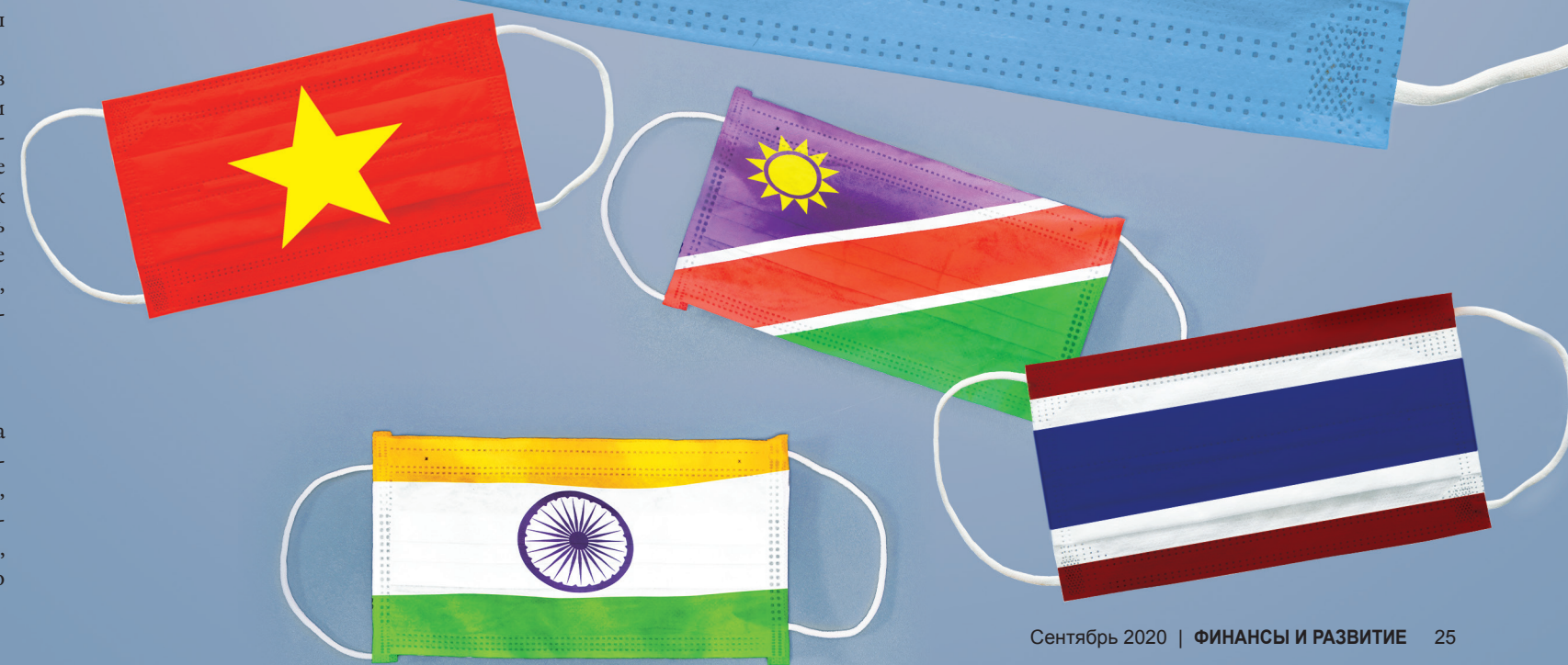




# Пересмотр СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Системы здравоохранения, являющиеся первой линией обороны стран от кризиса, нуждаются в укреплении

Женеви Фернадес



**М**иллионы инфекций, сотни тысяч смертей и массовая самоизоляция. Всего за шесть месяцев пандемия, вызванная COVID-19, совершенно изменила наш мир. По мере адаптации мы изучаем вирус — особенно возможность поражения людей волнами вируса из-за временного характера иммунитета — и его долгосрочное воздействие на легкие, сердце, почки и мозг некоторых из тех, кто поправился.

Эти аспекты все еще остаются неизвестными, но COVID-19 обнажил и ряд хорошо известных и крайне устойчивых факторов неравенства. Люди с сопутствующими патологиями, такими как заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной системы, подвержены более высокому риску осложнений после COVID-19, и эти факторы риска в несоразмерной степени затрагивают тех, кто находится в неблагоприятном социально-экономическом положении.

Женщины несут основное бремя ухода за больными и детьми, подвержены высокому риску бытового насилия во время карантинов и самоизоляции и страдают от потери доступа к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья, а также от утраты работы в неофициальном секторе.

Эта пандемия также вскрыла неравенство между богатыми и бедными странами. По большей части богатые страны имеют системы здравоохранения с более высоким уровнем финансирования и могут себе позволить временно заморозить свою экономику и влить миллиарды долларов в пакеты экономических стимулов. Напротив, беднейшие страны имеют системы здравоохранения с недостаточным финансированием и недоукомплектованными штатами, слабые

системы водоснабжения и канализации, большое население, растущий долг, колоссальную безработицу и ограниченное бюджетное пространство для поддержки экономики.

Ситуацию усложняет то, что в любой момент может разразиться еще одна пандемия, хотя мы даже еще не справились с текущим кризисом. Помимо угрозы мировых пандемий, также существует угроза чрезвычайных погодных явлений и стихийных бедствий, а также повторяющихся экономических кризисов — все это оказывает разрушительное воздействие на местные сообщества и системы здравоохранения.

Во время всех этих природных и рукотворных кризисов именно система здравоохранения страны является первым рубежом обороны, и если эта система неустойчива, она не справится с нагрузкой и потерпит крах, усугубляя воздействие на здоровье и усиливая неравенство. Такие страны, как Германия, Новая Зеландия, Южная Корея, Тайвань (провинция Китая) и Вьетнам, которые оказались более способны контролировать COVID-19, чем другие страны, продемонстрировали устойчивость своих систем здравоохранения.

## Устойчивые системы здравоохранения

Профессор общественного здравоохранения из Гарварда Маргарет Крук определяет устойчивость системы здравоохранения как «способность субъектов здравоохранения, учреждений и населения подготовиться к кризисам и эффективно на них отреагировать, сохраняя основные функции, когда кризис разразился, и, с учетом опыта, полученного

во время кризиса, провести реорганизацию, если этого требуют условия» (Kruk et al., 2015). Столкнувшись с кризисом, устойчивая система здравоохранения может справиться с шоком, продолжать предоставлять услуги и вернуться к обычной работе, когда кризис затихнет, тем самым обеспечивая положительные результаты в области здравоохранения как в хорошие, так и в плохие времена.

Но система здравоохранения не функционирует сама по себе, она существует в социально-экономическом и политическом контексте, который отчетливо отражается в прямом и косвенном воздействии пандемий и других шоков на здоровье уязвимых групп населения. Устойчивая система здравоохранения в эпоху после пришествия COVID-19 также должна управлять этими факторами уязвимости и неравенства и в будущем рационально реагировать на разнообразные кризисы.

Опираясь на растущее число литературных источников и опыт стран в борьбе с Эболой и COVID-19, мы можем выделить пять общих свойств устойчивой национальной системы здравоохранения.

*Во-первых, она должна бдительно отслеживать ситуацию.* Странам необходимо усилить существующие системы наблюдения за заболеваниями, обеспечив регулярный сбор и анализ информации из государственных и частных медицинских учреждений для предотвращения или пресечения вспышек болезни. Ряд простых и эффективных систем наблюдения за заболеваниями были созданы и доработаны в условиях скудных ресурсов. Так, в начале 1980-х годов вирусолог Т. Джейкоб Джон ввел в южной Индии новаторскую систему, использовав стандартный набор симптомов (сегодня это назвали бы «синдромным подходом») для обнаружения и сдерживания вспышек болезни (John et al., 1998). Эта национальная система наблюдения также должна постепенно наращивать свою способность планомерно отслеживать подобные явления в соседних странах и регионах и по всему миру, что требует развития потенциала, а также дипломатии.

*Во-вторых, она должна быть способной к быстрой реакции.* Своевременное реагирование — это определяющая черта систем здравоохранения Германии, Новой Зеландии, Южной Кореи и Тайваня (провинции Китая), а также таких регионов, как штат Керала в Индии, — все они смогли эффективно контролировать COVID-19. Способность к быстрой реакции требует готовности, на которую могут уйти годы планирования и инвестиций, начатых задолго до того, как разразится пандемия. Сингапур и Тайвань (провинция Китая) ответили на смертоносную вспышку SARS в 2003 году развернутыми планами ответных мер и ежегодными учениями в больницах, тогда как в Южной Корее после вспышки MERS в 2015 году правительство осуществило серьезные инвестиции в стандартные рабочие протоколы и стимулировало биомедицинские компании к исследованиям и разработке средств быстрой диагностики. У стран могут иметься планы и протоколы подготовки к чрезвычайным ситуациям, но для их реализации нужно выделить специалистов и бригады с полномочиями принимать независимые решения, чтобы обеспечить быстроту реакции, а также осуществить инвестиции для усиления инфраструктуры здравоохранения и создать штат

сотрудников и процедуры для внеплановых закупок и пополнения запасов в случае их нехватки.

*В-третьих, она должна быть гибкой и способной к адаптации.* В ряде стран больничный персонал был переведен в отделения для работы с больными COVID-19. В январе и феврале почти 3000 медицинских работников в Камбодже прошли обучение и были использованы для быстрого выявления заболевших и прослеживания их контактов. В китайском городе Фаньчане в феврале 2020 года были быстро оборудованы стационары — такие вместительные площадки, как стадионы и выставочные центры, были превращены во временные госпитали для изоляции и лечения людей с симптомами COVID-19 от легких до умеренных и сокращения нагрузки на больницы. По всему миру больницы перевели ряд своих медицинских услуг на виртуальные форумы, включая телефонные и видеоконсультации. Подобная практика показывает потенциал гибкого использования существующих ресурсов, будь то персонал или объекты здравоохранения, и адаптации к быстро меняющейся ситуации.

*В-четвертых, она устойчива лишь настолько, насколько устойчивы обслуживаемые ею местные сообщества.* Команды специалистов в сфере здравоохранения на районном уровне должны привлекать местных лидеров и общественных добровольцев к выполнению четко спланированных функций и использовать их во время чрезвычайных ситуаций; расширение ролей в обычные периоды может способствовать повышению эффективности управления на основе широкого участия. В Таиланде более 1 миллиона сельских добровольных участников системы здравоохранения контролировали местные сообщества на предмет COVID-19. В Керале свыше 300 000 молодых добровольцев были обучены и использованы правительством для оказания социальных услуг местному населению во время самоизоляции и поддержки домашних хозяйств, помещенных под карантин (WHO, 2020). Местные лидеры и добровольцы пользуются доверием местного населения, и когда территориальные команды специалистов в сфере здравоохранения сотрудничают с такими заинтересованными сторонами, это может обеспечить двусторонний характер коммуникации и убедить местное население придерживаться рекомендованного поведения.

*В-пятых, что самое важное, устойчивые системы здравоохранения должны быть социально справедливыми.* Люди как в богатых, так и в бедных странах, не имеющие действенной медицинской страховки, испытывают проблемы с доступом к тестированию и своевременному лечению от COVID-19 и в других ситуациях, требующих неотложной медицинской помощи. Всеобъемлющее медицинское страхование, не зависящее от социально-экономического статуса, географического местонахождения, пола, возраста и наличия хронических заболеваний, необходимо сегодня как никогда (WHO, 2010). Страны должны инвестировать средства во всеобъемлющее медицинское страхование, в частности путем расширения охвата медицинским страхованием и усиления первичной медицинской помощи, чтобы обеспечить раннее выявление и реагирование на COVID-19 и прочие инфекционные заболевания. Это предотвратит перегрузку больниц

и специализированных стационаров и сбоев в оказании прочих жизненно важных медицинских услуг. Наиболее важным является то, что всеобщий охват услугами здравоохранения не позволит семьям оказаться в условиях нищеты во время таких чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения.

Для обеспечения устойчивости систем здравоохранения правительствам также придется усилить три междисциплинарных направления. Во-первых, существует неотложная потребность в многосекторальном подходе к государственному управлению, при котором создаются и вводятся в действие механизмы, позволяющие директивным органам в области здравоохранения тесно сотрудничать со своими контрагентами в прочих значимых государственных секторах, включая образование, социальную помощь, финансы и торговлю, а также охрану окружающей среды.

Партнерство с частным сектором здравоохранения представляет собой вторую междисциплинарную задачу. В ряде стран с низкими и средними доходами частные учреждения являются первой точкой контакта в области здравоохранения и предоставляют большую часть услуг. Этот сектор нельзя игнорировать, нужно продуманно использовать под общим государственным руководством.

В-третьих, необходима четкая, последовательная, прозрачная и своевременная информационная работа с использованием различных каналов, включая авторитетные мнения для внутренней (государственные ведомства) и внешней аудитории (население). Эти информационные каналы должны предусматривать и учитывать обратную связь. Хорошо поставленная информационная работа будет укреплять общественное доверие правительству и будет способствовать соблюдению норм поведения, требуемых для пресечения и сдерживания вспышек заболевания.

## Воплощение в действительность

Финансирование критически важно для достижения перечисленных выше свойств и междисциплинарных направлений устойчивости системы здравоохранения. Правительства должны увеличивать внутренние финансовые ресурсы для системы общественного здравоохранения с использованием таких механизмов, как перераспределение бюджетных средств, налоговые реформы и управление, налоги на предметы роскоши и «пороки», а также сотрудничество с частным и благотворительным секторами. В 2013 году, за год после введения налогов на «пороки» — алкоголь и табак, Филиппины собрали 1,2 миллиарда долларов США, что позволило охватить услугами здравоохранения дополнительно еще 45 миллионов граждан.

Правительства также могут обеспечить существенные изменения, сократив факторы неэффективности в своих расходах на здравоохранение. Этого можно достичь посредством таких стратегий, как реформа структуры стимулов и выплат для предотвращения избыточного использования услуг, контроль за чрезмерными надбавками к стоимости лекарств и развитие воспроизведения лекарственных препаратов, совместные медицинские закупки и борьба с коррупцией.

Более бедным странам, страдающим от экономических шоков, будет трудно найти средства для финансирования национальной системы здравоохранения, поэтому нам срочно требуются согласованные мировые ответные действия. Более богатые страны, доноры и международные агентства должны увеличить объем помощи для целей развития. Такие организации, как Всемирный банк и МВФ, предприняли первые шаги в направлении увеличения экстренного финансирования, облегчения бремени задолженности и поддержки приостановления обслуживания долга. Дальнейшая помощь, помимо безусловного экстренного финансирования, должна поддерживать общее укрепление и устойчивость систем здравоохранения и обеспечивать защиту социальных расходов и социального обеспечения для наиболее уязвимых групп.

От государственного управления зависит действенность мер по созданию устойчивых систем здравоохранения в свете COVID-19 и будущих чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения. Эффективное управление требует целеустремленного лидерства различных политических партий и наличия структур, являющихся выражением подотчетности и прозрачности, а также механизмов независимого принятия решений и стимулов для представителей системы здравоохранения на всех уровнях государственного управления.

Общемировая готовность к сотрудничеству в области вакцинации и методов лечения от COVID-19 начинается с коллективной поддержки Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Несмотря на имеющиеся недостатки, ни одно другое международное агентство не располагает техническим, нормативным и организационным потенциалом для сплочения стран в деле обеспечения равного доступа к мировым государственным услугам при возникновении чрезвычайных ситуаций в сфере общественного здоровья. Учитывая недавнее объявление США о выходе из ВОЗ и угрозы для совокупного объема финансирования, международное сотрудничество как никогда актуально, что продемонстрировала Всемирная ассамблея здравоохранения в мае 2020 года (Sridhar and King, 2020).

По словам бывшего президента Либерии Элен Джонсон-Сирлиф, «присутствие коронавируса в любой стране представляет угрозу для людей во всем мире». Ни одно правительство не может в одиночку полностью побороть кризис, вызванный COVID-19; для этого требуются глобальное сотрудничество и солидарность. **ФР**

**ЖЕНЕВИ ФЕРНАНДЕС** — научный сотрудник Эдинбургского университета, занимается вопросами мирового управления здравоохранением и заболеваний дыхательной системы.

## Литература

- John, T. J., R. Samuel, V. Balraj, and R. John. 1998. "Disease Surveillance at District Level: A Model for Developing Countries." *Lancet* 352 (9121): 58–61.
- Kruk, M. E., M. Myers, S. T. Varpilah, and B. T. Dahn. 2015. "What Is a Resilient Health System? Lessons from Ebola." *Lancet* 385 (9980): 1910–12.
- Sridhar, D., and L. King. 2020. "US Decision to Pull out of World Health Organization." *BMJ* 370:m2943.
- World Health Organization (WHO). 2010. "Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage." Geneva.
- . 2020. "Responding to COVID-19—Learnings from Kerala." Geneva.