

**Комитет экспертов по государственному управлению****Восьмая сессия**

Нью-Йорк, 30 марта — 3 апреля 2009 года

Пункт 6 предварительной повестки дня\*

**Вопросы государственного управления в контексте реализации согласованных на международном уровне целей и обязательств в отношении глобального здравоохранения****Учет проблематики здравоохранения и укрепление человеческого потенциала в области государственно-управленческой деятельности****Записка Секретариата***Резюме*

Настоящая записка Секретариата является справочным документом для Комитета экспертов по государственному управлению, который должен в соответствии с решением 2008/254 Экономического и Социального Совета обсудить вопросы учета проблематики здравоохранения и укрепления человеческого потенциала в области государственно-управленческой деятельности и подготовить соответствующие рекомендации. В 2009 году на этапе заседаний высокого уровня Совета, проводимого в рамках Ежегодного обзора на уровне министров, будет рассмотрен прогресс, достигнутый государствами-членами в этой области.

Проблема развития, восстановления и поддержания общественного здравоохранения в глобальном масштабе становится все более актуальной. В то время как одни риски для здоровья, например возможность пандемии гриппа, требуют сотрудничества со стороны властей во всем мире, другие вопросы здравоохранения, например оказание первичной медико-санитарной помощи, требуют на местном уровне комплексного подхода и кооперации со стороны всех соответствующих партнеров. В настоящем докладе на примерах диареи, первичной медико-санитарной помощи и эпидемии гриппа делается вывод о

\* E/C.16/2009/1.



том, что могут возникать проблемы не только медицинского, но и фармацевтического характера. Препятствием для их решения является внутриотраслевая ориентация общественного здравоохранения. Для его преодоления необходимо, чтобы вопросы здравоохранения стали частью управленческой деятельности государственного сектора. Всем учреждениям необходимо понимать, что их нынешняя и будущая роль влияет на состояние общественного здравоохранения и что им необходимо соответствующим образом пересмотреть свой подход к управленческой работе.

Учет проблематики здравоохранения связан с ростом потребности кооперации по горизонтали и вертикали. Это в свою очередь требует от всех участвующих сторон повышения уровня профессионализма и требовательности в отношении применения коллективных подходов. Таким образом, с точки зрения оказания медицинских услуг все важнее становится роль человеческого фактора. В конце доклада предлагаются выводы и рекомендации, суть которых сводится к тому, что для решения все усложняющихся задач и для более успешного достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, необходимо укреплять коллективные подходы и одновременно поднимать значение проблематики здравоохранения. Предполагается, что в каждой из этих двух областей ключевую роль в достижении целей, связанных с охраной здоровья, будет играть государственно-управленческая деятельность.

## Содержание

|   | <i>Пункты</i> | <i>Стр.</i> |
|---|---------------|-------------|
| I. Необходимость преодолевать внутриотраслевую ориентацию общественного здравоохранения и укреплять коллективные подходы . . . .  | 1–25          | 4           |
| A. Ограничения политики и проектов, решающих одну проблему: диарея . . . . .  | 5–8           | 5           |
| B. Расширение комплексного подхода: интересы человека в центре первичной медико-санитарной помощи . . . . .                       | 9–15          | 6           |
| C. Взаимозависимость национальных систем здравоохранения: пандемический грипп . . . . .   | 16–19         | 10          |
| D. Препятствия, мешающие улучшению систем медицинского обслуживания . . . . .   | 20–25         | 12          |
| II. К более широкому и более всеохватному пониманию систем общественного здравоохранения . . . . .                                | 26–44         | 14          |
| A. Система общественного здравоохранения: замечания с точки зрения помещенного в ее центр исполнителя . . . . .                   | 27–36         | 14          |
| B. Учет проблематики общественного здравоохранения и укрепление человеческого потенциала при снижении степени сложности . . . . . | 37–44         | 18          |
| III. Преодоление «бункерной ментальности» . . . . .   | 45–57         | 20          |
| A. Народная медицина как часть систем здравоохранения . . . . .   | 46–47         | 21          |
| B. Координация и гармонизация политики стран на международном уровне . . . . .  | 48–49         | 22          |
| C. Учет проблематики здравоохранения во внешней политике государств . . . . .   | 50–51         | 22          |
| D. Информационно-коммуникационные технологии и электронные средства управления . . . . .  | 52–57         | 24          |
| IV. Выводы и рекомендации . . . . .   | 58–61         | 26          |

## **I. Необходимость преодолевать внутриотраслевую ориентацию общественного здравоохранения и укреплять коллективные подходы**

1. Здоровье — это нечто большее, чем просто отсутствие недуга и болевых ощущений. Концепция здоровья охватывает весь комплекс понятий, связанных с состоянием полного физического, душевного и социального благополучия. И сегодня не утратило своей актуальности утверждение о том, что «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека»<sup>1</sup>. Кроме того, право на здоровье является одним из условий развития человека и общества.

2. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), система здравоохранения представляет собой комплекс мероприятий, основной целью которых является укрепление, восстановление или поддержание здоровья человека. Система здравоохранения, которая предлагает справедливое в социальном отношении и эффективное базовое медицинское обслуживание, способствует укреплению основ социального и экономического развития. Достижение таких сформулированных в Декларации тысячелетия целей в области развития, как искоренение крайней нищеты и голода, самым тесным образом связано со здравоохранением. Достижение таких целей, как снижение детской смертности (цель 4), укрепление материнского здоровья (цель 5) и борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями (цель 6), непосредственно касается здоровья людей как основы, на которой закладывается развитие. Все меньше времени остается до 2015 года, на который намечено достижение целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. В связи с этим следует отметить, что до достижения вышеупомянутых целей, связанных с задачей укрепления здоровья, по-прежнему еще далеко<sup>2</sup>.

3. Для достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, следует создать систему благого управления, с помощью которой будет внедряться и эксплуатироваться эффективная система медицинского обслуживания<sup>3</sup>. В большинстве случаев на плакатах медицину изображают в виде такой картинке: врачи оказывают помощь детям или другим пациентам. Такая символика вызывает сочувствие и подчеркивает тот факт, что медицинское обслуживание предполагает взаимодействие между людьми. Другими словами, независимо от того, какое лекарство или какое медицинское оборудование может использоваться, важны еще и медицинские работники, которые лечат пациента в зависимости от его конкретного состояния и необходимости. Именно в таких случаях нагляднее всего проявляется человеческий фактор. Наконец, медицинские услуги оказываются пациенту в зависимости от того, как функционирует нередко весьма сложная цепочка предложения услуг, в которой государственным учреждениям и административному управлению зачастую отводится ключевая роль.

<sup>1</sup> Устав Всемирной организации здравоохранения.

<sup>2</sup> См. <http://www.un.org/millenniumgoals/2008highlevel/pdf/addendum.pdf>.

<sup>3</sup> *Achieving the Health Millennium Development Goals in Asia and the Pacific: Policies and Actions within Health Systems and Beyond* (United Nations publication, sales No. E.07.II.F.19), p. 19.

4. Такая взаимосвязь между сектором здравоохранения, системой государственного управления и человеческим фактором иллюстрируется в последующих разделах доклада на основе трех примеров. В первом случае речь идет о диарее — заболевании, лечить которое можно относительно легко с применением доступных средств, однако, несмотря на это, от диареи ежегодно погибает около 2 миллионов человек. На втором примере разбираются системы первичной медико-санитарной помощи, в которых применяется более сложный подход к проблеме медицинского обслуживания населения. В третьем примере речь идет о возможных чрезвычайных для общественного здравоохранения ситуациях международного масштаба, самой серьезной из которых является пандемия гриппа. Хотя эти три примера являются абсолютно разными, они все же подтверждают тот факт, что только с помощью всеобъемлющей и координируемой государственной политики и стратегии управления можно уменьшить риски для здоровья и внести вклад в развитие общественного здравоохранения в глобальных масштабах.

#### **А. Ограничения политики и проектов, решающих одну проблему: диарея**

5. В настоящее время диарея не относится к числу самых серьезных угроз с точки зрения глобального общественного здравоохранения или к числу тех заболеваний, которые требуют особого внимания ученых, для того чтобы выявить причины и возможные меры терапии. И все же эта болезнь заслуживает внимания глобальной медицины, поскольку она является общемировым явлением и причиной 4 процентов всех смертей и 5 процентов утраты здоровья. В большинстве случаев причиной диареи являются инфекции желудочно-кишечного тракта, от которых ежегодно во всем мире умирает около 2,2 миллиона человек в развивающихся странах, причем в большинстве случаев детей<sup>4</sup>. Диарея представляет собой относительно «простой» случай, как и само заболевание, поскольку хорошо известно, как оно проявляется и какие существуют меры возможного медицинского вмешательства. Кроме того, меры лечения не требуют крупномасштабных инвестиций в научные исследования, лекарственные средства и медицинское оборудование. Несмотря на эти преимущества, борьба с подобными инфекциями требует относительно сложной цепочки снабжения и координации.

6. Согласно ВОЗ, основные меры борьбы с диареей включают: доступ к безопасной питьевой воде; повышение уровня санитарии; неукоснительное соблюдение мер личной гигиены и приема пищи; и санитарное просвещение относительно того, как уберечься от инфекции. С точки зрения единичного случая уберечься от инфекции часто можно с помощью довольно простых мер. С точки зрения правительства обеспечить население безопасной питьевой водой, улучшить санитарные условия, наладить соблюдение гигиены и медицинское просвещение — это серьезная задача, поскольку она требует основательного планирования, материально-технического снабжения и ряда других управленческих мер, а также наличия необходимых средств. По состоянию на начало 2000 года, одна шестая часть мирового населения (1,1 млрд. человек) не имеет

<sup>4</sup> [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/diseases/diarrhoea](http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/diarrhoea).

доступа к качественному водоснабжению, а две пятых (2,4 млрд. человек) — к более совершенным средствам санитарии<sup>5</sup>. Предпринимаемые усилия с целью улучшить эти показатели еще не дали желаемых результатов.

7. Основные методы лечения диареи обычно не требуют дорогостоящих лекарственных средств или медицинского оборудования. В основном необходимы только информация и просвещение. Больным необходимо лишь разъяснить, что солевой раствор против обезвоживания может предотвратить смертельный исход или хронический недуг. Кроме того, вполне достаточно, чтобы рядом находился медицинский работник, с тем чтобы дать нужный совет. В теории, возможно, все очень просто, но на практике требуются серьезные усилия со стороны руководства на всех уровнях, с тем чтобы нужная информация дошла до каждого человека в данной стране. Подготовка медицинских работников, выплата им заработной платы и создание необходимой инфраструктуры — это еще ряд дополнительных условий, которые необходимо соблюсти для того, чтобы обеспечить успех в борьбе с диареей в каждой стране. Судя по тому, что ежегодно диарея убивает, по оценкам, 2,2 миллиона человек, становится очевидным, что в работе цепочки, обеспечивающей передачу информации, предоставление консультаций и распространение доступных по цене лекарственных препаратов первой необходимости, происходят сбои.

8. Для дальнейшего сокращения случаев заболевания диареей и ее лечения необходимо наладить координацию и сотрудничество в рамках следующих ведомств системы государственного управления, курирующих вопросы здравоохранения, санитарии, науки, образования, общественной информации, людских ресурсов, инфраструктуры, охраны окружающей среды, водопользования, статистики и финансов. Хотя само лечение диареи не требует больших затрат, другие меры борьбы с инфекцией (например, повышение уровня санитарии и водопользования) могут обойтись недешево и требовать увеличения расходов.

## **В. Расширение комплексного подхода: интересы человека в центре первичной медико-санитарной помощи**

9. На примере с диареей уже видно, что дальнейшее совершенствование мер борьбы достигается с помощью принятия целого комплекса мероприятий. В целом в общественном здравоохранении прослеживается «переход к пониманию необходимости более полного осмысления работы системы здравоохранения»<sup>6</sup>. Для эффективного продвижения этого постулата в Докладе о состоянии здравоохранения в мире за 2008 год выдвигается идея создания системы первичной медико-санитарной помощи. В центре такой системы должен находиться человек с его интересами, и поэтому новая система будет выходить за рамки привычного амбулаторного обслуживания пациентов и программ борьбы с болезнями (см. таблицу).

<sup>5</sup> Доклад о глобальной оценке в области водоснабжения и санитарии за 2000 год (издание ВОЗ и ЮНИСЕФ).

<sup>6</sup> ВОЗ, Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 год, послание Генерального директора.

10. Такой подход, когда в центре первичной медико-санитарной помощи находятся интересы человека, обеспечивает проведение в комплексе мер просвещения и профилактики, лечения и оказания помощи безопасным, эффективным и социально-продуктивным способом на уровне взаимодействия населения и системы медицинского обслуживания. ВОЗ получила свидетельства того, что ориентированность на пациента способствует повышению качества и результативности оказываемой помощи<sup>7</sup>:

- a) повышение интенсивности лечения и улучшение качества жизни;
- b) более глубокое понимание психологических аспектов проблем пациента;
- c) более высокая удовлетворенность результатами общения;
- d) большая доверительность пациента в том, что касается болезненных вопросов;
- e) более высокий уровень доверия и готовности соблюдать режим лечения;
- f) более широкое включение в терапию аспектов профилактики и пропаганды здорового образа жизни.

**Особенности, отличающие традиционную медицинскую помощь от первичной помощи, ориентированной на пациента<sup>a</sup>**

| Традиционная амбулаторная помощь в клиниках или поликлинических отделениях                     | Программы борьбы с болезнями   | Первичная помощь, ориентированная на пациента   |
|--|--|---|
| Первоочередное внимание уделяется болезни и ее лечению   | Первоочередное внимание уделяется заболеваниям, имеющим приоритетное значение                  | Первоочередное внимание уделяется потребностям пациента в области медицины  |
| Взаимодействие ограничивается моментом консультации  | Взаимодействие ограничивается рамками реализации программы                                     | Длительные личные отношения   |
| Эпизодическая медицинская помощь   | Предусмотренные программой меры по борьбе с заболеванием                                       | Всеобъемлющая непрерывная помощь, ориентированная на пациента   |
| Ответственность ограничивается действенным и безопасным советом пациенту во время консультации | Ответственность за достижение целей в области борьбы с заболеванием в целевой группе населения | Ответственность за состояние здоровья всех членов общины на протяжении всего жизненного цикла; ответственность за борьбу с факторами, негативно влияющими на здоровье |
| Пользователи являются потребителями приобретаемых ими услуг                                    | Группы населения являются объектом, на который направлены меры по борьбе с заболеванием        | Люди являются партнерами, участвующими в решении вопросов, касающихся их собственного здоровья и здоровья общины  |

<sup>a</sup> ВОЗ, Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 год, стр. 49.

<sup>7</sup> Там же, стр. 54.

11. Если взглянуть на административно-управленческую сторону указанного подхода, то становится очевидной связанная с этим проблема: в каждом центре первичной медико-санитарной помощи должен предлагаться весь комплекс диагностических, лечебных, реабилитационных и паллиативных услуг. Необходимо гарантировать обеспечение прямого и постоянного доступа к этим компонентам, отказ от неоправданного использования платных услуг, а также обеспечение социальной защиты, предусмотренной программами всеобщего охвата населения медицинской помощью. Трансформация традиционной помощи — амбулаторной, стационарной, общего профиля и специализированной — в местные сети центров первичной помощи требует также осуществления целого ряда других мер<sup>8</sup>:

а) приблизить помощь к людям, разместить медицинские учреждения в непосредственной близости от общины и обеспечить прямое взаимодействие с ней, переместив точку доступа в систему здравоохранения из больниц и кабинетов специалистов в расположенные рядом с клиентом центры первичной помощи общего профиля;

б) возложить на поставщиков медицинских услуг всю полноту ответственности за состояние здоровья определенной группы населения — как больных, так и здоровых, тех, кто обращается за консультациями, и тех, кто этого не делает;

в) усилить роль поставщиков первичной помощи в качестве координаторов взаимодействия с другими уровнями медицинской помощи, наделив их административными полномочиями и покупательной способностью.

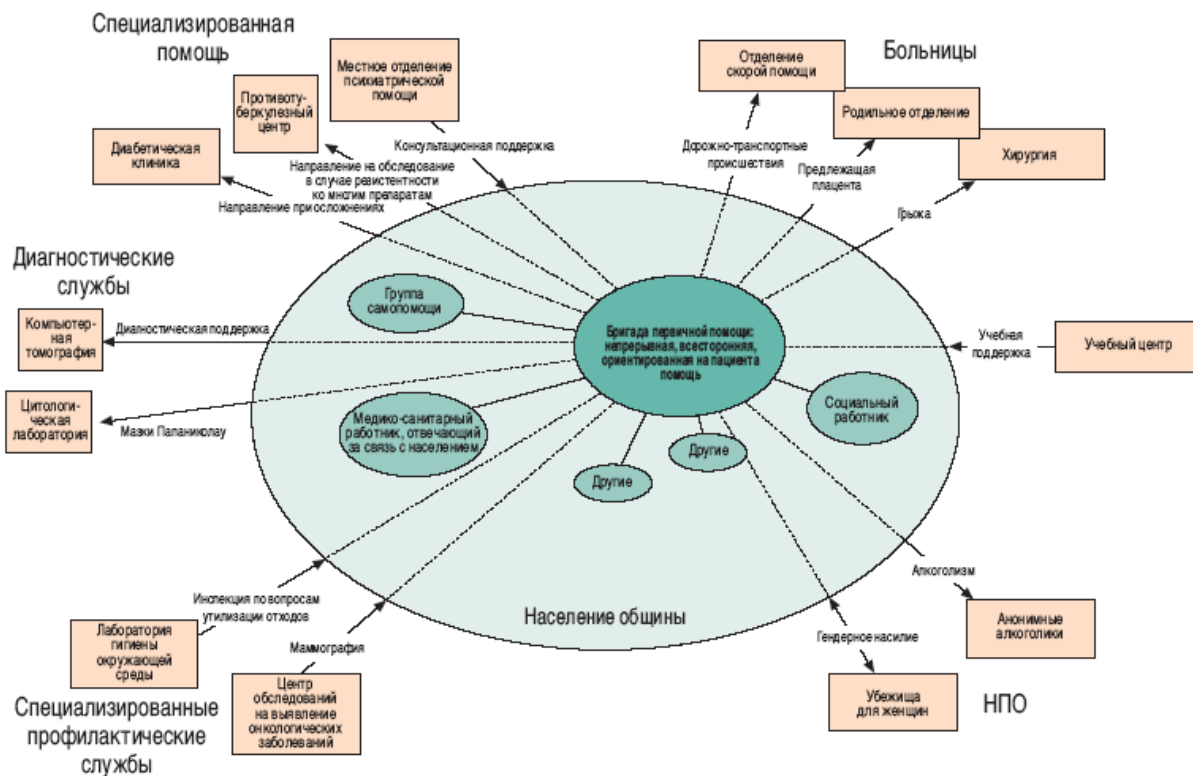
12. Эта ситуация приносит немало изменений и проблем для работников и коллективов сотрудников системы здравоохранения, а также для населения и общин. Кроме того, требуется поддержка со стороны специализированных служб, организаций и учреждений, работающих за пределами общины. Координация деятельности этого набора услуг превращает пирамиду, каковой является первичная медико-санитарная помощь, в сеть услуг. Отношения между коллективом, представляющим первичную медико-санитарную помощь, и другими учреждениями и службами строятся уже не на основе иерархической лестницы, когда сверху вниз следуют указания, а снизу вверх поступают отчеты, а на основе сотрудничества и координации. Отсюда первичная медико-санитарная помощь становится узловым центром координации (см. рисунок I).

---

<sup>8</sup> Там же, стр. 59–60.



Рисунок I  
**Первичная помощь как координационный центр: взаимодействие внутри обслуживаемой общины и с внешними партнерами<sup>a</sup>**



<sup>a</sup> ВОЗ, Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 год, стр 63.

13. Координирующая функция создает институциональную базу для мобилизации всех секторов в целях охраны здоровья местного населения. ВОЗ рассматривает ее не как дополнительную, а как одну из главных функций бригад первичной помощи, и считает, что с точки зрения стратегии это важно потому, что

разговоры о координации так и останутся разговорами, если бригада первичной помощи будет лишена административных или финансовых рычагов. Координация также зависит от признания различными институтами ключевой роли бригад первичной помощи. Существующая система профессионального образования, кадровая структура и механизмы оплаты труда зачастую свидетельствуют об обратном. Борьба с такими серьезными препятствиями на пути развития первичной помощи требует политической воли руководства<sup>9</sup>.

14. На этом ВОЗ заканчивает свой анализ организационной структуры первичной медико-санитарной помощи. В более широком контексте государствен-

<sup>9</sup> Там же, стр. 64.

но-административного управления рамки анализа должны быть расширены, поскольку система, предлагаемая для организации первичной медико-санитарной помощи, не является закрытой структурой или самостоятельной системой. Как система, ориентированная на человека, она включает всю общину, а в силу своих административно-финансовых потребностей она тесно связана с другими частями государственного сектора. Целью благого правления, связанного с обеспечением медицинского обслуживания, заключается в создании и поддержании эффективной системы медицинского обслуживания, однако, учитывая проблемы административного характера, о которых говорится выше в отношении диареи, и особенно в отношении первичной медико-санитарной помощи, напрашивается неизбежный вывод о том, что связанные с этим мероприятия влияют на всю структуру государственно-административного управления.

15. Например, недостаточно того, чтобы медицинские работники внушали родителям необходимость кормить детей здоровой пищей. Важно, чтобы проблематика общественного здравоохранения включалась в программу школьных занятий. Вполне возможно, что и правительству придется разработать политику запрета или ограничения рекламы некоторых видов продуктов, оказывающих отрицательное воздействие на здоровье, в средствах массовой информации. Аналогичным образом, средства массовой информации следует побуждать к тому, чтобы они пропагандировали здоровый образ жизни и разъясняли населению более широкую проблематику общественного здравоохранения, например необходимость прививок для детей. Таким образом, ведомства (министерства), ведающие вопросами образования и средствами массовой информации, также становятся партнерами в деле обеспечения первичной медико-санитарной помощи. Другие государственные ведомства, в частности по вопросам общественных работ, санитарии и водоснабжения, также могут взять на себя роль помощников. С учетом всех подобных взаимосвязей и объединения усилий здравоохранение превращается в проблему, лежащую в горизонтальной сфере внимания государственной администрации и управления.

### **С. Взаимозависимость национальных систем здравоохранения: пандемический грипп**

16. Можно в любое время бороться с таким заболеванием, как диарея, и можно также приложить усилия для создания систем первичной медико-санитарной помощи, но гораздо сложнее реагировать на будущие угрозы здоровью людей на глобальном уровне. Инфекционные заболевания распространяются гораздо быстрее и возникают, как представляется, гораздо чаще, чем прежде. Начиная с 1970-х годов, новые болезни возникают с беспрецедентной частотой — по одной и даже более болезней в год. С ростом мобильности, взаимозависимости и взаимосвязи между людьми в современном мире открываются бесчисленные возможности для быстрого распространения инфекционных заболеваний, а также радиационных и связанных с токсическими веществами угроз. Авиакомпании перевозят около 2 миллиардов пассажиров в год, а это значит, что вспышка или эпидемия инфекционного заболевания в одной части мира может уже через несколько часов непосредственно угрожать населению в другой его части. С годами становилось все яснее, что такие угрозы вполне реальны. В период с сентября 2003 года по 2006 год ВОЗ провела про-

верку свыше 1100 эпидемических событий во всем мире, и было бы крайне наивно и несерьезно полагать, что рано или поздно не появится новая болезнь типа СПИДа, лихорадки Эбола или тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС)<sup>10</sup>.

17. ВОЗ инициировала в 1996 году создание глобальной системы предупреждения об эпидемиях и реагирования на них, с тем чтобы восполнить те пробелы, которые существуют в системах здравоохранения многих стран. Общественная медицинская безопасность всех стран зависит от способностей каждой страны действовать эффективно и вносить свой вклад в обеспечение безопасности для всех. По мнению ВОЗ, в качестве первого шага по обеспечению глобальной безопасности в области общественного здравоохранения надлежит поэтому создать во всех странах базовый потенциал для выявления заболеваний и принятия ответных мер, а также поддержать сотрудничество между странами на новом уровне по сокращению указанных выше рисков для безопасности в области здравоохранения. Для этого страны должны укреплять свои системы здравоохранения и обеспечить наличие потенциала для профилактики и борьбы с эпидемиями, которые способны быстро преодолевать границы и даже перекидываться с континента на континент. Если страны не в состоянии обеспечить профилактику и борьбу с болезнями собственными силами, это означает, что для оказания им помощи будут задействованы оперативные квалифицированные международные сети эпидемнадзора и принятия ответных мер и обеспечено объединение последних в эффективную систему безопасности<sup>11</sup>.

18. Что касается стратегий управления, то единственная и главная проблема возникновения чрезвычайных ситуаций в области глобального общественного здравоохранения состоит в том, чтобы сделать их открытыми на международном уровне и способными к интеграции. Содержащийся в докладе ВОЗ посыл о роли стратегий управления четко гласит:

Ни одна страна, независимо от своих возможностей, богатства или технического уровня, не в состоянии в одиночку предотвращать, выявлять или реагировать на все угрозы общественному здравоохранению. Возникающие угрозы могут не просматриваться отдельно взятым государством, требовать глобального анализа для надлежащей оценки рисков или требовать эффективной координации действий на международном уровне<sup>12</sup>.

Существует необходимость и в обмене данными, и в применении согласованных стандартов наблюдения. Вторая проблема заключается в том, что в случае вспышки пандемического гриппа странам необходимо будет действовать быстро. Для этого им необходимо укреплять свои системы здравоохранения и добиваться того, чтобы такие системы располагали возможностями для предотвращения быстро распространяющихся эпидемий и борьбы с ними.

19. На международном уровне были сделаны первые примечательные шаги в направлении координации. Самым выдающимся из них является принятие Международных медико-санитарных правил (ММСП-2005), которые вступили в силу в июне 2007 года. Эти правила представляют собой имеющий обязательную силу международно-правовой документ, призванный обеспечить макси-

<sup>10</sup> ВОЗ, *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2007 год*, стр. x-xiii.

<sup>11</sup> Там же, стр. xiii.

<sup>12</sup> Там же, стр. xxii.

мум безопасности в борьбе с распространением заболеваний в международных масштабах. Тем не менее, правила сами по себе не способны остановить тенденцию, принесшую свыше 1100 эпидемических событий во всем мире в период с сентября 2003 года по 2006 год. Меры борьбы с птичьим гриппом или атипичной пневмонией требуют готовности к произошедшим изменениям. Учитывая множество проблем, с которыми приходится сталкиваться в области политики и управления (включая нынешний финансовый кризис), следует отметить, что эффективность координации мер в области здравоохранения и других приоритетов в области политики на международном, национальном, внутрирегиональном и местном уровнях все еще нуждается в доказательственной базе.

## **D. Препятствия, мешающие улучшению систем медицинского обслуживания**

20. Существует множество препятствий, которые мешают достижению общей цели общественного здравоохранения, и многие из них были упомянуты в контексте примеров, описанных выше. В процессе выработки более всеохватного и более скоординированного подхода необходимо взглянуть системно и на препятствия. Для этого рассмотренные примеры были проанализированы вновь и, кроме того, была подготовлена оценка соответствующих публикаций<sup>13</sup>. В результате появился перечень препятствий, разбитых на две категории: те, которые существуют «внутри» традиционных систем здравоохранения, и те, которые существуют «снаружи».

### **1. Препятствия внутри систем здравоохранения**

21. В своем исследовании достижений в области здравоохранения в контексте целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, в Азиатско-Тихоокеанском регионе Экономическая и социальная комиссия для Азии и Тихого океана (ЭСКАТО), Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) и Азиатский банк развития (АБР) обращают внимание на три рода недостатков, от которых страдают системы здравоохранения<sup>14</sup>:

- a) недостатки в области физической инфраструктуры;
- b) недостатки в области людских ресурсах;
- c) недостатки в обеспечении доступа к надежным по качеству лекарственным препаратам и вакцинам первой необходимости.

22. Эти недостатки подрывают способность систем здравоохранения оказывать доброкачественные медицинские услуги. На более низком уровне на них в свою очередь влияет широкий спектр взаимосвязанных факторов:

- a) недостаточный объем ассигнований;
- b) неразвитость систем охраны здоровья;
- c) несправедливое распределение бюджетов здравоохранения;

<sup>13</sup> Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006, 2007 и 2008 годы и исследование *Achieving the Health Millennium Development Goals in Asia and the Pacific, op.cit.*

<sup>14</sup> *Achieving the Health Millennium Development Goals in Asia and the Pacific, op.cit.*

- d) неудовлетворительные условия труда, профессионального роста и соблюдения трудовой этики;
- e) слабость управления и низкая эффективность систем здравоохранения;
- f) слабость систем информационного обеспечения услуг здравоохранения;
- g) низкий уровень потенциала на местах в системах здравоохранения с децентрализованным управлением.

## 2. Препятствия за пределами систем здравоохранения

23. Будь то борьба с одной болезнью, усилия по созданию систем первичной медико-санитарной помощи и деятельность по предупреждению эпидемических событий и реагированию на них, — все эти меры выходят далеко за рамки обязанностей внутреннего круга работников здравоохранения, их структур и деятельности. Кроме того, здравоохранение в одной стране все больше начинает зависеть от мер, принимаемых в других странах.

24. К препятствиям, находящимся за пределами систем здравоохранения, в первую очередь относятся:

- a) социально-экономические факторы;
  - i) нищета и голод;
  - ii) санитарное просвещение и грамотность;
  - iii) гендерное неравенство;
  - iv) маргинализация, изоляция и дискриминация;
- b) экологические требования;
  - i) водоснабжение и санитария;
  - ii) загрязнение воздуха;
  - iii) качество продуктов питания;
- c) факторы, ассоциируемые с международными экономическими режимами;
  - i) перекосы в научных исследованиях и разработках;
  - ii) торговые соглашения, производство и сбыт непатентованных лекарственных препаратов.

## 3. Препятствие в виде отсутствия координации действий

25. Помимо вышеперечисленных препятствий по горизонтали существуют препятствия в виде отсутствия координации, которые оказывают влияние на все остальные препятствия. Фрагментарные действия по отдельным вопросам часто быстрее приближают прогресс, чем скоординированные усилия по комплексу вопросов. Очевидно, что таким путем даже диарею невозможно предупредить. К сожалению, решение комплексных проблем с помощью фрагментарных действий ставит задачу достижения целей в области здравоохранения в

зависимость от стечения обстоятельств. Более того, увеличивается вероятность того, что средства, направляемые на уменьшение рисков в области охраны здоровья людей, будут использоваться не самым экономным образом. Будь то первичная медико-санитарная помощь или профилактика пандемических событий, некоординируемая политика и некоординируемые действия — это не только слишком рискованный, но и слишком дорогостоящий подход. Координация требует больших усилий и средств на начальном этапе, но можно надеяться на то, что сложение усилий и другие преимущества, вытекающие из более согласованных в результате координации действий, в конечном итоге уменьшат как риски для здоровья, так и расходы на общественное здравоохранение.

## **II. К более широкому и более всеохватному пониманию систем общественного здравоохранения**

26. Интересно отметить, что ЭСКАТО, ПРООН и АБР в своем исследовании рассматривают вопрос институциональных изменений, которые необходимы для более эффективного осуществления политики «внутри и за пределами» сектора здравоохранения, с тем чтобы медицинские услуги оказывались на справедливой и эффективной основе. В связи с этим они в своем докладе подчеркивают взаимосвязь между факторами «внутри и за пределами» сектора здравоохранения. Например, утверждается, что нищета (т.е. один из факторов, находящихся за пределами систем) является одной из коренных причин отсутствия прогресса в достижении целей в области охраны здоровья, сформулированных в Декларации тысячелетия, а отсюда и причины неблагоприятного положения в области охраны здоровья. Подобная дифференциация внутренних и внешних факторов, возможно, является традиционной и общераспространенной, однако она отнюдь не убеждает и не помогает достижению целей, которые ставит перед собой политика в области здравоохранения.

### **A. Система общественного здравоохранения: замечания с точки зрения помещенного в ее центр исполнителя**

27. В соответствии с определением ВОЗ под системой здравоохранения понимаются «все действия, главная цель которых состоит в укреплении, восстановлении и поддержании здоровья»<sup>15</sup>. Эта формулировка указывает на то, что деление факторов на внутренние и внешние зависит от того, как определяется понятие «главная цель». Действительно, под такое определение главной цели попадают врачи, медицинские сестры, лекарственные препараты или больницы, но его недостаточно в качестве доказательства, ибо бюджетная политика правительства также оказывает значительное воздействие на то, что происходит по отношению к общественному здравоохранению, но было бы ошибкой утверждать, что здравоохранение является основной целью бюджетной политики. В Китае от контрафактного молока пострадали почти 13 тысяч детей. В этом случае вредные последствия для здоровья детей наступили вследствие аморальных действий производителя порошкового молока, но здесь, разумеется, никак нельзя утверждать, что главной целью его действий было здоровье детей. Аналогичным образом, во многих других случаях политика и ориента-

<sup>15</sup> ВОЗ, *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 год*, стр. 5.

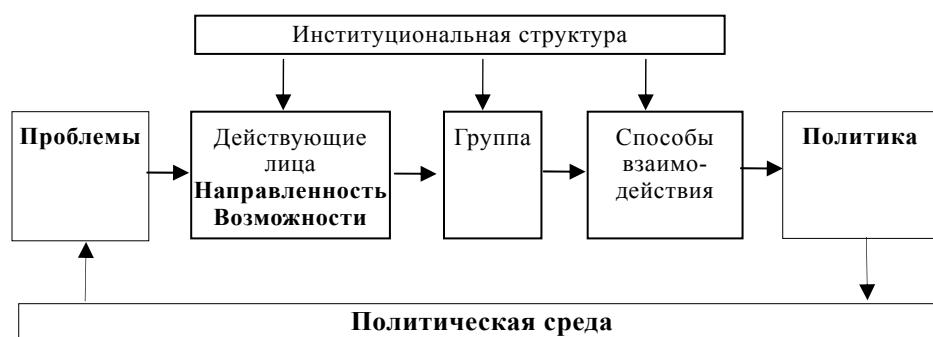
ция различных групп действующих лиц отражаются на здоровье, но само здоровье не является главной целью их действий. Отсюда напрашивается вывод, что традиционное понимание сектора здравоохранения и его систем здравоохранения является слишком узким.

28. На этом этапе полезно взглянуть на общественное здравоохранение с иной, теоретической точки зрения, которая не является частью традиционного взгляда на сектор общественного здравоохранения. Для цели настоящего доклада была выбрана точка зрения действующего лица, находящегося в центре организационной структуры. Данный подход, авторами которого являются Ренате Майнц и Фриц Шарпф<sup>16</sup>, не является теорией как таковой. Скорее, это имеющая под собой теоретическое обоснование модель, предназначенная для анализа как системных, так и отдельных аспектов осуществляемых мер в рамках проводимой политики. По отношению к проводимой на местах политики в области общественного здравоохранения это означает, что группу основных действующих лиц на местах не следует рассматривать как застывшее образование. Напротив, важно взглянуть на этих действующих лиц относительно направленности их действий и их возможностей, а также проанализировать формы их взаимодействия в данной организационной структуре. Если не заострять внимание на взаимодействиях, то, как представляется, едва ли удастся прийти к каким-то заключениям, относящимся к человеческому фактору и наращиванию потенциала в контексте систем и государственно-управленческой деятельности в области охраны здоровья.

29. На рисунке II изображена область исследования политики, ориентированной на взаимодействие. В этой сфере не используются такие термины, как «система» или «сектор», а исследование начинается с проблем (например, с рисков для здоровья) и анализа процесса формулирования и реализации соответствующей политики мер (например, процесс принятия решений в отношении мер и их осуществления в целях уменьшения рисков для здоровья путем предоставления медицинских услуг).

Рисунок II

**Сфера исследования политики, ориентированной на взаимодействие<sup>a</sup>**



<sup>a</sup> Scharpf, op.cit., p. 44.

<sup>16</sup> Scharpf, Fritz, *Games Real Actors Play: Actor-Centered Institutionalism in Policy Research* (Westview Press, Boulder, United Bolder, United States of America and Oxford, United Kingdom, 1997).

30. Следуя этой схеме, мы приходим к действующим лицам в лице отдельных и корпоративных исполнителей. Достижение целей охраны здоровья в контексте целей в области здравоохранения, сформулированных в Декларации тысячелетия, во многом зависит от наличия высокопрофессиональных и мотивированных отдельных исполнителей в лице медицинских работников, корпоративных исполнителей в лице министерств по делам здравоохранения и коллективных исполнителей (например, ассоциация врачей или производителей фармацевтики). Все эти действующие лица руководствуются в своих действиях конкретными ориентирами, т.е. своими собственными представлениями о характере проблем и своим собственным выбором практических действий. На этом же этапе в действие вступают и этические установки. Ориентиры бывают постоянными или они могут меняться под воздействием получаемых знаний или убедительных доводов. Они будут приводиться в действие и уточняться с помощью стимулов, заложенных в конкретной проблеме или конкретном вопросе политического характера.

31. ВОЗ посвятила свой Доклад о состоянии здравоохранения в мире за 2006 год разработке концепции, в которой работники здравоохранения выступают в качестве центральной группы лиц, действующих в электронной среде. Несмотря на свою озабоченность ролью работника сферы общественного здравоохранения, ВОЗ выходит за рамки этой группы действующих лиц и в том же докладе представляет более многочисленную группу действующих лиц. В нее включены, помимо других игроков, национальные правительства и финансовые учреждения. Тем не менее, чтобы получить полную картину обо всех соответствующих действующих лицах и группах таких лиц, необходимо включить в нее всех тех действующих лиц (не являющихся партнерами), которые не имеют отношения к общественному здравоохранению, но которые своими собственными действиями влияют на общественное здравоохранение (например, через военные конфликты, загрязнение окружающей среды, направление средств не в сферу общественного здравоохранения, а на другие цели и т.д.).

32. Таким образом, на обеспечительной стороне услуг здравоохранения к действующим лицам относятся работники здравоохранения, министерства по вопросам здравоохранения, ВОЗ и все другие движения, ассоциации и организации, посвятившие свою деятельность проблемам охраны здоровья. Кроме того, к ним причисляются также ведомства, занимающиеся вопросами продовольствия, охраны окружающей среды, санитарии, образования и бюджета применительно к мерам, касающимся здравоохранения. Большинство из этих действующих лиц не относятся к тем, кто занимается основной задачей развития, восстановления и поддержания услуг по охране здоровья, но без них не будет функционировать ни одна система здравоохранения. В этом контексте система государственного управления является корпоративным действующим лицом, однако ее сотрудники выступают также в роли отдельных действующих лиц. Как структура и как отдельные действующие лица, они должны иметь необходимое представление о том, как их действия влияют на решение вопросов, связанных с охраной здоровья. Отсутствие координации может привести к появлению горизонтальных коллизий (между сотрудниками различных ведомств) и вертикальных коллизий (между сотрудниками одной организации по цепочке взаимоотношений: начальник и исполнитель). В этой связи важно, чтобы соответствующие действующие лица располагали необходимыми возможностями для урегулирования подобных ситуаций.



33. Кроме того, помимо стороны обеспечения существует и сторона спроса: это всегда будет индивидуум (в принципе любой человек), страдающий тем или иным заболеванием, получающий услуги от системы первичной медико-санитарной помощи или оказавшийся под угрозой пандемии гриппа. Индивидуумы покрывают затраты или вносят свой вклад в финансирование услуг здравоохранения, а в конечном итоге, что не менее важно, вносят вклад в развитие экономики и общества, который зависит от состояния их здоровья. Они и организации гражданского общества влияют на ход развития и предоставление медицинских услуг в рамках общины.

34. В этом полном собрании действующих лиц система государственного управления, вероятнее всего, будет выступать с иных позиций, а в конечном итоге и с позиции коллизионных представлений и предпочтений. Министерства и другие государственные учреждения, ведающие вопросами общественного здравоохранения, имеют четкий мандат отстаивать интересы здравоохранения, в то время как министерства иностранных дел, обороны или финансов преследуют другие приоритетные для себя задачи. Все дело в том, что большая часть государственных учреждений в соответствии с их мандатом не включают цели общественного здравоохранения в число своих приоритетных задач. Таким образом, общественное здравоохранение может просто не попадать в их поле зрения, равно как и задача анализировать свой потенциал и/или реальные действия с точки зрения их влияния на достижение целей развития, восстановления или поддержания услуг здравоохранения. Это особенно верно в тех случаях, когда интересы общественного здравоохранения не совпадают с интересами других ведомств (например, бюджетных или финансовых), а это легко может случиться в том случае, если государственные ведомства, решающие задачу сбалансирования бюджета, и государственные ведомства, действующие в сфере общественного здравоохранения, отстаивают противоположные интересы. В таких случаях усилия государственно-административного органа, направленные на развитие, восстановление и поддержание услуг здравоохранения, могут быть ослабленными или даже неэффективными из-за действий других игроков государственного сектора.

35. Во избежание таких ситуаций необходимо, чтобы системы управления всех уровней разрабатывали комплексную политику в области охраны здоровья, т.е. такую политику, которая координировалась бы со всеми другими мерами в области политики, имеющими прямое или косвенное отношение к сфере общественного здравоохранения и к предоставлению медицинских услуг. В результате, например, инвестиции в общественное здравоохранение, программы школьного питания и т.д. в конечном итоге принесут пользу бюджету, поскольку они помогут сократить расходы на дорогостоящее лечение и т.д.

36. Вслед за разработкой комплексной политики в области здравоохранения наступает очередь разработки и осуществления соответствующей стратегии управления. На этом этапе системе государственного управления необходимо проанализировать не только проблемы, которые предстоит решать, возможности соответствующих исполнителей и групп исполнителей, но и подумать о способах взаимодействия между исполнителями. С точки зрения института, в центре которого находится действующее лицо, государство — это не одно действующее лицо, а конкретная группа таких лиц, действующих на определенной территории. Как уже говорилось выше, даже внутри системы государственного

управления (не говоря уже о многих индивидуальных исполнителях) могут обладать отличные друг от друга представления и предпочтения. Необходимы такие стратегии управления, с помощью которых можно координировать взаимодействие внутри стран и на международном уровне. Существуют самые различные способы взаимодействия: по иерархическим звеньям: односторонние действия, договорные соглашения или процедуры голосования на основе большинства. Действующие лица всегда должны представлять себе, какие существуют возможные и надлежащие способы взаимодействия для достижения общих согласованных целей.

## **В. Учет проблематики общественного здравоохранения и укрепление человеческого потенциала при снижении степени сложности**

37. В 1980-х годах популярным был такой лозунг: «Мыслить глобально, действовать локально». Это была попытка дать ответ на рост глобальных взаимосвязей и на параллельное требование, чтобы каждый индивидуум сам справлялся с растущими сложностями с учетом своих собственных возможностей. Если исходить из подхода, в соответствии с которым в центре организационной структуры находится действующее лицо, то может показаться, что теперь придется столкнуться с еще большими сложностями. Действительно, уровень взаимосвязей растет, и каждый индивидуум, каждый институт должны с этим считаться. Но в то же время было бы неправильным думать, что каждому действующему лицу, для того чтобы сделать рациональный выбор, потребуется вся информация не только о здравоохранении, но и обо всех принимаемых в мире мерах политического характера и их возможных взаимосвязях и взаимодействии. Понятно, что от этого у каждого голова может пойти кругом. Точно также, бесперспективно создавать некую централизованную структуру в области здравоохранения, заменяющую индивидуальные действия, подходом, предусматривающим централизованные и веерные действия по цепочке сверху вниз. Во-первых, маловероятно, что такой структуре удастся собрать всю информацию, и, во-вторых, маловероятно, что централизованная структура сможет принять все надлежащие меры соответствующим образом в целях развития, восстановления и поддержания услуг здравоохранения в данный момент времени в любой части мира.

38. Если невозможно, чтобы каждый непосредственно занимался всем и чтобы вся информация и все решения исходили из одного центра, то разве смогут действующие лица в сфере общественного здравоохранения справиться со всем комплексом вопросов, стоящих перед ними в реальной жизни? Найти путь к решению этой проблемы можно путем комбинации двух видов деятельности: повышение осведомленности и свободная привязка мест действия.

### **1. Повышение осведомленности, подготовка кадров и образование**

39. Во-первых, все действующие лица, которые как прямо, так и косвенно вовлечены в деятельность системы общественного здравоохранения и предоставления медицинских услуг, должны иметь в виду тот факт, что в XXI веке общественное здравоохранение представляет собой глобальный вызов и что решения, принимаемые действующим лицом в одной стране, отражаются на здраво-

охранении другой страны. Всем и каждому гораздо важнее постараться понять принцип взаимосвязи, чем стремиться заполучить в свое распоряжение всю информацию по всем вопросам.

40. Во-вторых, каждый индивидуум и каждое корпоративное действующее лицо должны осознавать свое собственное конкретное место и свои возможности по отношению к здравоохранению. Сюда же относится их понимание роли собственного здоровья и его последствий для окружающей среды, а также понимание роли институтов, оказывающих прямое или косвенное воздействие. В случае учета проблематики здравоохранения, как и в случае учета гендерной проблематики, необходимо также, чтобы все институты задумались над тем, какое отношение они имеют к охране здоровья, и дали оценку тех ситуаций, когда они не поддерживают или даже тормозят принятие мер по укреплению, восстановлению или поддержанию здоровья.

41. В-третьих, повышение осведомленности должно привести к пересмотру принципов подготовки работников здравоохранения и других соответствующих служащих во всей системе государственно-административного управления. Кроме того, повышение осведомленности специалистов должно материализоваться в учебные программы, например в школах, а также в программах подготовки руководителей в сфере государственно-административного управления. Именно таким путем происходит интеграция вопросов здравоохранения и подготовки кадров, что может принести взаимную пользу.

## 2. Свободная связь

42. Концепция свободной связи<sup>17</sup> получила путевку в жизнь в науке, посвященной организационному строительству, где она понимается как инструмент, предназначенный для того, чтобы избежать ловушки, скрывающейся в принятии совместных решений. Такой риск всегда существует там, где интересы и сфера компетенции действующих лиц и мест действия совпадают и дублируются. Само собой разумеется, что в сфере общественного здравоохранения степень такого риска чрезвычайно высока. Наиболее явно такие риски проявляются в том случае, когда происходит дублирование горизонтальных мер политики (например, бюджет) и вертикальных мер политики (например, здравоохранение). Отсутствие взаимопонимания между органами здравоохранения и другими ведомствами может привести к недофинансированию. В числе других примеров можно привести совпадающие в сфере здравоохранения компетенции национальных, внутрирегиональных и/или местных органов власти. Если действия в одном месте зависят от действий в других местах, то потребность координации с целью недопущения блокировок неизмеримо возрастает.

43. Организация общественного здравоохранения в соответствии с принципом свободной связи позволит перенести прерогативы, связанные с принятием решений, в контекст (или место), где такая связь наиболее целесообразна. Врачи будут по-прежнему принимать решения в отношении курса лечения своих пациентов, правительства будут одобрять ту или иную национальную политику в области здравоохранения, а международные организации будут выполнять свои задачи в рамках предоставленного им мандата. Связь между действующими лицами в их конкретном контексте будет «свободной» в том смысле, что

<sup>17</sup> Weick, Karl E., *Der Prozeß des Organisierens* (Suhrkamp, Frankfurt, 1995).

решения, принимаемые в одном месте действия, не всегда будут обязательными для действующих лиц в других местах. Суть заключается в том, что сегодня многие действующие лица совсем не связаны друг с другом. Если же государственные институты не имеют представления о потенциальных и практических последствиях их деятельности для здравоохранения, то такой связи не существует вовсе. Данная ситуация в корне бы изменилась, если бы все государственные институты были осведомлены о возможных и реальных последствиях своих действий. Кроме того, поможет и то обстоятельство, если все действующие лица будут получать ориентировку (будь то со стороны других органов, общественности или благодаря сложившимся принципам). Указанная связь должна быть достаточно свободной для того, чтобы можно было оградить автономный статус действующих лиц и оставить пространство для принятия независимых и децентрализованных решений. В тоже время она должна быть достаточно прочной для того, чтобы оставить место для принятия эффективных решений или выполнения комплексных действий.

44. Что означает повышение осведомленности и свободная связь для государственного управления, необходимо анализировать и определять в каждом отдельном случае. Разумеется, целесообразно, как это представляется, проверить весь государственный сектор на предмет его прямого и косвенного влияния на общественное здравоохранение и его возможного и эффективного вклада в развитие, установление и поддержание систем оказания услуг по охране здоровья. Можно надеяться, что в конце этого процесса будет получена гораздо более широкая и более дифференцированная картина, характеризующая состояние системы здравоохранения. Индивидуумы и учреждения, находящиеся внутри традиционного сектора здравоохранения, будут лучше осознавать свою роль по отношению к другим индивидуумам и учреждениям, находящимся вне систем здравоохранения. Вполне возможно, что это различие покажется более спорным для тех, кто в настоящее время считает, что они находятся за пределами системы здравоохранения. Вполне вероятно, что многие из них вдруг окажутся частью более широкой системы здравоохранения, и этот момент можно будет считать отправной точкой для начала плодотворного диалога, улучшения координации и создания более эффективных и действенных систем, оказывающих медицинские услуги.

### **III. Преодоление «бункерной ментальности»**

45. 24 октября 2008 года Управление по вопросам поддержки и координации Экономического и Социального Совета Департамента по экономическим и социальным вопросам организовало в Нью-Йорке дискуссию на тему «Глобализация и здоровье». Выступая на этой дискуссии, Генеральный директор ВОЗ отметила, что серьезную проблему представляет собой «бункерная ментальность». Эта позиция ВОЗ была подтверждена в ходе обсуждения дефицита координации смежных вопросов здравоохранения, которое представлено выше в разделах I и II настоящего доклада. Затем был сделан очередной шаг вперед, и эта тема была проанализирована в более широком контексте государственного управления. Цель настоящего раздела состоит в том, чтобы предложить примеры того, что можно сделать или что уже было сделано для преодоления связанных с этим недостатков. Эти примеры не могут дать полную картину тех явле-

ний, которые уже разворачиваются. Тем не менее, они содержат четкое указание на то, что улучшение координации и кооперации поверх традиционных границ политики услуг здравоохранения возможно и что почин в этом направлении уже сделан.

## **А. Народная медицина как часть систем здравоохранения**

46. В странах Африки, Азии и Латинской Америки народная медицина используется как вспомогательное средство для удовлетворения некоторых потребностей населения в области первичной медико-санитарной помощи. В Африке до 80 процентов населения пользуется народной медициной на уровне первичной медико-санитарной помощи. В промышленно развитых странах адаптированные варианты народной медицины называют «дополнительными» или «альтернативными». Народная медицина сохраняет свою популярность во всех регионах развивающегося мира, и ее использование быстро распространяется в промышленно развитых странах<sup>18</sup>:

а) в Китае народные средства из лекарственных трав составляют 30-50 процентов от общего спроса на медикаменты;

б) в Гане, Замбии, Мали и Нигерии 60 процентов детей, заболевших малярией, получают первую помощь дома в виде настоев лечебных трав;

с) по оценкам ВОЗ, в ряде африканских стран традиционные лекари помогают при родах в большинстве деторождений;

д) в Европе, Северной Америке и других промышленно развитых регионах услугами дополнительной или альтернативной медицины по крайней мере однажды пользовались свыше 50 процентов населения;

е) в Канаде услугами дополнительной медицины по крайней мере один раз пользовались 70 процентов населения;

ф) в Германии натуральным лечебным средством на том или ином этапе своей жизни пользовались 90 процентов населения;

г) в Соединенных Штатах Америки 158 человек из числа взрослого населения пользуются средствами дополнительной медицины, и, согласно данным Комиссии по политике в отношении дополнительных и альтернативных лекарственных средств, в 2000 году в Соединенных Штатах на традиционные лекарственные средства было потрачено 17 млрд. долл. США;

h) глобальный рынок лекарственных средств из трав в настоящее время составляет свыше 60 млрд. долл. США в год и продолжает неуклонно расти. В 70 странах действует национальное законодательство, регулирующее применение лекарственных средств из трав, однако законодательство, регулирующее применение лечебных растений, развивается отнюдь не на основе какой-то структурной модели;

<sup>18</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134>.

i) Вьетнам, Китай, Корейская Народно-Демократическая Республика и Республика Корея полностью интегрировали народную медицину в свои системы медицинского обслуживания, однако многим странам еще предстоит собрать и обработать стандартную доказательственную базу данных о подобного рода лечебной практике.

47. Эти примеры иллюстрируют две вещи. Во-первых, понимание медицины как таковой расширяется. Во-вторых, люди не только выступают в роли реципиентов, но и выражают свой спрос. Это — еще одно доказательство того, что понимание системы здравоохранения и конкретной роли различных действующих лиц в рамках этой системы необходимо пересмотреть.

## **В. Координация и гармонизация политики стран на международном уровне**

48. Увязка вопросов здравоохранения и помощи в целях развития чрезвычайно важна для достижения согласованных на международном уровне целей в области развития. Так, в Парижской декларации<sup>19</sup>, принятой 2 марта 2005 года, содержится план практических мер, в том числе показатели повышения качества помощи и ее воздействия на ход развития. Достижение этих показателей поддается количественному измерению, поскольку они были согласованы с целями, запланированными на 2010 год. В связи с актуальностью принятой декларации, особенно для здравоохранения в контексте целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, которые предусматривают снижение детской смертности, укрепление материнского здоровья и борьбу с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими болезнями, этот договорный документ представляет собой важный шаг в направлении улучшения координации и сотрудничества по горизонтали и вертикали.

49. Парижская декларация содержит также стратегию для системы управления, в соответствии с которой страны-партнеры и страны-доноры признают необходимым принять на себя обязательства. Обязательства принимают на себя обе стороны, хотя в пункте 13 Декларация говорится о том, что обязательства следует толковать с учетом конкретной ситуации каждой страны-партнера. Хотя это положение не является оговоркой для выхода из данного соглашения, оно может снизить его эффективность, поскольку предоставляет национальным правительствам возможность для довольно широкого толкования Декларации. Например, оно могло бы стать причиной вспышки пандемии в том случае, если одна из стран решит отложить проведение профилактического мероприятия из-за «конкретной ситуации», сложившейся в данной стране.

## **С. Учет проблематики здравоохранения во внешней политике государств**

50. Хотя вопрос отношений между здравоохранением и эффективностью помощи стоит на повестке дня вот уже многие годы, рассмотрение этого вопроса вплотную началось совсем недавно. В марте 2007 года министры иностранных дел Бразилии, Индонезии, Норвегии, Сенегала, Таиланда, Франции и Южной

<sup>19</sup> <http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf>.

Африки приняли в Осло декларацию «Внешняя политика и здоровье населения мира: программа действий», в которой они признают, что «ни одна страна не может оградить себя от трансграничных рисков и угроз для своей национальной медицинской безопасности». Под термином «глобальная медицинская безопасность» они понимают связь между здравоохранением и внешнеполитическими задачами с точки зрения достижения национальной безопасности. По мнению вышеупомянутых министров иностранных дел, «что касается безопасности, торговли, конфликтов и кризисов, окружающей среды и прав человека, то внешнеполитические меры существенно влияют на нашу способность обеспечить национальную и глобальную медицинскую безопасность». В качестве наиболее эффективных мер реагирования на глобальные вызовы в области здравоохранения они рассматривают альянсы, сотрудничество и партнерства. В духе Парижской декларации они подчеркнули, что такие усилия должны быть прозрачными, подотчетными, внушающими доверие, непредвзятыми.

51. Министры иностранных дел определили области, где утверждаемые ими политические позиции способны существенно изменить ситуацию. Составленная ими программа действий имеет три основные темы, и по каждой из них они наметили ряд конкретных мер. Самое интересное в этом списке то, как много в нем затрагивается смежных вопросов, когда идет перечисление тех направлений, на которых внешнеполитические ведомства могут существенно повлиять на будущее глобального здравоохранения.

*Потенциал, необходимый для обеспечения глобальной медицинской безопасности*

- 1) Обеспечение готовности и внешняя политика
- 2) Борьба с новыми инфекционными заболеваниями и внешняя политика
- 3) Медицинские кадры и внешняя политика

*Перед лицом угроз для глобальной медицинской безопасности*

- 4) Конфликты (период до конфликта, период активной фазы конфликта и постконфликтный период, а также этап миростроительства)
- 5) Стихийные бедствия и другие кризисы
- 6) Борьба с ВИЧ/СПИДом
- 7) Здоровье человека и окружающая среда

*Поставить глобализацию на службу всех*

- 8) Здоровье и развитие
- 9) Торговая политика и меры по осуществлению и контролю выполнения соглашений

- 10) Политическое руководство в интересах обеспечения глобальной медицинской безопасности

**Политика учета проблематики здравоохранения как составная часть реформы государственного сектора в Мозамбике**

Проект реформирования государственного сектора (UTRESP) осуществлялся в период с 2003 года по конец 2006 года при поддержке ПРООН и Департамента по экономическим и социальным вопросам Секретариата. Был охвачен широкий диапазон деятельности. Под девизом «Поддержка борьбы с ВИЧ/СПИДом и гендерная проблематика» оказывалась поддержка политике учета не только гендерной проблематики, но и вопросов, касающихся профилактики ВИЧ/СПИДа и борьбы с этими болезнями. Один из выводов проекта заключается в том, что учет проблематики ВИЧ/СПИДа и гендерной проблематики имеет решающее значение для государственного сектора и что такой учет следует рассматривать как две важные смежные стратегии, реализуемые в рамках всех инициатив по реформированию государственного сектора, где это уместно. Настоящий пример показывает, что совместный учет рисков для здоровья (ВИЧ/СПИД) и другой проблематики (гендерная политика) уже применяется на практике в ходе реформы государственного сектора государств-членов. Показательно, что для каждой из двух областей концепция учета считается возможной и необходимой.

*Источник:* Департамент по экономическим и социальным вопросам, проект MOZ/01/015.

**D. Информационно-коммуникационные технологии и электронные средства управления**

**1. «Электронное здоровье»**

52. Необходимость развития и организации новых возможностей для предоставления эффективных медицинских услуг способствовали резкому расширению применения информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) в сфере здравоохранения. Так возникло собирательное название «электронное здоровье» или телемедицина. Понятие «электронное здоровье» означает использование в здравоохранении цифровых данных — хранимых, извлекаемых и передаваемых электронным способом — для целей оказания медицинских услуг как на местах, так и на удалении. Сегодня внедрение ИКТ в повседневную деятельность работников здравоохранения и освоение системы «электронное здоровье» становятся реальностью как в развитых, так и в развивающихся странах. Однако остается открытым вопрос: не будет ли развитие этой системы отвлекать драгоценные ресурсы от насущных потребностей в бедных странах, где нехватка ощущается во всем.

53. Сегодня ИКТ могут оказывать поддержку различным функциям системы здравоохранения, предлагая уникальную возможность для укрепления ее информационно-справочных и обучающих процедур. Кроме того, она, естествен-



но, упрощает процесс внедрения альтернативной или народной медицины. Более того, ИКТ облегчают поддержание взаимосвязей органов управления здравоохранения с другими ведомствами и общественностью. Как утверждает ВОЗ, система «электронное здоровье» должна стать важным компонентом разработки любых планов и стратегий реформирования здравоохранения в XXI веке. В связи с этим необходимо удовлетворять потребности развивающихся стран в укреплении потенциала и подготовке государственных чиновников в области ИКТ.

## 2. Платформы для информации, диалога и подготовки кадров

54. Для углубления сетевой связи и обмена информацией Департамент по экономическим и социальным вопросам предлагает целый ряд электронно-информационных средств. Главная роль принадлежит portalу «Сеть Организации Объединенных Наций по вопросам государственного управления (ЮНПАИ)<sup>20</sup>. Его назначение — оказывать помощь государствам-членам, в первую очередь развивающимся странам и странам с переходной экономикой, отвечать на вызовы, с которыми сталкиваются правительства в их усилиях по ликвидации цифрового разрыва между богатыми и бедными странами и достижению своих целей в области развития. Коротко говоря, задача портала ЮНПАИ состоит в том, чтобы содействовать обмену знаниями, опытом и передовой практикой во всем мире с помощью ИКТ, здоровой государственной политики, эффективного государственного управления и эффективных гражданских служб, а также путем наращивания потенциала и углубления сотрудничества между государствами-членами.

55. Портал ЮНПАИ сообщает новости о системах государственного управления в мире, которые поступают отовсюду, и предлагает возможности для обучения персонала в режиме реального времени. Кроме того, Департамент по экономическим и социальным вопросам проводит обследования по вопросам применения электронных средств управления и публикует полученные результаты. В ходе проведенного в 2008 году подобного глобального обследования<sup>21</sup> была подготовлена оценка одного и того же набора функций, используемых аналогичными или схожими сайтами в каждой стране, с целью обеспечения преемственности в их работе. В соответствии с его концептуальными рамками развития человеческого потенциала обследовались министерства и ведомства по вопросам здравоохранения, образования, социального обеспечения, труда и финансов, которые олицетворяют те государственные услуги, в которых граждане больше всего нуждаются. Оценка каждого сайта проводилась на основе стандартного набора вопросов.

56. Портал под названием «Глобальный альянс за информационно-коммуникационные технологии и развитие»<sup>22</sup> обеспечивает глобальный форум для всестороннего рассмотрения смежных вопросов, относящихся к ИКТ и развитию. Одной из основных областей является здравоохранение.

<sup>20</sup> <http://www.unpan.org>.

<sup>21</sup> <http://www.unpan.org/Library/MajorPublications/UNEGovernmentSurvey/tabid/646/Default.aspx>.

<sup>22</sup> United Nations, *Foundations of the Global Alliance for ICT and Development*, 2007.

См. также <http://www.un-gaid.org>.

57. Программа ВОЗ в области «электронного здоровья» призвана оказывать поддержку странам в деле дальнейшего развития их систем здравоохранения путем улучшения доступности, качества и эффективности услуг на основе использования ИКТ. Основными целями программы являются:

- a) поддержка государств-членов в их усилиях по определению более подходящих технологий с учетом потребности, целей и условий стран;
- b) содействие разработке этических и юридических норм, касающихся сбора, хранения и использования информации о здоровье граждан при условии охраны частной жизни и соблюдения конфиденциальности;
- c) содействие обмену передовой практикой между государствами-членами;
- d) поддержка осуществления технических программ в странах путем предоставления информации о возможностях и рисках.

#### IV. Выводы и рекомендации

58. В докладе не оспаривается тот факт, что секторальные и вертикальные действия достигли определенного успеха, но вместе с тем показано, что глобальная система здравоохранения становится все более зависимой от взаимосвязей и сотрудничества в области политики и между секторами. Традиционные институты охраны здоровья не теряют своей актуальности. Напротив, их значение возрастает. Например, они превращаются в узел сетевой связи. Тем не менее, для развития, восстановления и поддержания услуг здравоохранения необходимо обеспечивать осведомленность среди всех институтов, а особенно в рамках систем государственного управления. Они должны осознавать, каков их потенциал настоящего и будущего влияния на систему общественного здравоохранения и оказания услуг по охране здоровья. Такое повышение сознания могло бы служить отправной точкой для улучшения координации и повышения эффективности и действенности медицинских услуг.

59. Расширение сотрудничества требует принятия кооперационных подходов, и по отношению к обществу это означает привлечение общественности к коллективному участию в управлении. Действующие лица в частном и государственном секторах должны активизировать свои взаимосвязи. Частные действующие лица должны оказывать поддержку и сопровождать усилия общества, однако действующим лицам государственного сектора отводится роль штурманов. Это отнюдь не означает, что народ лишен роли первого плана. Люди подвергаются риску для здоровья и они нуждаются в услугах здравоохранения. Поэтому совершенно очевидно, что должны применяться подходы коллективного участия.

60. **Государствам-членам предлагаются следующие рекомендации:**

- a) **всем секторам и всем уровням государственного управления разъяснить их соответствующие обязанности и возможности в отношении развития, восстановления и поддержания общественного здравоохранения и обеспечения медицинского обслуживания;**

b) разрабатывать комплексную политику в области здравоохранения, т.е. такую политику, которая координируется со всеми другими мерами политики, оказывающими прямое или косвенное влияние на общественное здравоохранение и медицинское обслуживание населения;

c) принимать подходы коллективного участия и с действующим лицом в центре для разработки национальной политики в области здравоохранения. В качестве средств обеспечения должного участия следует использовать ИКТ, применяемые для управления;

d) совершенствовать межсекторальное сотрудничество и управление в качестве неотъемлемой части государственного управления. Работники здравоохранения и другие сотрудники государственных учреждений должны пройти соответствующую подготовку;

e) укреплять вклад системы государственного управления в создание информационных систем для здравоохранения, например с помощью их статистических бюро, а также путем предоставления удобных для пользования веб-сайтов и превращения электронной составляющей системы здравоохранения в один из основных компонентов любых планов и стратегий, направленных на реформирование системы здравоохранения;

f) обеспечивать международную открытость и способность к интеграции. В качестве составной части этого глобального усилия в области общественного здравоохранения продолжать развитие систем готовности и реагирования (оповещение об инфекционных заболеваниях и их мониторинг);

g) поощрять долгосрочное финансирование, в том числе партнерство между государственным и частным секторами, где это целесообразно, для целей проведения научно-исследовательских и опытно-конструкторских разработок в отношении новых лекарственных препаратов и методик лечения. Учитывать, что общественное здравоохранение, хотя оно и является дорогостоящей сферой услуг, имеет огромное значение для развития экономики и общества. Государствам-членам следует предусматривать возможность для увеличения ассигнований на общественное здравоохранение и рассматривать их как инвестиции в экономическое и социальное развитие стран;

h) привлекать к сотрудничеству организации гражданского общества с целью повышения осведомленности в вопросах здравоохранения среди различных заинтересованных сторон и провайдеров государственных услуг.

61. Учреждениям Организации Объединенных Наций предлагаются следующие рекомендации:

a) соответствующим учреждениям Организации Объединенных Наций следует продолжать оказывать помощь государствам-членам в их усилиях по развитию, восстановлению и поддержанию системы общественного здравоохранения и оказанию услуг по охране здоровья;

b) соответствующим учреждениям Организации Объединенных Наций следует продолжать анализировать политику горизонтальной и вертикальной координации с целью оказания государствам-членам помощи в разработке комплексной национальной политики;

c) разработка на основе ИКТ электронных средств для сбора информации о системах медицинского обслуживания и мониторинга их функционирования представляет собой важный вклад со стороны соответствующих учреждений Организации Объединенных Наций, и его следует развивать и далее, в том числе заниматься анализом угроз и возможностей, сильных и слабых сторон, различных средств управления, особенно тех, которые используются в контексте электронных систем управления и здравоохранения;

d) и последнее, что также очень важно, исследовательская деятельность соответствующих учреждений Организации Объединенных Наций в секторе здравоохранения должна охватывать подходы в центре с действующим лицом, а их работа по консультированию должна проводиться с учетом подходов коллективного участия в управлении сектором здравоохранения.

---