и внедрять всеобщее медицинское обеспечение. Помимо этого, у них вызывает беспокойство

то, что правительства могут оправдывать сокращение инвестиций в систему здравоохранения появлением новых фондов. Такие доноры уверены, что национальные программы должны координироваться самими странами и разрабатываться внутри стран из-за различий, существующих между системами здравоохранения (например, действует ли уже в стране отечественная система предоставления медицинских услуг на частной основе), внутренними рынками страховых услуг и подходами государства к борьбе с неинфекционными заболеваниями. Многие доноры также настороженно относятся к дальнейшей фрагментации системы управления глобальным здравоохранением.

Но быстрое распространение вируса Эболы в Западной Африке выявило трудности в связи с недостаточным финансированием систем здравоохранения, связанные с распознаванием, а затем и сдерживанием распространения заболеваний. На поддержание борьбы со вспышкой лихорадки Эбола Соединенные Штаты выделили более 250 млн долл. США, а Великобритания — более 200 млн долл. США, при этом часть этих средств должна быть направлена на укрепление систем здравоохранения. Но заставит ли кризис Эболы вертикальные фонды перейти к более устойчивому финансированию программ по укреплению систем здравоохранения, пока остается неясным.

Повышение роли стран с формирующимся рынком

В последние годы страны с формирующимся рынком требуют большего влияния на деятельность многосторонних организаций, начиная с МВФ и заканчивая ООН. Эта новая уверенность в себе распространилась и на глобальное здравоохранение, где роль, которую играют крупнейшие страны с формирующимся рынком, отражает как их внутренние потребности, так и ограничения. Когда наиболее экономически развитые страны с формирующимся рынком, к которым относятся Бразилия, Россия, Индия и Китай (БРИК), стали активно участвовать в области глобального здравоохранения, они в основном ограничились конкретными задачами, такими как обеспечение доступа к важнейшим медикаментам или технологическое сотрудничество, например в сфере лечения туберкулеза.

Региональные проблемы также выступают мотивом для участия в международном сотрудничестве, и они же стали причиной появления в Африке, Азии и Латинской Америке региональных организаций здравоохранения. Так, с самого начала деятельности Африканского союза в 2002 году в его работе принимали участие министры здравоохранения государств-членов при решении таких региональных задач в области здравоохранения, как инфекционные заболевания, финансирование здравоохранения, продовольственная безопасность и питание. Бразилия, Индия и Южная Африка приняли решение о совместной работе по координации международной информационно-разъяснительной деятельности в области медицины и здравоохранения. Сейчас трудно предсказать, укрепят ли эти инициативы ВОЗ, поскольку региональные структуры чаще всего действуют как ее вспомогательные органы, или же они приведут к сокращению полномочий этой организации.

Примечательно то обстоятельство, что глобальное здравоохранение занимает второстепенное место среди других международных проблем в Индии, Китае и России, среди которых следует назвать финансовую политику и национальную безопасность. Бразилия отвела вопросам здравоохранения видное место в своей внешнеполитической повестке дня, но финансовых отчислений она существенно не увеличила, если судить хотя бы по степени ее участия в деятельности Глобального фонда.

Директора Глобального фонда постоянно призывают страны с формирующимся рынком взять на себя часть финансового бремени по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией, но Бразилия, которая получила гранты на сумму 45 млн долл. США, внесла лишь 200 тыс. долл. США. Аналогичная ситуация существует и в остальных странах БРИК. Индия получила 1,1 млрд долл. США, а внесла лишь 10 млн долл. США, по Китаю данные, соответственно, 2 млрд и лишь 16 млн долл. США. Показатели России выглядят несколько лучше: 354 млн против 254 млн долл. США.

Сильно пострадавшие во время глобального финансового кризиса страны с развитой экономикой сократили или даже вообще свернули свои обязательства перед Глобальным фондом. Страны БРИК пережили кризис с меньшими потерями, чем многие страны с развитой экономикой. Однако то обстоятельство, что с момента кризиса они не увеличили размер обязательств по отношению к Глобальному фонду (или ГАВИ), заставляет задуматься об их долговременном намерении занять лидирующие позиции в глобальном здравоохранении.

Как долго будут еще страны БРИК, четыре крупнейших экономики с развивающимся рынком, получать помощь в целях развития в области здравоохранения? По объему получаемого внешнего финансирования на цели здравоохранения Индия занимает первое место, Китай — десятое, а Бразилия — пятнадцатое. Вопрос состоит в том, стоит ли продолжать субсидировать страны, которые, предположительно, вполне могут обеспечить себя базовыми медицинскими услугами и которые все больше и больше экономически заинтересованы в искоренении инфекционных заболеваний, будь то давние напасти, подобно туберкулезу, или такие новые проблемы, как вирус птичьего гриппа.

Несмотря на статус стран со средними доходами, Бразилия, Китай и Индия остаются сравнительно бедными, если брать доход на душу населения, поэтому приоритетом для них остается экономический рост. И поскольку они продолжают сталкиваться с масштабными проблемами в области здравоохранения, доноры по-прежнему считают такую помощь оправданной. Однако многосторонние организации и доноры на двустороннем уровне должны постоянно проверять, нужно ли продолжать выделять странам со средними доходами помощь, которую лучше было бы использовать в более бедных странах.

Один из основных уроков кризиса Эболы заключается в том, что нам необходимы решительные организованные глобальные ответные меры, в принятии которых лидирующую роль играет авторитетная ВОЗ, хорошо обеспеченная финансовыми ресурсами. Вопрос о том, должны ли государства-члены и прочие влиятельные участники укреплять финансирование ВОЗ и расширять ее полномочия или же нужно создавать другой институт по борьбе со вспышками заболеваний, будет занимать важнейшее место в повестке дня глобального управления на протяжении нескольких последующих лет.

Деви Шридхар — доцент в Центре по проблемам здоровья населения медицинской школы при Эдинбургском университете; Челси Клинтон — младший адъюнкт-профессор в Школе общественного здравоохранения им. Мейлмана при Колумбийском университете. ■

Литература:

Clift, Charles, 2014, "What's the World Health Organization For? Final Report from the Centre on Global Health Security Working Group on Health Governance" (London: Royal Institute of International Affairs, Chatham House).

Gostin, Lawrence O., 2014, Global Health Law *(Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press).*

New York Times*, 2014, "Cuts at WHO Hurt Response to Ebola Crisis," Sept. 3.*

Sridhar, Devi, 2012, "Who Sets the Global Health Research Agenda? The Challenge of Multi-Bi Financing," PLoS Medicine*, Vol. 9, No. 9, p. e1001312.*

Wallace Brown, Garrett, 2010, "Safeguarding Deliberative Global Governance: The Case of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria," Review of International Studies*, Vol. 36, No. 2, pp. 511–30.*

World Health Organization (WHO), 2013, "Proposed Programme Budget 2014–2015 (Geneva).