



Состояние здравоохранения в мировом масштабе

Мир значительно продвинулся по этому пути, но многое еще предстоит сделать

Дэйвид И. Блум

ВСПЫШКА лихорадки Эбола занимала ведущее место в новостях о глобальном здравоохранении на протяжении большей части второй половины 2014 года. Это понятно в свете ужасающего и смертельного характера вирусного заболевания Эбола, отсутствия в настоящее время вакцины или лечения, а также перспектив быстрого и широкого распространения лихорадки Эбола при слабых и медленно реагирующих системах здравоохранения на местном, национальном и глобальном уровнях — усугубляемого возможностью ошибки, связанной с человеческим фактором.

Лихорадка Эбола также может наложить тяжелое бремя на экономику пострадавших стран, вызвать панику и способствовать политической и социальной нестабильности и без того неустойчивой обстановки. Напрашивается сравнение лихорадки Эбола с другими смертельными инфекционными заболеваниями — такими как бубонная чума, оспа, полиомиелит, грипп и ВИЧ.

Но несмотря на прошлые серьезные удары по здравоохранению и современные угрозы, важно помнить о колоссальных достижениях человечества в профилактике и лечении ин-

фекционных заболеваний. Эти достижения стали возможными во многом благодаря расширению доступа к чистой воде и канализации, разработке и широкому распространению безопасных и эффективных вакцин, революции в медицинской диагностике и лечении, а также улучшению в сферах питания, образования и доходов. Системы здравоохранения — сочетание людей, официальных правил и институтов, неформальной практики и других ресурсов, которые удовлетворяют потребности населения в услугах здравоохранения, — также внесли важный вклад. Особенно действенны системы, делающие упор на профилактику заболеваний, стремящиеся к всеобщему охвату и умело ведущие наблюдение для выявления фактических и потенциальных угроз для здоровья населения, — содействуя более здоровым привычкам и повышая стандарты здоровья и учебы, сохраняя, мотивируя работников здравоохранения и оказывая им содействие.

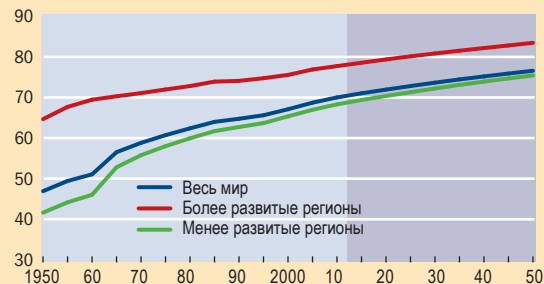
Несомненно, здоровье относится к фундаментальным аспектам благосостояния, а его защита и укрепление множеством способов повышают благосостояние отдельных людей и общества. Несмотря на будущие опасности, технологические и организационные инновации открывают широкие перспективы для более здорового, богатого, а также справедливого и безопасного мира. Расходы на здравоохранение не сводятся к обременительным расходам на потребление, речь идет об инвестициях в производительность, рост доходов и сокращение бедности.

Рисунок 1

Более долгая жизнь

Продолжительность жизни увеличивается во всем мире и, по прогнозам, это увеличение в ближайшие десятилетия продолжится.

(Продолжительность жизни, в годах)



Источник: Организация Объединенных Наций, *World Population Prospects* (2013).
Примечание. Отдел по вопросам народонаселения ООН относит к «более развитым регионам» Австралию, Европу, Новую Зеландию, Северную Америку и Японию; к «менее развитым регионам» относятся страны Африки, Азии (кроме Японии), Латинской Америки и Карибского бассейна, а также Меланезия, Микронезия и Полинезия. Данные после 2012 года — прогнозы.

Дополнительные годы жизни

Одним из наиболее наглядных проявлений прогресса в здравоохранении является резкое увеличение продолжительности жизни. За последние шесть десятилетий продолжительность жизни в мире увеличилась более чем на 23 года и, по прогнозам отдела по вопросам народонаселения Организации Объединенных Наций, возрастет еще почти на 7 лет к 2050 году (см. рис. 1). На графике оценивается ожидаемая продолжительность жизни детей, рожденных в указанный год, если бы на них распространялись коэффициенты смертности возрастной группы того года в течение всей их жизни. Устойчивое увеличение продолжительности жизни с 1950 по 2010 годы отражает резкое снижение младенческой и детской смертности (коэффициент младенческой смертности снизился в мировом масштабе со 135 на 1 000 живорожденных в 1950 году до 37 в 2010 году) и увеличение продолжительности жизни взрослых. Продолжительность жизни колебалась на уровне 25–30 лет на протяжении большей части истории человечества, так что недавнее и прогнозируемое ее продление относятся к величайшим достижениям человечества.

**Бремя болезни неодинаково**

Инфекционные заболевания уносят больше жизней в развивающихся странах, тогда как бремя неинфекционных заболеваний заметнее в странах с развитой экономикой.
(В процентах)

	Доля скорректированных на инвалидность лет жизни			Доля смертей		
	Весь мир	Развивающиеся страны	Развитые страны	Весь мир	Развивающиеся страны	Развитые страны
Неинфекционные заболевания						
Сердечно-сосудистые заболевания и болезни системы кровообращения	11,9	10,2	21,3	29,6	25,1	43,4
Опухоли	7,6	6,2	15,3	15,1	12,3	23,7
Психические расстройства и расстройства поведения	7,4	6,7	11,1	0,4	0,3	1
Скелетно-мышечные нарушения	6,7	5,7	12,3	0,3	0,3	0,4
Диабет, мочеполовые болезни, заболевания крови и эндокринные болезни	4,9	4,7	5,8	5,2	5,2	5,1
Хронические респираторные заболевания	4,8	4,8	4,5	7,2	7,9	5
Неврологические расстройства	3	2,7	4,4	2,4	1,9	4,1
Цирроз печени	1,3	1,2	1,7	1,9	2	2
Болезни пищеварительного тракта	1,3	1,3	1,5	2,1	2,1	2,2
Другие неинфекционные заболевания	5,1	5,1	5,2	1,2	1,4	0,6
Инфекционные болезни						
Диарея, инфекции нижних дыхательных путей и другие распространенные инфекционные заболевания	11,4	13	2,5	10	12	4
ВИЧ/СПИД и туберкулез	5,3	6	1,7	5	6,3	1,1
Забывшие тропические болезни и малярия	4,4	5,2	0,1	2,5	3,3	0,03
Прочие	24,9	27,2	12,6	17,1	19,9	7,37

Источник: Институт медико-санитарных показателей, измерений и оценки, Мировое бремя заболеваний (2010).

Примечание. Скорректированные на инвалидность годы жизни показывают фактические годы жизни, потерянные из-за болезни, инвалидности или смерти. Категория «Прочие» включает смертность от травм, болезней нарушения питания, неонатальных и родовых осложнений.

Тем не менее экономические и бюджетные последствия увеличения продолжительности жизни и значение более долгой жизни для благосостояния человечества не установлены. Исследования представляют неоднозначные выводы относительно того, насколько отсрочка смерти также переносит возраст, в котором мозг и тело людей начинают разрушаться, и люди утрачивают свою функциональную независимость.

Несмотря на то, что более долгая жизнь людей не всегда означает, что они живут лучше, увеличение продолжительности жизни — обнадеживающий показатель возможностей в отношении как давних, так и новых угроз для здоровья. Эти угрозы включают инфекционные заболевания, такие как лихорадка Эбола, малярия, туберкулез, ВИЧ, гепатит, диарея и лихорадка денге (включая лекарственно устойчивые формы этих и других патогенов), а также хронические недуги, такие как сердечно-сосудистые заболевания, рак, респираторные заболевания, диабет, нервно-психиатрические состояния, расстройства органов чувств и скелетно-мышечные нарушения.

В 2013 году 6,3 млн детей умерло в возрасте до пяти лет. Их число сократилось с 90 смертей детей на тысячу живорожденных в 1990 году до 46 в 2013 году. Несмотря на значение этого достижения, даже столь небольшое число смертей в раннем детстве указывает на серьезные недостатки в системе

здравоохранения. Большинство смертей в раннем детстве можно предотвратить путем применения имеющихся знаний и относительно недорогих мер, таких как вакцинация, оральная регидратация, улучшение питания, доступ к средствам контрацепции, применение обработанных инсектицидом противомоскитных сеток, улучшенный дорожный уход и опора на квалифицированных акушеров. Нежелательные беременности также являются важным фактором детской и материнской смертности. Незапланированные беременности, по оценкам, составили 40 процентов из 213 миллионов беременностей во всем мире в 2012 году. Тридцать восемь процентов этих незапланированных беременностей закончились рождением ребенка, на них, по оценкам, приходилось диспропорциональное (примерно 300 000) число смертей среди матерей, вызванных осложнениями во время беременности и родов.

Неинфекционные заболевания

Кампании, приведшие к ликвидации оспы и почти полному искоренению полиомиелита, как правило, считаются наиболее успешными мероприятиями всех времен в области здравоохранения. Но уроки, преподнесенные усилиями по их ликвидации, для борьбы с инфекционными заболеваниями, на долю которых приходится почти две трети предполагаемых 53–56 миллионов смертей в год в мире, не однозначны.

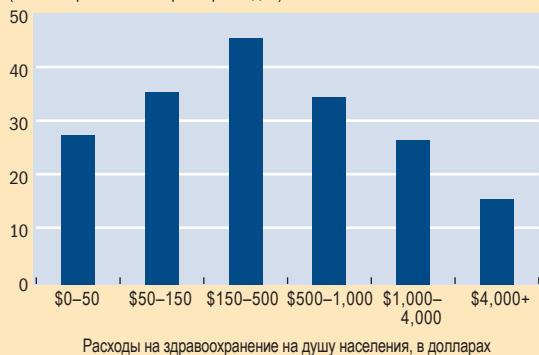
Дело в том, что в случае лечения неинфекционных заболеваний вопрос стоит не только о смерти или ее предотвращении. Также важен здоровый образ жизни. Показатель продолжительности жизни с поправкой на инвалидность (DALY) измеряет фактическое число лет, потерянных из-за инвалидности или преждевременной кончины. В таблице показано распределение смертей и DALY по причинам (в мире и в развивке на развитые и развивающиеся страны). На инфекционные заболевания приходится непропорционально больше смертей в развивающихся странах, тогда как неинфекционные заболевания относительно более заметны в развитых странах. Этот контраст отражает явление, известное как эпидемиологический переход. Переход является признаком прогресса, главным образом потому, что инфекционные заболевания обычно приходятся на более молодой возраст, но факт остается фактом — многие случаи смерти от неинфекционных заболеваний являются преждевременными в том смысле,

Рисунок 2

Низкие расходы, большие расходы

Расходы на здравоохранение значительно различаются в разных странах

(Число стран по категориям расходов)



Источник: Всемирный банк, «Показатели мирового развития», 2014 год.
Примечание. Данные за 2012 год.

что они наступают в возрасте до 70 лет. Некоторые развивающиеся страны, такие как Бангладеш и Гана, прошли через эпидемиологический переход только наполовину и несут тяжелое двойное бремя инфекционных и неинфекционных болезней. Среди неинфекционных заболеваний основной причиной смерти являются сердечно-сосудистые заболевания и болезни системы кровообращения, а также рак. Согласно показателям DALY, психические заболевания также вносят значительный вклад в мировое бремя болезней — с соответствующим негативным воздействием на производительность труда и качество жизни.

Ожидается, что на неинфекционные заболевания придется растущая доля общего бремени болезней — как из-за старения населения, так и в результате негативного воздействия потребления табака, физической бездеятельности, неправильного питания и вредного для здоровья употребления алкоголя.

В мире насчитывается 967 млн взрослых курильщиков (18 процентов взрослого населения), при почти 6 млн связанных с табаком смертей в год. Доля пользователей табачных изделий наиболее высока в Восточной Европе и Восточной и Юго-Восточной Азии. Табак также употребляется в бездымной форме, главным образом в Южной и Юго-Восточной Азии. Несмотря на снижение доли курильщиков в мире (а также числа сигарет, потребляемых каждым из них) примерно на 10 процентных пунктов с 1980 года, число курильщиков возросло в результате прироста населения. Основной причиной болезней и смертей, связанных с потреблением табака, является хроническая обструктивная болезнь легких, на которую, по оценкам, приходится примерно 3 млн смертей и 77 млн DALY в год. На рак легких приходится 1,5 млн смертей и 32 млн DALY. Обычно доля курильщиков среди женщин значительно ниже, но в последние десятилетия гендерный разрыв сократился.

Сидячий образ жизни

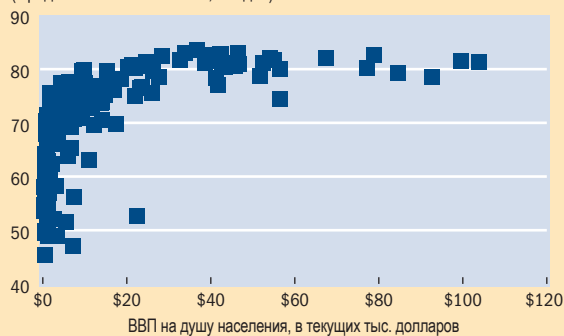
В последние десятилетия заметно повысилась и широко распространилась занятость в сфере услуг, в ущерб сельскому хозяйству и промышленности, которая сопровождается распространением сидячего образа жизни. Этот сдвиг увеличивается за счет роста доли мирового населения, проживающего в городской местности, где часто бывает меньше возможностей для физической активности. В 1950 году 30 процентов населения мира проживало в городах; сегодня — 54 процента (см. «Прирост продолжается» в этом выпуске *Ф&Р*). По оценке Всемирной организации здравоохранения в 2008 году, 31 процент взрослого населения во всем мире не был в достаточной степени физически активен.

Рисунок 3

Богатые люди здоровее

Люди, живущие в странах с более высокими доходами, обычно живут дольше, чем жители стран с низкими доходами.

(Продолжительность жизни, в годах)



Источник: Всемирный банк, «Показатели мирового развития», 2014 год.
Примечание. Данные за 2012 год.

По мере того как люди едят меньше фруктов и овощей и больше рафинированного крахмала, сахара, соли и нездоровых жиров, возрастает число взрослых (с 29 процентов населения мира в 1980 году до 38 процентов в 2013 году) и детей с избыточным весом или страдающих ожирением (с примерно 10 до 14 процентов за тот же период). Проблемы с весом способствуют высокому кровяному давлению, высокому уровню сахара в крови и холестерина, а также распространению сердечно-сосудистых заболеваний, диабета и некоторых видов рака.

Потребление алкоголя растет во всем мире, особенно в Китае и Индии. Многие группы населения демонстрируют высокие коэффициенты эпизодического злоупотребления алкоголем, что приводит к циррозу печени, сердечным заболеваниям, раку и травмам. Пьянство весьма широко распространено в Украине и России и обычно возрастает с повышением доходов на душу населения в разных странах. Примерно 6 процентов смертей в мире объясняется алкоголем (7,6 процента среди мужчин и 4 процента среди женщин).

Дестабилизирующие расхождения

Во многих отношениях к наиболее примечательным характеристикам мировой картины здравоохранения относятся резкие расхождения между его достижениями и неудачами. Например,

- Разрыв в 38 лет между страной с самой высокой продолжительностью жизни, Японией, где она составляет 83 года, и страной с самой низкой — Сьерре-Леоне, где она составляет 45 лет.
- В четырнадцати странах продолжительность жизни при рождении не достигает 55 лет, тогда как в 25 странах она превышает 80 лет.
- Продолжительность жизни за последние два десятилетия увеличилась в каждой богатой промышленно развитой стране, но снизилась в пяти африканских странах: Ботсване, Зимбабве, Лесото, Свазиленде и ЮАР, в основном, из-за смертей, связанных с ВИЧ.
- В девятнадцати странах коэффициент младенческой смертности превышает 60 на 1 000 живорожденных, тогда как в 32 странах на 1 000 живорожденных приходится менее 4 смертей младенцев.
- Девяносто девять процентов смертей среди детей приходится на страны с низкими и средними доходами.
- Коэффициент детской смертности в странах с низкими доходами в 12 раз выше коэффициента стран с высокими доходами.

- Во всем мире женщины могут рассчитывать, что проживут на четыре года дольше, чем мужчины. Но эта разница составляет менее двух лет в 24 странах, по-видимому, отражая предпочтение, отдаваемое сыновьям, которое проявляется в плохом обращении с девочками, гендерном насилии и гендерном неравенстве, таком как ограничения на доступ женщин к адекватному питанию и здравоохранению.

- В 2012 году расходы на здравоохранение в 28 странах (в основном в странах Африки к югу от Сахары, на которые приходится примерно 13 процентов населения мира) составили менее 50 долларов США на душу населения, тогда как в 16 странах (10 процентов населения мира) они превысили 4 000 долларов США на душу населения (см. рис. 2). Эти расходы были самыми высокими в Норвегии, составив 9055 долларов США на душу населения, и примерно в 600 раз превысили расходы Эритреи на другом конце спектра, составив 15 долларов США на душу населения.

Здоровье имеет значение

Американскому философу Ральфу Уолдо Эмерсону принадлежит знаменитая фраза, написанная в 1860 году: «Главное богатство — это здоровье».

Здоровье имеет значение потому, что люди ценят долгую жизнь, по мере возможности без ограничения физической и умственной деятельности. Экономисты, специализирующиеся на вопросах развития, обычно иллюстрируют устоявшуюся связь между доходом и здоровьем, показанную на страновой основе на рис. 3. Население стран с более высокими доходами, как правило, здоровее, что по традиции считается результатом лучшего питания и доступа к безопасному водоснабжению, канализации и здравоохранению, что обеспечивается более высокими доходами.

Но помимо индивидуального здоровья здоровье других людей также имеет значение по причинам, включающим моральные, этические и гуманитарные соображения и законы в области прав человека. Здравоохранение важно и потому, что вносит вклад в построение социально сплоченного и политически стабильного общества. Например, неспособность правительств удовлетворить основные потребности своего населения в услугах здравоохранения подрывает доверие и может привести к повторяющимся циклам нестабильности и распада. Это одна из причин, по которой Совет Безопасности Организации Объединенных Наций в сентябре 2014 года объявил лихорадку Эбола не только кризисом здравоохранения, но и угрозой миру и безопасности — такая оценка давалась несколько лет назад ВИЧ/СПИДу.

В последние годы экономисты стали лучше понимать экономическое значение здоровья, рассматривая его как форму человеческого капитала, который можно продуктивно использовать, точно так же как знания и навыки людей. Поскольку здоровье является фундаментальным фактором, определяющим стоимость труда, который является основным активом в распоряжении большинства бедных людей, это особенно важно для способности человека или домохозяйства подняться выше черты бедности или оставаться над этой чертой.

Наиболее убедительное доказательство экономической ценности здоровья дает микроэкономический анализ — поскольку он, как правило, основан на больших выборках и всеобъемлющих показателях здоровья и доходов, а также определяющих их факторов. Кроме того, многие микроисследования, посвященные отдельным вопросам здоровья, основаны на контролируемых рандомизированных исследованиях, которые принято считать золотым стандартом в этой области. Некоторые из наиболее убедительных исследований показали положительное воздействие таких факторов, как:

- дегельминтизация при посещении школы на последующие доходы в Кении;

- добавки железа на участие в рабочей силе, производительность и доходы в Индонезии;

- добавки йода на когнитивную функцию в Танзании;
- искоренение анкилостомоза и малярии на посещаемость школ и трудовые заработки в Америке в прошлом веке.

Макроэкономические исследования, рассматривающие общую картину, по своей природе носят менее строгий характер, но указывают, что крепкое общее и репродуктивное здоровье являются мощными двигателями экономического роста, при расчетном росте ВВП на душу населения на 4 процента с каждым дополнительным годом продолжительности жизни. В этом случае, по всей видимости, задействовано несколько каналов. К ним относятся положительное воздействие здоровья на производительность труда; посещение школы, уровень образования, когнитивные функции; сбережения, поскольку люди увеличивают сбережения в ожидании более длительного пенсионного периода; прямые иностранные инвестиции, которые часто приносят новые технологии, создание новых рабочих мест и увеличение объема торговли. Рождаемость также обычно снижается при более здоровом населении, что приносит так называемый демографический дивиденд в виде общего роста доходов, ввиду того что рабочая сила растет быстрее, чем зависящая от нее часть населения (молодежь и престарелые).

Ориентация на будущее

Значение здоровья в глобальном масштабе за последние два десятилетия резко возросло, заняв центральное место в качестве как индикатора, так и инструмента социально-экономического развития.

Согласно статье, напечатанной в ноябре 2013 года в журнале *The Atlantic*, из 20 изобретений, в наибольшей степени преобразивших характер современной жизни со времен изобретения колеса примерно 6000 лет назад, пять непосредственно связаны со здоровьем: пенициллин, оптические линзы, вакцинация, системы канализации и оральные контрацептивы.

Инноваций в области здравоохранения предостаточно. *Персонализированные и точные медикаменты*, основанные на достижениях в области молекулярного и генетического тестирования, открывают новые возможности для индивидуального прогнозирования и лечения болезней. *Технологические инновации*, такие как развитие новых или усовершенствованных вакцин и лекарственных препаратов и генетически модифицированных организмов, открывают новые перспективы профилактики и лечения заболеваний. Появление *цифрового здравоохранения*, в том числе телемедицины, носимых датчиков, электронных медицинских записей, достижения в наших возможностях анализировать большие объемы данных, а также новые методы передачи информации о здоровье и рекомендаций, открывает новые захватывающие возможности для более качественной медицинской помощи с меньшими затратами. *Новые диагностические, вспомогательные и лечебные аппараты* тоже открывают подобные возможности.

Но до начала реализации многообещающих возможностей этих нововведений в полном объеме во всем мире необходимо решить многочисленные проблемы. Для этого потребуются финансовая мощь, политическая воля и сотрудничество между многими заинтересованными сторонами и субъектами, в том числе неправительственными организациями, частными компаниями, средствами массовой информации, научными кругами, медицинским сообществом и государственными ведомствами в области здравоохранения и в смежных секторах — как в рамках стран, так и между странами.

Некоторые решения просто потребуют больше ресурсов, чтобы позволить поставщикам услуг здравоохранения более эффективно использовать имеющиеся знания о том, как укреплять

Вспышка лихорадки Эбола

Ученые открыли вирус лихорадки Эбола в 1976 году после вспышек этой болезни в Демократической Республике Конго (недалеко от реки Эбола) и в Судане.

Вспышки лихорадки Эболы в настоящее время в Гвинее, Либерии и Сьерра-Леоне связаны с заирским штаммом вируса Эбола, который считается самым смертельным из пяти известных видов. Текущая эпидемия — самая тяжелая, пожалуй, намного серьезней других, ввиду существенного занижения данных о лихорадке Эбола из-за страха, стереотипов и слабого надзора в системах здравоохранения. Вирус, скорее всего, перешел к человеку через контакт с кровью или другими жидкостями от зараженного животного.

После появления симптомов у инфицированного человека (которое обычно занимает от нескольких дней до нескольких недель) вирус может передаваться другим людям через контакт с биологическими жидкостями, которые проникают через слизистые оболочки или поврежденную кожу, в том числе после смерти, если, например, люди не принимают соответствующие меры предосторожности при подготовке тела к похоронам. В испытывающих резкую нехватку кадров, ресурсов и слабых национальных системах здравоохранения, коэффициент смертности от лихорадки Эбола достигает от 40 до 80 процентов. Кроме того, болезнь распространяется на медицинских работников, а уменьшение числа работников здравоохранения ведет к повышению коэффициентов заболеваемости и смертности от других заболеваний и состояний.

По прогнозам, вспышки нанесут ущерб в размере миллиардов долларов как в результате самой болезни, так и страха

перед инфекцией, из-за которого учащаются случаи невыхода на работу и нарушаются многие виды экономической деятельности. Из страха перед инфекцией люди также покидают зараженные районы, что может способствовать распространению вируса и затрудняет отслеживание контактов.

Врачи в основном лечат лихорадку Эбола лекарствами против симптомов и пополняя потерянную жидкость. Проводятся испытания экспериментальных препаратов, разрушающих вирус, наряду с использованием сыворотки крови переживших лихорадку Эбола пациентов.

Перспективные вакцины разработаны, но до сих пор не проверены на людях. Их распространение, скорее всего, трудно будет обеспечить в местах с неразвитой инфраструктурой, в которых потребности намного превышают предложение. Также вызывает беспокойство возможность мутации вируса.

Помимо Гвинеи, Либерии и Сьерра-Леоне, подозреваемые и подтвержденные случаи отмечены в Нигерии и Сенегале, хотя обе страны быстро взяли вспышки под контроль и объявлены свободными от передачи вируса лихорадки Эбола. Во время написания этой статьи отдельные случаи обнаружены в Испании, Мали и США. В дополнение к повышению степени информированности о практике, которая подвергает людей опасности заражения вирусом лихорадки Эбола, и поощрению методов профилактики инфекции, в меры, принимаемые системами здравоохранения по борьбе с лихорадкой Эбола, входят карантин подозрительных случаев и выявление, отслеживание и мониторинг здоровья людей, с которыми они имели контакты.

и беречь здоровье. Другие потребуют создания инфраструктуры для канализации, питьевой воды, транспорта, связи, образования и энергетики — важных составляющих в обеспечении качественной медицинской помощи и доступа к ней. Некоторые решения потребуют новой политики и институциональных механизмов, побуждающих людей к внесению положительных изменений в свой образ жизни и поощряющих деловые инновации в разработке и поставке укрепляющих здоровье продуктов, таких как вакцины и лекарства, и услуг, таких как медицинские осмотры, сообщения служб здравоохранения и хирургические операции. Непрерывный прогресс науки должен питать эти потоки продуктов и цепочки поставок и решать серьезные задачи, поставленные угрозой для здоровья такими болезнями, как лихорадка Эбола; чикунгунья (вирусная инфекция, распространяемая комарами, которая обычно вызывает лихорадку и боль в суставах); MRSA (золотистый стафилококк, устойчивый к метициллину) и другие устойчивые к антибиотикам инфекции; и неинфекционные угрозы для здоровья, такие как ожирение, депрессия и проблемы здоровья, связанные с окружающей средой (см. «Угрозы глобальному здравоохранению XXI века» в этом выпуске *Ф&Р*).

Мощности и охват системы здравоохранения также необходимо расширять, используя новые модели для осуществления эпидемиологического мониторинга и эффективного размещения врачей, медицинских сестер, фармакологов, работников здравоохранения на местном уровне и консультантов. Потребуется координация деятельности разных участников и заинтересованных сторон на местном, национальном и мировом уровнях во избежание дублирования усилий и для обеспечения продуктивного обмена информацией, рациональных и обоснованных приоритетов и технико-экономической эффективности. Координация необходима также для защиты здоровья от таких вторичных эффектов экономического прогресса и глобализации, как трансграничная мобильность, изменение климата, опустынивание, засуха и загрязнение пищи и лекарств.

Вся эта работа должна проводиться с чувством финансовой ответственности, что будет все сложнее осуществлять по мере

роста и старения населения, выходящего за рамки традиционного периода трудовой деятельности, и расширения охвата систем здравоохранения и их мандатов по предоставлению услуг. Бюджетные проблемы во многих странах затрудняют выделение правительствами дополнительных ресурсов на здравоохранение (см. «Настоятельно необходимая эффективность» в этом выпуске *Ф&Р*).

Когда речь идет о стратегиях здравоохранения, понятие универсального подхода плохо обоснованно ввиду значительных различий в общественном строе, обычаях, политических системах, экономических возможностях и историческом наследии разных стран. Например, в некоторых обществах недопустимо, чтобы женщин обследовали и лечили врачи-мужчины. В других от семьи ожидается активное участие в уходе за пациентами в стационаре. Стандарты для сертификации практикующих врачей, и даже философия и характер медицинской практики (например, стандартной гомеопатической, индусской аюрведической и традиционной китайской) также различны в разных условиях.

Другие вопросы, требующие изучения, включают децентрализацию системы здравоохранения страны (см. «На местах» в этом выпуске *Ф&Р*), внедрение моделей с оплатой работы по результатам, и стимулирование нынешнего и будущего здоровья и благополучия населения при помощи подходов на основе обусловленных денежных трансфертов, которыми неимущие домохозяйства награждаются за конкретные действия, такие как вакцинация детей (или посещение ими школы).

Правительство призвано играть естественную роль в принятии мер по эффективному содействию желательным для общества уровням предоставления услуг здравоохранения. Нерегулируемым рынкам будет трудно это делать по причинам, включающим вторичные эффекты, связанные с инфекционными заболеваниями, и порой оппортунистическое поведение частных поставщиков медицинских услуг, которые используют свое информационное превосходство и предполагаемый статус для эксплуатации потребителей, советуя им идти на ненужные и дорогостоящие процедуры.

В основе лежит вопрос организации системы здравоохранения. Является ли наиболее эффективной и прагматической организацией системы здравоохранения вертикальная организация в виде набора конкретных программ по конкретным болезням и расстройствам (специализирующихся, например, по ВИЧ/СПИДу и малярии) или горизонтальная организация в виде единой системы для всех болезней и расстройств — предмет многолетних дискуссий среди исследователей и разработчиков политиков в области здравоохранения. Несмотря на весьма впечатляющие успехи вертикальных программ в области здравоохранения и относительную легкость их более строгой оценки, в последние годы наблюдается переключение политики с вертикального на горизонтальное вмешательство (и вмешательство по диагонали, при котором инициативы по конкретным болезням используются для совершенствования системы в целом). Этот сдвиг отчасти продиктован опасением того, что успех вертикальных программ часто достигается за счет отвлечения жизненно важных кадровых и финансовых ресурсов из других частей сектора здравоохранения. Сдвиг также отражает мнение, согласно которому в организованной по вертикали системе здравоохранения неэффективно дублируются инфраструктура и механизмы оказания медицинской помощи. Многие специалисты также считают, что горизонтальные программы в большей степени способны учитывать новые возникающие угрозы для здоровья и формировать социальную среду, поощряя здоровый образ жизни и соблюдение установленных схем лекарственного лечения.

Роль частного сектора

Частное предпринимательство также важно для улучшения здоровья и, возможно, могло бы расширить свою роль. К его сильным сторонам относятся: эффективные каналы передачи сообщений и распределения; способность к инновациям, внедрению и быстрому расширению; соблюдение коммерческих принципов, способствующих устойчивости бюджета. Частные расходы на здравоохранение (более 2,9 трлн долл. в 2012 году, 44 процента из которых составили прямые расходы домохозяйств) значительны во всех странах, но особенно высоки в странах с низким и средним уровнем доходов (см. «Частный сектор или государственный» в этом выпуске *Ф&Р*). Несмотря на достоинства частного сектора, правительства все же должны участвовать в основных мероприятиях, включая предоставление систем защиты для тех, кто не получает адекватных услуг частных поставщиков, мониторинг и регулирование рынков здравоохранения, чтобы не допускать эксплуатации, коррупции и других злоупотреблений. Партнерства между государственным и частным секторами, объединяющие правительства, международные организации и частных операторов для финансирования и предоставления услуг здравоохранения, особенно желательны, когда они обеспечивают эффективное разделение труда между секторами.

Характер профилактики, раннего выявления, лечения заболеваний и ухода за больными — и баланса между ними — всегда будет важен. В будущем важную роль будет играть профилактика заболеваний, скорее всего, путем расширения программ вакцинации, запрета на курение в помещениях, запрета на рекламу табачных изделий, налогообложения табака и большего акцента на меры по укреплению здоровья в утробе матери и в раннем детстве. Раннее выявление имеет решающее значение, поскольку заболевания, выявленные на ранней стадии, как правило, легче и дешевле лечить. При лечении, особенно пожилых людей с их многочисленными недугами, необходимо учитывать взаимодействие заболеваний и лекарств и смещать акцент с лечения на качество жизни. Вполне вероятно также, что государству придется взять на себя растущее бремя расходов

по долгосрочному уходу, так как снижение рождаемости и расширение участия женщин в трудовой деятельности по найму сокращает число членов семьи, физически способных обеспечить уход за пожилыми людьми и общение с ними. Инвестиции в здоровье могут дать большую отдачу и способствовать платежеспособности бюджета, особенно если они ограничат расходы на здравоохранение, сосредоточившись на профилактике и раннем выявлении заболеваний, помогая людям работать дольше и продуктивнее.

Управление здравоохранением в мировом масштабе — растущая и сложная структура и взаимодействие организаций, занимающихся глобальными вопросами здравоохранения, — нуждается в укреплении для содействия прозрачности, подотчетности, эффективности и более широкому распространению активного и координированного участия в управлении сетью национальных проблем и решений в сфере здравоохранения (см. «Осуществление контроля над мировым здравоохранением» в этом выпуске *Ф&Р*). Всемирная организация здравоохранения давно стала краеугольным камнем управления здравоохранением в мировом масштабе. Но в последние годы появились новые и убедительные варианты глобального партнерства, такие как Рамочная конвенция Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака, ГАВИ (Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации за расширение доступа к иммунизации в бедных странах) и Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (для финансирования мероприятий по профилактике и лечению). Тем не менее, необходимы также новые механизмы для содействия более своевременному и эффективному мониторингу инфекционных болезней и ответным мерам, международному обмену данными и стандартам в области интеллектуальной собственности, которые гарантировали бы частному сектору, особенно фармацевтическим компаниям, надлежащие финансовые стимулы к ведению научных исследований и разработке, сохраняя при этом гибкость для удовлетворения неотложных потребностей неимущих в медицинских услугах.

Цели развития тысячелетия (ЦРТ), поставленные Организацией Объединенных Наций в 2000 году для определения целевых показателей улучшения в сфере бедности, образования и здравоохранения, являются прекрасным символом хорошего глобального управления здравоохранением. Несмотря на то, что ЦРТ не имеют юридической силы, они легитимны, потому что утверждены 189 странами-членами Организации Объединенных Наций. Они также способствуют подотчетности, поскольку их просто измерять и оглашать. Несмотря на невозможность точной оценки вклада ЦРТ в улучшение глобального здравоохранения, они, по всей видимости, привлекли внимание международного сообщества по развитию к здоровью и привели к увеличению расходов на здравоохранение, особенно в странах с низкими доходами. ЦРТ также подчеркивают необходимость активизации усилий по борьбе с голодом, детской смертностью и хроническим недоеданием, а также материнской смертностью.

Здоровье, безусловно, займет важное место в программе развития и после 2015 года, хотя природа, направленность и конкретные показатели достижения новой цели (или целей) пока не ясны. Особое место будут занимать неинфекционные заболевания; упор на процесс, вводимые ресурсы и факторы риска, а не результаты в виде состояния здоровья; и все уроки, которые мировое сообщество извлечет из распространения таких болезней, как лихорадка Эбола, и использует при определении нового набора целей глобального здравоохранения. ■

Дэйвид И. Блум — профессор экономики и демографии на факультете общественного здравоохранения Гарвардского университета.