



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

ДИПЛОМАТИЯ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ЕВРОПЕЙСКОЕ ВИДЕНИЕ



Перевод с английского: Health Diplomacy: European Perspectives. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2017

Министерство здравоохранения Российской Федерации оплатило перевод и печать этой публикации на русском языке

Ключевые слова

DIPLOMACY
GLOBAL HEALTH
INTERNATIONAL COOPERATION
HEALTH POLICY
EUROPE

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2018

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

ISBN 978 92 890 5369 3

Дизайн обложки и блоков книги: Christophe LANOUX

Отпечатано в Российской Федерации

Аннотация

В силу глобальных процессов – таких как изменение климата, пандемии и распространение в современном обществе неустойчивых моделей потребления – дипломатия в области здравоохранения становится как никогда актуальной и превращается в центральный элемент стратегического руководства здравоохранением на глобальном и региональном уровнях и неотъемлемую часть внешней политики многих стран. Эта книга подготовлена в рамках усилий Европейского регионального бюро ВОЗ в ответ на высказанную в 2010 г. просьбу Европейского регионального комитета ВОЗ принять меры к повышению компетентности дипломатов и руководящих работников здравоохранения в вопросах дипломатии в области глобального здравоохранения. В ней представлено 17 примеров из практики, иллюстрирующих последние тенденции в этой области в Европейском регионе ВОЗ – от включения вопросов здравоохранения в Парижское соглашение по климату и достижения Целей в области устойчивого развития до вынесения проблемы устойчивости к противомикробным препаратам в глобальную повестку дня и демонстрации актуальности дипломатии в области здравоохранения на уровне городов. В книге содержатся главы, в которых рассматриваются субрегиональные мероприятия в странах Юго-Восточной Европы и Центральной Азии, прогресс в области обеспечения безопасности дорожного движения в Российской Федерации, опыт интегрированной дипломатии в области здравоохранения на Мальте и в Швейцарии, деятельность Германии в «Группе семи» и «Группе двадцати», работа страновых офисов ВОЗ в области дипломатии и сотрудничество между ВОЗ и Европейским союзом, а также обучающие мероприятия для повышения компетентности в вопросах дипломатии в области здравоохранения, предназначенные для дипломатов и руководящих работников здравоохранения. Завершается этот уникальный сборник обсуждением проблем, которые будут возникать в дипломатии в области здравоохранения.

Содержание

Авторско-редакторская группа	8
Редакторы	8
Авторы	8
Предисловие	10
Сокращения	12
1. Швейцария: глобальное здравоохранение начинается дома. Десять лет проведения внешней политики в области охраны здоровья: 2006–2016 гг. <i>Tania Dussey-Cavassini</i>	15
Сотрудничество	17
Клиенты	17
Вклад	18
Консультации и взаимодействие	18
Доверие	19
Консенсус – компромисс – креативность	19
Конвергенция	20
Последовательность	20
Заключение: совместное созидание и новые партнерства	21
Библиография	22
2. Соединенное Королевство: от деклараций к действиям. Активизация международных усилий по сдерживанию лекарственно-устойчивых инфекций <i>Heulwen E. Philpot u Sally C. Davies</i>	25
Основы	25
Чему учит история	26
Что было достигнуто и почему это важно	30
Предстоящие вызовы и возможности	32
Библиография	34
3. Германия: включение вопросов здравоохранения в повестку дня G7 <i>Björn Kümmel</i>	37
Концепция принятия ответственности за глобальное здравоохранение	40
Библиография	42
4. Швеция: переговоры о включении здравоохранения в ЦУР и их более широкий контекст <i>Bosse Pettersson</i>	43
Введение	43
Организация Объединенных Наций и здравоохранение: история вопроса	44
Формулировка ЦУР 3	44
Пример Швеции	44
Ситуация в области устойчивого развития в Швеции	47
Заключительные замечания	51
Библиография	52

5.	Евразия: роль региональных организаций и блоков в дипломатии и стратегическом руководстве в области здравоохранения	55
	<i>Haik Nikogosian</i>	
	Азиатско-тихоокеанское экономическое сотрудничество	56
	БРИКС	57
	СНГ	58
	Организация экономического сотрудничества	59
	Евразийский экономический союз	60
	Организация черноморского экономического сотрудничества	61
	ОИС	62
	ШОС	63
	Другие важные инициативы	63
	Заключение	64
	Библиография	66
6	Туркменистан: практический опыт в дипломатии в области здравоохранения	69
	<i>Vahtygul Karriyeva</i>	
	Введение	69
	Политика здравоохранения	70
	Внешняя политика	71
	Опыт Туркменистана в решении глобальных вопросов здравоохранения и в дипломатии в области здравоохранения	72
	Новая инициатива в дипломатии в области здравоохранения: здравоохранение и Новый шелковый путь	74
	Заключение	76
	Библиография	76
7.	Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы: межправительственное сотрудничество в области здравоохранения, способствующее укреплению мира, экономическому развитию и процветанию общества	79
	<i>Alain Nellen</i>	
	Введение	79
	Сильные стороны и достижения SEEHN	80
	Проблемы в сохранении устойчивости SEEHN и пути их решения	87
	Заключение	89
	Библиография	90
8.	Страны Центральной Азии: обеспечение статуса Европы как региона, свободного от полиомиелита	93
	<i>Maksut K. Kulzhanov</i>	
	Процесс мониторинга и обзора	96
	Уроки и выводы из опыта ликвидации вспышки и последующие шаги	97
	Библиография	99
9.	Восточная Европа: взгляд на кризис ВИЧ/СПИДа с позиции дипломатии в области здравоохранения	101
	<i>Michel Kazatchkine</i>	
	Восточная Европа и Центральная Азия: эпидемия продолжает расти	102

Сложный социальный контекст для основных затронутых групп населения	103
Снижение вреда и дипломатия в области здравоохранения	104
Миграция в Центральной Азии	106
Восточная Украина	107
Библиография	108
10. Российская Федерация: межсекторальное сотрудничество в сфере обеспечения безопасности дорожного движения. <i>Светлана Аксельрод, Виктория Мадьянова, Елена Юрасова, Виталий Полушкин и Виктор Кондратьев</i>	109
Введение	109
Меры, предпринимавшиеся в СССР (1970–1990 гг.)	110
Признание проблемы на федеральном уровне (1990–2005 гг.)	110
Федеральные программы повышения безопасности дорожного движения и Московская министерская конференция	111
Проблемы и насущные задачи	112
Заключение	114
Библиография	115
11. ВОЗ: вопросы здоровья в переговорах по изменению климата <i>Bettina Menne u Vladimir Kendrovski</i>	117
Введение	117
Аспекты дипломатии в области здравоохранения в соглашениях по климату	117
Рамочная конвенция ООН об изменении климата	118
Парижское соглашение	119
Финансовые потоки	126
Последующие шаги	129
Библиография	131
12. ВОЗ: сотрудничество с ЕС в сфере дипломатии в области здравоохранения <i>Roberto Bertollini u Sofia Ribeiro</i>	135
Введение	135
Сотрудничество: этапы институционализации	136
Сотрудничество на уровне политики	138
Сотрудничество на уровне стран и проектов	138
Примеры из практики	139
Заключение	141
Библиография	142
13. Мальта: участие малых государств в работе руководящих структур здравоохранения. Личный опыт высокопоставленного чиновника <i>Ray Busuttill</i>	145
Мальта как государство-член ВОЗ	146
Участие в деятельности руководящих органов и техническая работа	147
Лидерство в здравоохранении	149
Заключение	150
Библиография	150

14. ВОЗ: дипломатия в области здравоохранения в действии на страновом уровне	153
<i>Lucianne Licari, Caroline Bollars, Aiga Rurane u Marge Reinap</i>	
Введение	153
Дипломатия в области здравоохранения на страновом уровне	154
Заключение	158
Библиография	159
15. Удине, Италия: дипломатия в области здравоохранения на уровне города	161
<i>Furio Honsell, Stefania Pascut u Gianna Zamaro</i>	
Введение в новую квази-концепцию и парадигму	161
Дипломатия в области здравоохранения в отдельно взятом городе	162
Поддержание связей с другими городами	164
Принципы дипломатии в в сфере городского здравоохранения	167
Заключение	168
Библиография	169
16. Венгрия: разработка учебного курса по дипломатии в области здравоохранения на факультете общественного здравоохранения. Пример Дебреценского университета	171
<i>Róza Ádány u Mihály Kökény</i>	
Введение	171
Факультет общественного здравоохранения Дебреценского университета	172
Первый учебный курс для SEEHN (2012 г.)	172
Результаты курса 2012 г.: второе учебное мероприятие и национальные курсы по дипломатии в области здравоохранения (2014 г.)	175
Библиография	176
17. Укрепление потенциала в сфере дипломатии в области глобального здравоохранения в Европе: опыт, насущные проблемы, уроки и выводы	177
<i>Michaela Told</i>	
Новаторские методы в создании кадрового потенциала для дипломатии в области глобального здравоохранения	178
Трудности и выгоды обучения по вопросам глобальной дипломатии здравоохранения	179
Дипломатия в области глобального здравоохранения: требуются специфические навыки	180
Создание защищенного пространства	181
Заключение	183
Библиография	183
18. Европа: насущные задачи дипломатии в области здравоохранения	185
<i>Ilona Kickbusch u Mihály Kökény</i>	
Дипломатия в области здравоохранения, не ограниченная контекстом ВОЗ	185
Проблема обеспечения безопасности в области здравоохранения	186
Проблема мигрантов и беженцев	187
Растущая потребность в дипломатии в области здравоохранения	188
Укрепление дипломатии в области здравоохранения в Европейском регионе	189
Дипломатия в области здравоохранения и ЦУР	190
Библиография	190

Авторско-редакторская группа

Редакторы

Профессор Ilona Kickbusch, директор, Институт международных отношений и развития, Женева, Швейцария

Д-р Mihály Kókény, лектор, факультет общественного здравоохранения, Дебреценский университет, Венгрия; старший научный сотрудник, Центр глобального здравоохранения, Институт международных отношений и развития, Женева, Швейцария

Авторы

Профессор Róza Ádány, заведующая кафедрой профилактической медицины, факультет общественного здравоохранения, Дебреценский университет, Венгрия

Д-р Светлана Аксельрод, заместитель директора, Департамент международного сотрудничества, Министерство здравоохранения Российской Федерации; доцент, кафедра международного сотрудничества, Институт лидерства и управления здравоохранением, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Российская Федерация

Д-р Roberto Bertollini, приглашенный профессор, Лиссабонский университет, Португалия; член Научного комитета Европейской комиссии по вопросам здравоохранения, окружающей среды и новых факторов риска

Д-р Caroline Bollars, ответственный сотрудник, отдел стратегических отношений со странами, офис Регионального директора, Европейское региональное бюро ВОЗ

Д-р Ray Busuttill, консультант по вопросам общественного здравоохранения, Управление общественного здравоохранения, Мальта

Профессор дейм Sally C. Davies, главный врач, Министерство здравоохранения, Соединенное Королевство

Г-жа Tania Dussey-Cavassini, заместитель Генерального директора, Федеральное управление общественного здравоохранения Швейцарии, Посол по вопросам глобального здравоохранения

Профессор Furio Honsell, мэрг. Удине, Италия; профессор теории автоматов, Университет Удине; президент, Европейский пакт о демографических изменениях; вице-президент, Итальянская сеть здоровых городов; президент, Итальянская ассоциация городов, дружественных для игр; докладчик по вопросам изменения климата и энергии, Совет европейских муниципалитетов и регионов

Д-р Бахтыгуль Карриева, руководитель Странового офиса ВОЗ, Туркменистан

Профессор Michel Kazatchkine, старший научный сотрудник, Центр Глобального здравоохранения, Институт международных отношений и развития, Женева, Швейцария; Специальный посланник Генерального секретаря ООН по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии

Д-р Владимир Кендровский, технический специалист по вопросам здравоохранения и развития, Европейское региональное бюро ВОЗ

Профессор Виктор Кондратьев, Московский автомобильно-дорожный государственный технический университет, советник заместителя министра внутренних дел, Российская Федерация

Профессор Максут Кульжанов, директор, кафедра международного сотрудничества, Институт лидерства и управления здравоохранением, Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, Российская Федерация

Г-н Björn Kümmler, заместитель руководителя, Департамент глобального здравоохранения, Федеральное министерство здравоохранения, Германия

Д-р Lucianne Licari, исполнительный менеджер, Отдел связей со странами и корпоративной коммуникации, Офис регионального директора, Европейское региональное бюро ВОЗ

Профессор Виктория Мадьянова, директор, кафедра международного сотрудничества, Институт лидерства и управления здравоохранением, Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, Российская Федерация

Д-р Bettina Menne, координатор, Здравоохранение и развитие (Цели в области устойчивого развития), Европейское региональное бюро ВОЗ

Г-н Alain Nellen, выпускник Института международных отношений и развития, Женева, Швейцария

Д-р Naik Nikogosian, Специальный представитель директора Европейского регионального бюро ВОЗ, Европейское региональное бюро ВОЗ

Г-н Bosse Petersson, независимый консультант по вопросам политики общественного здравоохранения, Швеция

Г-жа Neulwen E. Philpot, старший специалист по вопросам политики, Международное сотрудничество по вопросам устойчивости к противомикробным препаратам, Министерство здравоохранения, Соединенное Королевство

Д-р Stefania Pascut, главный специалист программы «Здоровые города», муниципалитет Удине, Италия

Г-н Виталий Полушкин, научный сотрудник, кафедра международного сотрудничества, Институт лидерства и управления здравоохранением, Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, Российская Федерация

Д-р Marge Reinar, руководитель Странового офиса ВОЗ, Эстония

Д-р Sofia Ribeiro, Департамент международного здравоохранения, Научно-исследовательский институт общественного здравоохранения и медицинской помощи, Маастрихтский университет, Нидерланды

Д-р Aiga Rurane, руководитель Странового офиса ВОЗ, Латвия

Д-р Michaela Told, заместитель директора, исполнительный директор, Центр глобального здравоохранения, Институт международных отношений и развития, Женева, Швейцария

Д-р Елена Юрасова, технический сотрудник, Неинфекционные заболевания, Страновой офис ВОЗ в Российской Федерации

Д-р Gianna Zamato, заместитель руководителя, Департамент по предупреждению угроз для здоровья, область Фриули-Венеция-Джулия; координатор Сети «Регионы здоровья» по области Фриули-Венеция-Джулия, Италия

Рецензирование текста выполнил профессор Alex Leventhal, международный эксперт по вопросам общественного здравоохранения, Израильский академический колледж.

Предисловие

Дипломатия в области здравоохранения – относительно новый термин, однако подразумеваемые под ним процессы осуществляются уже более 150 лет. В частности, речь идет о проблемах и детерминантах здоровья, выходящих за пределы национальных границ, имеющих глобальную природу и требующих глобальных соглашений для обеспечения соответствующего реагирования.

В Европейском регионе ВОЗ поворотным пунктом в современной дипломатии в области здравоохранения можно считать процесс «Окружающая среда и здоровье». В конце 80-х гг. государства-члены Европейского региона ВОЗ впервые инициировали сотрудничество с целью устранения наиболее значительных экологических угроз для здоровья человека. Прогресс в достижении этой цели обеспечивается через проведение серии министерских конференций, организуемых Европейским региональным бюро ВОЗ каждые пять лет.

Этот межсекторальный подход ознаменовал зарождение сегодняшних подходов к дипломатии в области здравоохранения. Появилось осознание роли множественных детерминант здоровья и необходимости участия различных секторов и организаций, не связанных со здравоохранением, в реализации подходов, нацеленных на укрепление здоровья и повышение благополучия всех людей и объединяющих усилия всех государственных органов и всеобщества, а также предусматривающих включение компонентов здравоохранения во все стратегии. В этой книге демонстрируется, насколько подобные широкие подходы важны для обеспечения реагирования на насущные проблемы, такие как борьба с устойчивостью к противомикробным препаратам и неинфекционными заболеваниями или поиск решений для проблем мигрантов и беженцев.

ВОЗ давно заявляет о том, что несправедливое распределение власти, средств и ресурсов является одной из наиболее серьезных угроз здоровью человека. В январе 2017 г. на Всемирном экономическом форуме было подтверждено, что самой значимой тенденцией, которая будет тормозить глобальное развитие в ближайшие десять лет, является растущее неравенство в распределении материальных благ, даже несмотря на то, что миллионы людей в странах развивающегося мира были избавлены от нищеты. В глобальных и европейских докладах ВОЗ по социальным детерминантам здоровья^{1,2} демонстрируется, что неравенство в уровнях материального благосостояния идет рука об руку с глубочайшим неравенством в отношении здоровья.

Здоровье является одним из основных компонентов развития, и международное сотрудничество в области здравоохранения несет в себе объединяющее начало и служит четким ориентиром для достижения справедливых показателей здоровья и социального благополучия. Среди основных целей дипломатии в области здравоохранения – повышение уровней здоровья и благополучия населения на более справедливой основе. Это нашло свое отражение в двухлетнем процессе разработки документа «Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века», в котором принцип обеспечения справедливости в отношении здоровья занял центральное место. Этот принцип также пронизывает принятые Организацией Объединенных Наций Повестку дня в области устойчивого развития на период до 2030 года и Цели в области устойчивого развития.

Сегодня дипломатия в области здравоохранения является важнейшим инструментом, помогающим нам пережить период большой неопределенности, сохраняющейся в Европе и других регионах мира. В Европейском регионе ВОЗ процессы, связанные с дипломатией в области здравоохранения, в ходе которых рассматриваются проблемы здравоохранения, в значительной мере происходят на сессиях Европейского регионального комитета ВОЗ и на других мероприятиях высокого уровня с участием государств-членов в Европейском регионе

¹ Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789244563700_rus.pdf;jsessionid=93C5451F0161CCF552D505BAB97089ED?sequence=5, по состоянию на 26 марта 2018 г.).

² Обзор социальных детерминант и разрывов по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ. Заключительный доклад. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014.

ВОЗ и широкого круга заинтересованных сторон. Проблемы здравоохранения, стоящие перед нами сегодня, носят сложный характер, поэтому роль этих совещаний в последние десятилетия значительно возросла. Обширная и насыщенная повестка дня, над которой работают делегации, зачастую имеет политическую природу и требует серьезной подготовки и проведения всеобъемлющих межсекторальных консультаций.

Для того, чтобы встречаться на совещаниях и сообща работать над достижением Целей в области устойчивого развития и целей, сформулированных в политике Здоровье-2020, от государств-членов и множества государственных и негосударственных действующих субъектов требуется все более высокий уровень специальных знаний и опыта. Они также должны тесно сотрудничать в вопросах здравоохранения с Европейским союзом и другими европейскими организациями. Специалистам общественного здравоохранения необходимо более глубокое понимание механизмов дипломатии, а дипломатам, участвующим в переговорах по вопросам здоровья, необходима информация о сложных аспектах современного здравоохранения.

Учитывая эти тенденции, государства-члены обратились к ВОЗ с просьбой помочь в развитии потенциала в этой области. В ответ на это Европейское региональное бюро ВОЗ поручило организовать обучающие мероприятия (продолжительностью 2–5 дней) для руководящих работников из стран Европы, в т.ч. из стран Сети здравоохранения Юго-Восточной Европы и стран Содружества Независимых Государств. Региональным бюро также были организованы другие межрегиональные мероприятия и глобальные онлайн-курсы. На сегодняшний день по всему Региону обучение по вопросам дипломатии в области здравоохранения прошли порядка 400 делегатов от стран и сотрудников ВОЗ. Специалисты общественного здравоохранения и дипломаты совместно участвуют в этих семинарах и перенимают опыт друг друга, для чего, в частности, проводятся специальные имитационные упражнения.

В целях дальнейшего укрепления кадрового потенциала в сфере дипломатии в области здравоохранения Региональное бюро выпускает эту книгу, в которую вошли примеры из практики, адаптированные к ситуации в Европе, с тем, чтобы содействовать последовательности и постоянству обучения. Я убеждена, что анализ наработок, представленных в этих примерах, будет полезен учащимся и практикующим специалистам в этой динамично развивающейся области, значимость которой в ближайшие годы будет только возрастать.

Д-р Zsuzsanna Jakab

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ



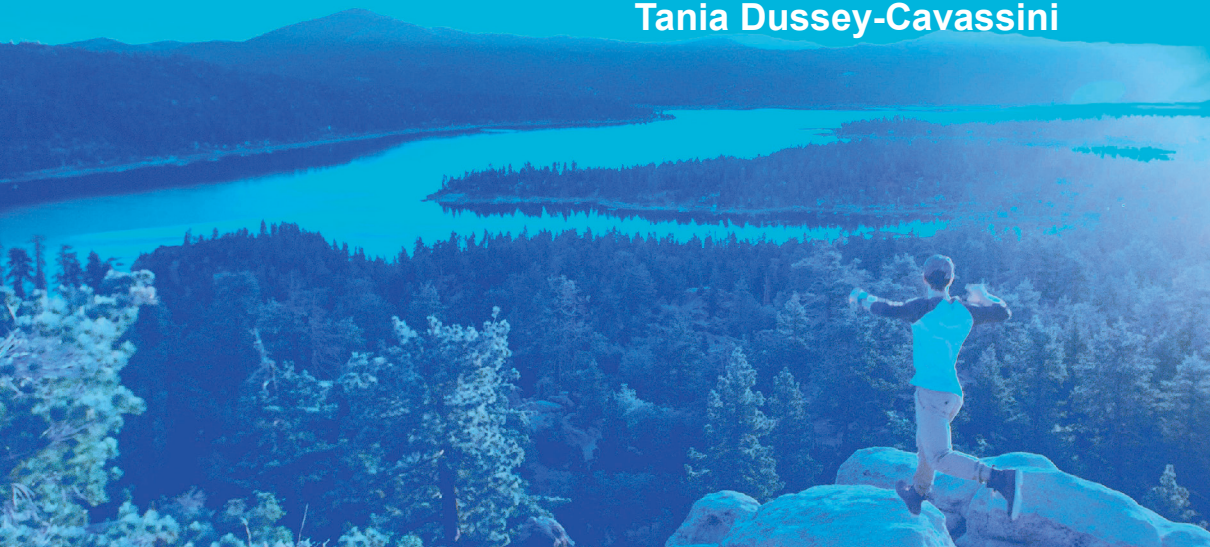
Сокращения

ВАС	Содержание алкоголя в крови
ECDC	Европейский центр профилактики и контроля заболеваний
ECO	Организация экономического сотрудничества
G20	«Группа двадцати»
G7	«Группа семи»
G8	«Группа восьми»
GAMRIF	Глобальный фонд инноваций в сфере устойчивости к противомикробным препаратам
GAVI	Глобальный альянс по вакцинам
GHSA	Глобальная повестка дня в области безопасности здоровья
POSE	Симуляционные учения по реагированию на вспышки полиомиелита
SEEHN	Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы
TEACH-VIP	Обучение, просвещение и расширение сотрудничества для предупреждения насилия и травматизма в целях сохранения здоровья (программа)
АТЭС	Азиатско-Тихоокеанское экономическое сотрудничество
БРИКС	Ассоциация пяти крупных стран с растущей национальной экономикой: Бразилия, Российская Федерация, Индия, Китай и Южная Африка
ВОУЗ	Всеобщий охват услугами здравоохранения
ГСВ	Главный санитарный врач
ДМИ	Дополнительные мероприятия по иммунизации
ДСС	Двухгодичное соглашение о сотрудничестве
ЕАЭС	Евразийский экономический союз
ЕК	Европейская комиссия
ЕС	Европейский союз
МЛУ-ТБ	Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
ММСР	Международные медико-санитарные правила
МоВ	Меморандум о взаимопонимании
МЭБ	Всемирная организация по охране здоровья животных
НДИ	Национальные дни иммунизации
НИЗ	Неинфекционные заболевания
НИОКР	Научные исследования и разработки

ННГ	Новые независимые государства
НПО	Неправительственная организация
ОВП	Острый вялый паралич
ОИС	Организация исламского сотрудничества
ООН	Организация Объединенных Наций
ОПВ	Оральная полиовакцина
ОПР	Официальная помощь в целях развития
ОЧЭС	Организация черноморского экономического сотрудничества
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПГ	Парниковый газ
полио	Полиомиелит
РЦРЗ	Региональный центр развития здравоохранения
СЕ	Совет Европы
СИНДИ	Общациональная программа по интегрированной профилактике неинфекционных заболеваний
СНГ	Содружество Независимых Государств
СНСУД	Страна с низким и средним уровнем дохода
ССС	Стратегия странового сотрудничества ВОЗ
ТБ	Туберкулез
ТНП	Территории, неподконтрольные правительству (Украина)
ТРАСЕКА	Транспортный коридор Европа – Кавказ – Азия
УПП	Устойчивость к противомикробным препаратам
ФАО	Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций
ЦТР	Цели тысячелетия в области развития
ЦУР	Цели в области устойчивого развития
ШОС	Шанхайская организация сотрудничества
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по СПИДу

1. Швейцария: глобальное здравоохранение начинается дома. Десять лет проведения внешней политики в области охраны здоровья, 2006–2016 гг.

Tania Dussey-Cavassini



Односторонний подход в здравоохранении не работает – ни на уровне больничной палаты, ни при формировании государством своей политики здравоохранения. В сущности, даже правительства неспособны в одиночку справиться с многочисленными проблемами в области глобального здравоохранения.

Опыт прошлых десятилетий показал, насколько серьезно проблемы здравоохранения влияют на внутреннюю и внешнюю политику в странах. На примере эпидемии ВИЧ/СПИДа в конце XX века, тяжелого острого респираторного синдрома в 2003 г., распространения птичьего гриппа в 2005 г. и вспышки лихорадки Эбола в 2014 г. стало очевидно, что для решения национальных и региональных проблем здравоохранения необходимы меры реагирования, скоординированные на международном уровне³. С ростом значимости здоровья возникли новые сложные задачи и новые возможности. Процессы глобализации и интернационализации проблем здравоохранения породили значительный спрос на координацию действий среди всех заинтересованных сторон. Очевидно, что общественное здравоохранение и внешняя политика больше не могут рассматриваться отдельно, поскольку они тесно переплетаются между собой. Политика здравоохранения формируется на основе множества особых и иногда противоположных интересов, поэтому ее разработка требует большей координации и тесного взаимодействия между разработчиками политики здравоохранения, политики в области развития, а также внешней и экономической политики.

В 2006 г. с принятием декрета Федерального совета от 18 мая 2006 г. Швейцария стала первой страной в мире, определившей общие задачи политики в области здравоохранения и внешней политики, предполагающие сотрудничество между Федеральным департаментом внутренних дел, отвечающим за вопросы здравоохранения и другие вопросы внутренней по-

³ Международные медико-санитарные правила (ММСП) (1) представляют собой соглашение между 196 странами, включающими все государства-члены ВОЗ, о сотрудничестве в целях обеспечения глобальной безопасности в области здравоохранения.

литики, и Федеральным департаментом иностранных дел. На основе этих совместных усилий Федеральный совет (правительство Швейцарии) в 2012 г. утвердил первый документ «Внешняя политика Швейцарии в области здравоохранения» (2). Он включает 20 целей в различных областях здравоохранения и предусматривает несколько механизмов эффективного межведомственного сотрудничества. Принимая эту политику, Швейцария сыграла новаторскую роль в разработке инструмента, посредством которого обеспечивается улучшение сотрудничества и согласованности действий заинтересованных сторон и укрепление партнерств.

За прошедшие 10 лет внешняя политика Швейцарии в области здравоохранения зарекомендовала себя инструментом, позволяющим решать многие задачи. В наши дни глобальное здравоохранение стало одним из важнейших направлений внешней политики Швейцарии. Это позволяет стране реагировать на усложняющуюся ситуацию и насущные проблемы, касающиеся здоровья населения мира.

В этом контексте внешняя политика Швейцарии в области здравоохранения служит ключевым связующим звеном между национальными, региональными и глобальными приоритетами политики в области здравоохранения. Кроме того, она помогает Швейцарии делиться своими национальными стратегическими целями и приоритетами на глобальном уровне, а жителей Швейцарии побуждает к тому, чтобы они рассматривали проблемы здоровья населения мира как проблемы национального уровня.

Реализация внешней политики Швейцарии в области здравоохранения представляет собой некое «созвездие», которое выражается ключевыми словами, начинающимися с английской буквы “с”. Различные министерские управления или швейцарские федеральные органы, участвующие в осуществлении этой политики, сотрудничают (**cooperate**) на ежедневной основе. По своему опыту государственной служащей могу отметить, что последовательная внешняя политика Швейцарии в области здравоохранения требует частых консультаций (**consultations**) и взаимодействия (**collaboration**) между государственными ведомствами. А поскольку взаимодействие не является инстинктивной функцией, эту способность (**capability**) необходимо развивать через совместные усилия по отстаиванию и продвижению намеченных целей и интересов государства. Успешное сотрудничество базируется на высоком уровне доверия (**confidence**). Межведомственные консультации не сводятся к простому процессу координации, состоящему из бесконечной переписки по электронной почте, которая не приносит никакой конкретной пользы, а является всего лишь формальным признаком координации или контроля. Внешняя политика в области здравоохранения полноценно функционирует лишь в том случае, если все участвующие стороны знают своих клиентов (**clients**) или основные принципы дела, которому они служат. Это позволяет им формировать свой уникальный вклад (**contribution**) в диалог. Сложность совместной работы заключается в том, что различные интересы должны сойтись в одной точке (**converge**) в рамках последовательной (**coherent**) политики. После достижения договоренностей о совместной позиции в Швейцарии государственные ведомства могут утверждать, что был сделан первый важный шаг, позволяющий считать Швейцарию надежным партнером на международной арене. Безусловно, процесс консультаций не лишен периодически возникающих противоречий (**contradictions**) или даже конфликтов (**conflicts**), однако государственные ведомства стремятся придерживаться совместных обязательств, разрешая эти конфликты и сотрудничая в целях эффективной реализации внешней политики Швейцарии в области здравоохранения. Поиск консенсуса (**consensus**) или компромисса (**compromise**) на уровне всей Швейцарии также является одним из отличительных признаков страны. Он требует определенного уровня креативности (**creativity**) при решении проблем. Только когда в ходе переговоров изучены и исчерпаны различные потенциальные возможности и когда тесное сотрудничество вывело всех участников на кардинально новый уровень понимания обсуждаемого вопроса, можно говорить о том, что заинтересованные стороны достигли подлинной ценности совместного созидания (**co-creation**) и партнерства.

Восемь аспектов, представленных ниже, иллюстрируют процесс реализации внешней политики Швейцарии в области здравоохранения и описывают методы совместной работы

различных государственных ведомств для выполнения задач, поставленных Федеральным советом Швейцарии в марте 2012 г.

Сотрудничество

В реализации внешней политики Швейцарии в области здравоохранения непосредственно участвуют Федеральное управление общественного здравоохранения Федерального департамента внутренних дел, а также Швейцарское агентство развития и сотрудничества и Отдел отраслевой внешней политики Федерального департамента иностранных дел (2). Эти ведомства осуществляют сотрудничество на ежедневной основе, объединяя усилия и опыт для развития целенаправленных синергических связей.

В этих процессах также учитываются компетенции и насущные проблемы других федеральных ведомств, среди которых (в произвольном порядке) нужно отметить Директорат по делам Европы, Департамент ООН и международных организаций, Федеральное статистическое управление, Государственный секретариат по вопросам образования, исследований и инноваций, Государственный секретариат по вопросам миграции, Швейцарский федеральный институт интеллектуальной собственности, Организация по материально-техническому обеспечению вооруженных сил, Государственный секретариат по экономическим вопросам, Федеральное управление по охране окружающей среды, Швейцарское агентство по терапевтической продукции, Федеральное управление по продовольственной безопасности и ветеринарии, Швейцарский совет по вопросам алкоголя и Федеральное управление сельского хозяйства (2).

Основные участники этого процесса также сотрудничают с заинтересованными сторонами внешней политики Швейцарии в области здравоохранения и организуют регулярные совещания с пятьюдесятью организациями гражданского общества, имеющими свои интересы в области международного сотрудничества в секторе здравоохранения. Участвуя в мероприятиях по сетевому взаимодействию, гражданское общество играет важную роль в обсуждении, формировании и консолидации позиции Швейцарии в контексте международного здравоохранения.

Клиенты

Слово «клиент» не часто используется государственными службами, и тем не менее я считаю, что именно оно должно определять содержание повседневной деятельности государственных органов. Будучи помощником Генерального директора Федерального управления общественного здравоохранения по вопросам международных дел, я занимаюсь проблемами общественного здравоохранения и глобального здравоохранения, которые, можно сказать, являются двумя сторонами одной медали. Мои коллеги из других государственных ведомств имеют различные полномочия, которые в равной степени направлены на осуществление задач внешней политики Швейцарии в области здравоохранения и дополняют усилия по достижению общих целей.

Деятельность Швейцарии по сотрудничеству в области развития нацелена на укрепление систем здравоохранения и укрепление здоровья бедных и наименее защищенных слоев населения. Особые усилия направляются на охрану здоровья матери и ребенка, защиту сексуальных прав и репродуктивного здоровья. Государственный секретариат по вопросам образования, исследований и инноваций вносит вклад в научные исследования в области здравоохранения. Государственный секретариат по экономическим вопросам способствует продвижению интересов в области торговли, учитывая, что 38% экспорта Швейцарии приходится на фармацевтическую продукцию (3). Швейцарский федеральный институт интеллектуальной собственности содействует надлежащей защите интеллектуальной собственности, тем самым поощряя проведение научных исследований. Совместно с Директоратом по делам Европы Федеральное управление общественного здравоохранения стремится обеспечить правовую базу для сотрудничества с Европейским союзом (ЕС) по

вопросам здравоохранения. И наконец (хотя список сотрудничающих организаций этим не исчерпывается), Федеральный департамент иностранных дел защищает различные интересы Швейцарии, в том числе в области укрепления позиции Женевы как международного центра дипломатии в области здравоохранения и принимающей стороны для целого ряда международных организаций и ключевых заинтересованных сторон в сфере глобального здравоохранения.

Вклад

Поскольку участники процесса реализации внешней политики Швейцарии в области здравоохранения имеют различные полномочия, их вклад представляет собой огромный, разноцветный калейдоскоп разнообразного опыта, в котором каждый из участников играет свою роль в соответствии со своими возможностями. Каждое государственное ведомство обязано вносить свой финансовый и/или интеллектуальный вклад в диалог по рассматриваемой глобальной проблеме. Только на таких условиях внешняя политика Швейцарии в области здравоохранения может способствовать более высоким достижениям. Сами по себе меры координации и контроля не могут быть единственной целью этого диалога.

Многочисленные проблемы, с которыми сталкиваются все государства, могут быть решены лишь посредством объединения усилий этих участников и вклада каждого из них в совместную работу. Эти процессы чрезвычайно важны для осуществления тех целенаправленных мер, которые все еще требуются для борьбы с тремя основными заболеваниями, связанными с бедностью (ВИЧ/СПИД, туберкулез и малярия), а также для решения таких проблем, как рост распространенности неинфекционных заболеваний (НИЗ), старение населения, нехватка работников здравоохранения и рост затрат на медико-санитарную помощь.

Помимо стимулирования многостороннего вклада, внешняя политика Швейцарии в области здравоохранения также призвана укреплять взаимоотношения Швейцарии с ключевыми партнерами, ЕС и соседними странами.

Консультации и взаимодействие

Основная задача всех мероприятий международного уровня – защищать различные интересы Швейцарии в области здравоохранения. Консультативный процесс, в котором участвуют партнеры по реализации внешней политики Швейцарии в области здравоохранения, нацелен на формирование швейцарской позиции на национальном и международном уровнях. Межведомственные рабочие группы, функционирующие в Федеральной администрации, разрабатывают согласованные позиции по основным проблемам, которые обсуждаются на многосторонних форумах, – в частности, на ежегодно проводимой в Женеве Всемирной ассамблее здравоохранения, являющейся высшим руководящим органом ВОЗ.

Привлечение экспертного опыта других ведомств и учет их интересов требует согласованных действий и открытости во взаимоотношениях. И хотя консультативные процессы обычно бывают весьма конструктивными, иногда они сопровождаются продолжительными оживленными дискуссиями, и их сведение в единую позицию требует дополнительных усилий. Формируемая позиция является результатом внутренних переговоров, основанных на тонком балансе между различными интересами, которые затрагиваются в контексте задач внешней политики Швейцарии в области здравоохранения.

Учитывая многочисленные актуальные проблемы в области глобального здравоохранения, Швейцария определяет свои приоритеты на основе национальных задач, сформулированных в ее стратегии Здоровье-2020 (4), утвержденной правительством страны в январе 2013 г. Международная деятельность Швейцарии является продолжением мер, предпринимаемых на национальном уровне, что придает им особую значимость.

Доверие

Один из ключевых факторов успеха внешней политики Швейцарии в области здравоохранения – это взаимопонимание и доверие между различными государственными ведомствами, осуществляющими совместную работу по достижению 20 целей, которые были утверждены правительством страны в 2012 г. (2).

Регулярные консультативные процессы и тесное сотрудничество на протяжении нескольких лет обеспечивают необходимый уровень доверия. Состав официальных делегаций Швейцарии, участвующих в совещаниях руководящих структур международных организаций, служит яркой иллюстрацией такого межведомственного сотрудничества.

К примеру, Швейцария гордится тем, что каждый год собирает многосекторальную делегацию для участия во Всемирной ассамблее здравоохранения. В состав швейцарской делегации, которую возглавляет член Федерального совета (министр), отвечающий за общественное здравоохранение и другие вопросы внутренней жизни, входят представители Федерального управления общественного здравоохранения, Швейцарского агентства сотрудничества и развития, Федерального управления иностранных дел, Постоянного представительства Швейцарии при Отделении ООН и других международных организациях в Женеве, Федерального института интеллектуальной собственности и Федерального управления по продовольственной безопасности и ветеринарии. Эта делегация функционирует слаженно, как спортивная команда, каждый участник которой обладает всеми необходимыми знаниями и полномочиями для того, чтобы играть ключевую роль в дискуссиях, и готов участвовать в различных переговорах на Ассамблее здравоохранения.

Консенсус – компромисс – креативность

Корпоративная культура в Швейцарии основывается на консенсусе и подкрепляется готовностью к тщательному обсуждению проблем и выработке совместной позиции. Также в основе культуры страны лежит уважение принципов демократии и интеграция аспектов многообразия, которые и формируют небольшое швейцарское государство. Швейцарцы ежедневно общаются на трех официальных языках (французский, немецкий и итальянский), и все государственные служащие выражают свои мысли на родном языке. Мне очень нравится, как искусно и колоритно сочетаются разные языки в нашей переписке и как мы переключаемся с одного языка на другой при рассмотрении тех или иных вопросов. Способность выстраивать здоровые компромиссы также является одной из компетенций, культивируемых Швейцарией внутри страны и используемых на международных переговорах.

Внешняя политика Швейцарии в области здравоохранения способствует достижению, казалось бы, несовместимых целей – например, в такой обширной области, как доступ к медицинской помощи. В этом контексте Швейцария содействует инновациям, всеобщему доступу к качественным лекарствам и рентабельности. В стране обеспечивается надлежащая защита интеллектуальной собственности, что используется в качестве стимула для научных исследований. Также Швейцария принимает во внимание потребности наименее развитых стран в области производства и справедливого распределения, ценообразования и маркетинга жизненно важных лекарственных средств. Преодоление противоречий между этими задачами зачастую требует творческого подхода.

Например, Швейцария поддерживает научные исследования и разработку новых лекарств и медицинских продуктов для лечения забытых болезней, которыми в несоразмерной степени страдают люди в странах с низким уровнем дохода. Она поддерживает государственно-частные партнерства, такие как Инициатива по лекарственным препаратам против забытых болезней и Фонд «Лекарства от малярии». Также Швейцария участвует в финансировании обсерватории научных исследований и разработок (НИОКР), а также в объединенном фонде НИОКР, которым руководит специальная программа ВОЗ по тропическим болезням.

Конвергенция

Усилия, обеспечивающие лидирующую роль Швейцарии в борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам (УПП) на местном и международном уровнях, наглядно иллюстрируют необходимость сведения различных интересов в единую стратегию. УПП представляет собой глобальную, многогранную угрозу здоровью, которая испытывает на прочность национальные системы общественного здравоохранения. Решение этой проблемы требует скоординированных совместных действий на национальном и международном уровнях.

В результате коллективной работы с участием ВОЗ, Продовольственной и сельскохозяйственной организации ООН (ФАО), Всемирной организации по охране здоровья животных (МЭБ) и гражданского общества Всемирной ассамблеи здравоохранения был принят глобальный план действий на 2015 г., в котором предусматривается осуществление конкретных мер в ключевых областях (5).

В ноябре 2015 г. правительством Швейцарии была утверждена масштабная национальная стратегия по УПП (6). Цель швейцарской стратегии, обеспечивающей слияние интересов в рамках подхода «Единое здравоохранение», заключается в поддержании действенности антибиотиков для людей и животных. В разработке этой стратегии принимали участие Федеральное управление общественного здравоохранения, Федеральное управление продовольственной безопасности и ветеринарии, Федеральное управление сельского хозяйства и Федеральное управление по охране окружающей среды, и сейчас эти ведомства совместно отвечают за ее осуществление.

Проблема УПП затрагивает множество секторов и вызывает беспокойство на глобальном уровне, поэтому Швейцария сохраняет приверженность международному сотрудничеству. Это включает поддержку глобального плана действий ВОЗ (5) и работу в рамках Глобальной повестки дня в области безопасности здоровья (GHSA) (7). Также Швейцария недавно утвердила пятилетнюю национальную программу исследований по УПП (8) и продолжает вносить вклад в глобальные инициативы в этом направлении, содействуя тесному диалогу и сотрудничеству с фармацевтической промышленностью.

Последовательность

Среди проблем здравоохранения и общественной безопасности, по которым Швейцария разработала последовательную политику на национальном и международном уровнях, отдельного внимания заслуживает проблема употребления незаконных наркотиков и распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа.

В начале 1990-х годов одной из наиболее серьезных проблем в Швейцарии было существование открытых наркосцен. Тогда же в стране наблюдались самые высокие в Европе показатели передачи ВИЧ. Репрессивные меры не помогли разрушить наркосцены, и нужны были новые подходы. Под давлением общественности политика Швейцарии в отношении наркотиков была переориентирована и была принята новая стратегия, основанная на принципах защиты здоровья и прав человека (9). Новая политика строится на четырех ключевых компонентах: профилактика, лечение, снижение вреда и правоохранительные меры. Благодаря изменению политики в стране произошло существенное снижение числа случаев заражения ВИЧ/СПИДом и гепатитом В и С, а также сокращение уровня смертности от наркотиков. Открытые наркосцены в Швейцарии практически исчезли, а число преступлений, совершаемых потребителями незаконных наркотиков, снизилось до незначительного уровня.

Эта политика, основанная на четырех компонентах, в которой применяется принцип сбалансированного снижения спроса и предложения, до сих пор приносит положительные результаты. Она также была признана на международном уровне (10). Меры снижения вреда эффективны не только в контексте улучшения здоровья затронутых сообществ, но и с точки зрения экономии средств и обеспечения безопасности общества.

В наши дни во всем мире от расстройств, связанных с употреблением наркотиков, страдают порядка 29 миллионов человек, но лишь одна шестая часть из них проходит лечение (11). Масштабы проблемы становятся еще более очевидными, если принять во внимание тот факт, что почти половина потребителей принимает наркотики инъекционным путем. Значительная часть потребителей наркотиков живет с ВИЧ и другими инфекционными заболеваниями, и многие из них пользуются общими принадлежностями для инъекций, не имея доступа к продуктам программ снижения вреда, таким как чистые иглы и шприцы. Во всем мире пять из шести человек, страдающих нарушениями здоровья вследствие употребления наркотиков, имеют ограниченный доступ к лечению болевых синдромов или вообще не имеют доступа (12). Отсутствие доступа к жизненно важным лекарствам из-за чрезмерно ограничительной политики по контролю за наркотиками также остается в числе важных проблем, требующих реагирования. Мы все должны помнить, что цель международной системы наркоконтроля заключается не в наложении запретов, а в обеспечении охраны здоровья и благополучия человечества (13).

На Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по мировой проблеме наркотиков (14), состоявшейся в апреле 2016 г., Швейцария активно продвигала свою четырехкомпонентную политику, делая акцент на людях, а не на незаконных наркотиках.

И наконец, в 2016 г. на Совещании высокого уровня по вопросам борьбы со СПИДом (15) государства-члены заявили о готовности к реализации масштабной повестки, нацеленной на искоренение эпидемии ВИЧ/СПИДа к 2030 г. Швейцария вместе с другими странами способствовала проведению переговоров, в результате которых была принята новая политическая декларация (16) с планом конкретных действий и набором целевых показателей, оговоренных конкретными сроками и способствующих достижению этой цели.

Была признана необходимость включения мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом в более широкую программу по защите сексуального и репродуктивного здоровья и прав, а также связь эпидемии ВИЧ/СПИДа с употреблением незаконных наркотиков.

Заключение: совместное создание и новые партнерства

Учитывая сходный характер проблем, стоящих перед государствами, обмен опытом и примерами эффективной практики остается важнейшим инструментом взаимовыгодного сотрудничества. Только благодаря совместным усилиям и укреплению двусторонних и многосторонних отношений страны могут обеспечить защиту здоровья населения. Как уже упоминалось в начале этой главы, односторонний подход более не является жизнеспособным.

Помимо этого, недавнее принятие Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. (17) означает смену парадигмы в том, каким образом международные участники и правительства должны подходить к решению проблем здравоохранения и других задач. Повестка дня на период до 2030 г. имеет универсальный характер в том смысле, что обязательство действовать приняли все государства. Она является неделимой и комплексной, что означает необходимость сотрудничества всех секторов для решения самых разных задач.

Для достижения Цели 3 в области устойчивого развития (ЦУР 3), касающейся здравоохранения, более чем когда-либо необходимы согласованные действия по улучшению детерминант здоровья и обеспечению того, чтобы медицинские услуги становились и оставались доступными, приемлемыми, целесообразными и недорогими, как это определено ВОЗ в контексте права на здоровье.

Здравоохранение более не является ответственностью исключительно министерств здравоохранения и специализированных организаций. Сегодня совместные действия должны осуществляться всеми заинтересованными сторонами в различных секторах в духе сотрудничества и совместной ответственности в осуществлении воздействия на многочисленные детерминанты здоровья.

Необходимо прилагать постоянные усилия для сохранения высокого уровня охраны здоровья населения также в таких областях, как безопасность пищевых продуктов, химическая и радиационная защита, охрана окружающей среды и безопасность терапевтических продуктов. Дух партнерства и созидания должен объединять все сектора, если мы хотим достичь далеко идущих Целей в области устойчивого развития, предусмотренных в Повестке дня на период до 2030 г. (17).

Внешняя политика Швейцарии в области здравоохранения, способствующая межправительственной и многосторонней координации, служит важным инструментом, позволяющим Швейцарии вносить свой вклад в достижение целей Повестки дня на период до 2030 г. на глобальном, региональном, национальном и субнациональном уровнях.

Библиография *

1. Международные медико-санитарные правила (2005), третье издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/ru/>).
2. Federal Department of Foreign Affairs, Federal Department of Home Affairs, editors. Swiss Health Foreign Policy. Bern: Federal Office of Public Health; 2012.
3. Key figures of Swiss foreign trade 2016. Bern: Federal Customs Administration; 2016 (<https://www.ezv.admin.ch/ezv/en/home/topics/swiss-foreign-trade-statistics/swiss-foreign-trade--a-brief-overview.html>).
4. Federal Department of Home Affairs, editor. Gesundheit2020 – Health2020 – a comprehensive health care strategy [website]. Bern: Federal Office of Public Health; 2013 (<https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/themen/strategien-politik/gesundheit-2020/eine-umfassende-strategie-fuer-das-gesundheitswesen.html>).
5. Глобальный план действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 (<http://www.who.int/antimicrobial-resistance/global-action-plan/ru/>).
6. Federal Council. Strategy on antibiotic resistance Switzerland (StAR). Bern: Vertrieb Bundespublikationen; 2015.
7. Antimicrobial resistance action package. In: Global Health Security Agenda [website]. Washington (DC): Global Health Security Agenda; 2017 (<https://www.ghsagenda.org/packages/p1-antimicrobial-resistance>).
8. Antimicrobial resistance national research programme (NRP 72) [website]. Bern: Swiss National Science Foundation; 2017 (<http://www.nfp72.ch/en/Pages/Home.aspx>).
9. Gervasoni J-P, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Paccaud F. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie (1991–96). Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive; 1996:5.
10. Политическая декларация и план действий по налаживанию международного сотрудничества в целях выработки комплексной и сбалансированной стратегии борьбы с мировой проблемой наркотиков. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2009 (https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_52/Political-Declaration2009_V0984965_R.pdf).
11. Всемирный доклад о наркотиках, 2016 г. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2016 (https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_russian.pdf).
12. Access to controlled medications programme. Framework. Geneva: World Health Organization; 2007:5 (http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/Framework_ACMP_withcover.pdf?ua=1).
13. Single Convention on Narcotic Drugs, 1961. New York (NY): United Nations; 1961 (https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf).
14. United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem (UNGASS) [website]. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2017 (<http://www.unodc.org/ungass2016>).

* Все электронные ссылки в данной книге приведены по состоянию на 9 мая 2017 г., если не указано иное.

15. Организация Совещания высокого уровня по ВИЧ/СПИДу в 2016 году. Женева: Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу; 2016 (<http://www.unaids.org/ru/aboutunaids/unitednationsdeclarationsandgoals/2016highlevelmeetingonaids>).
16. Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: ускоренными темпами к активизации борьбы с ВИЧ и прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году. Женева: Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу; 2016 (<http://www.unaids.org/ru/resources/documents/2016/2016-political-declaration-HIV-AIDS>).
17. Повестка дня в области устойчивого развития. Страница сайта Цели устойчивого развития [веб-сайт]. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2017 (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/about/development-agenda/>).

2. Соединенное Королевство: от деклараций к действиям. Активизация международных усилий по сдерживанию лекарственно-устойчивых инфекций

Heulwen E. Philpot
Sally C. Davies

Основы

Если не будут предприняты меры по сдерживанию распространения УПП, к 2020 г. от лекарственной-устойчивой инфекции каждые три секунды будет умирать один человек. Уже сегодня лекарственно-устойчивые штаммы туберкулеза, ВИЧ и малярии убивают 700 000 человек в год (1). К сожалению, есть большая вероятность того, что эта страшная цифра существенно занижена из-за недостаточности данных. То, что скрывается за сухой статистикой, на самом деле означает, что 700 000 матерей, отцов, мужей, жен, сыновей и дочерей преждевременно и зачастую неожиданно покидают своих близких. Люди настолько привыкли к тому, что всегда можно пройти несложную антибиотикотерапию и тут же остановить инфекцию, что, когда антибиотики вдруг перестают работать, смириться с бессмысленной потерей жизни становится еще сложнее. Арсенал современных лекарств стремительно уменьшается, и все мы должны принять безотлагательные меры для защиты здоровья и благополучия наций.

К счастью, за последнее время существенно возросло международное признание УПП как одной из наиболее серьезных глобальных угроз в области здравоохранения. Этот процесс начался в 1998 г., когда ВОЗ стала предлагать резолюции о путях противодействия различным аспектам УПП, хотя основополагающая резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения по УПП была принята всеми государствами-членами лишь в 2014 г. Год спустя Ассамблеей здравоохранения был утвержден глобальный план действий по борьбе с УПП (2), а ФАО и МЭБ приняли свои ключевые резолюции. Сегодня глобальный план действий ВОЗ представляет собой концептуальную основу для деятельности всех стран по борьбе с УПП; в нем содержится призыв к государствам-членам разработать к маю 2017 г. национальные планы действий в рамках подхода «Одно здоровье», охватывающие не только все аспекты здоровья человека, но и меры в области охраны здоровья животных и рыб и обеспечения безопасности сельского хозяйства и окружающей среды (2).

Rush и Davies зафиксировали этапы процесса, приведшего к этим судьбоносным достижениям (3). Несмотря на то, что министры здравоохранения и сельского хозяйства признавали УПП как серьезную угрозу, требующую ответных мер, главы правительств еще по-настоящему не осознали проблему в глобальном масштабе. Без политической динамики действия центрального уровня предпринимались недостаточно быстро. В этой главе описывается, как на основе консенсуса, достигнутого государствами-членами через их сотрудничество со специализированными учреждениями ООН, эта проблема была вынесена на необходимый уровень, т.е. оказалась в руках каждого лидера каждой страны. Достигнуть этого можно было лишь одним способом: через Генеральную Ассамблею Организации Объединенных Наций, которая в сентябре 2016 г. провела Заседание высокого уровня по проблеме устойчивости к противомикробным препаратам (4).

Мы, члены группы экспертов по УПП при правительстве Соединенного Королевства, назвали этот процесс «путь к Генеральной Ассамблее». Находясь по другую сторону этого контрольного рубежа и размышляя о проделанной работе, можно провести множество параллелей между долгим, непредсказуемым путешествием и дипломатическим процессом переговоров по декларации ООН (5). В данной главе показаны этапы планирования этого процесса, препятствия, преграждавшие путь, – в том числе те, которых удалось избежать, а также, что самое важное, способы привлечения других партнеров по мере того, как мы продвигались к поставленной цели.

Чему учит история

Rush и Davies (3) описали уроки, усвоенные на первом отрезке пути: переговоры по резолюциям ВОЗ, ФАО и МЭБ. Они определили ключевые компоненты, способствовавшие достижению прогресса на столь раннем этапе:

1. широкая поддержка в этом вопросе на внутривнутриполитическом уровне в любой стране, пытающейся оказывать влияние на другие страны;
2. единое понимание проблемы;
3. заметно выделяющаяся активная группа стран, взявших за решение проблемы, имеющая межрегиональное представительство;
4. техническое понимание задействованных организационных систем;
5. взаимодействие с широким кругом заинтересованных сторон.

Знания, полученные от постоянной группы дипломатов, которые вели переговоры по УПП в ВОЗ, ФАО и МЭБ, помогли подготовить почву для выработки стратегии привлечения международных участников. Здесь важно было помнить о культурных различиях между тем контекстом, в котором обсуждение вопросов здравоохранения является нормой, и более политическим характером культуры дипломатии в штаб-квартире ООН.

Широкая поддержка в этом вопросе на внутривнутриполитическом уровне

Мы понимали, что прежде всего нам было необходимо обеспечить сильную политическую поддержку наших амбициозных задач у себя дома. Соединенное Королевство давно выступало за принятие безотлагательных мер по борьбе с УПП, и прогресс в этой области был возможен лишь при наличии политической поддержки высокого уровня внутри правительства. Доклад Главного санитарного врача (ГСВ) от 2013 г. по проблеме УПП (6), ускоривший процесс создания первой пятилетней стратегии Соединенного Королевства в области УПП, положил начало политического диалога в Вестминстере. По мере накопления научных свидетельств того, какую серьезную угрозу представляет УПП для современной медицины, ГСВ подготовила убедительные аргументы о необходимости включения проблемы УПП в Национальный реестр рисков чрезвычайных ситуаций гражданского характера. Эта инициатива оказалась успешной – она гарантировала принятие мер со стороны правительства, поскольку оно всегда обязано прилагать все усилия для смягчения этого риска. В частности, после нескольких оживленных брифингов, проведенных ГСВ, и четкой формулировки того, что нуж-

но сделать и какая нужна помощь, тогдашний премьер-министр Дэвид Кэмерон и тогдашний канцлер казначейства Джордж Осборн объявили о своей личной поддержке этих инициатив.

Благодаря признанию приоритетности данной проблемы на высоком уровне Министерство здравоохранения смогло обеспечить финансирование Фонда Флеминга и Глобального фонда инноваций в сфере устойчивости к противомикробным препаратам (GAMRIF). Фонд Флеминга располагает средствами в объеме 256 млн фунтов стерлингов, которые направляются на официальную помощь в целях развития (ОПР). Следуя концепции «Одно здоровье», Фонд уделяет особое внимание улучшению лабораторного потенциала для диагностики и эпиднадзора за УПП в странах с низким и средним уровнем дохода (СНСУД), где лекарственно-устойчивые инфекции могут вызывать несоразмерно тяжелые последствия. GAMRIF – это 50 млн фунтов стерлингов, предназначенных для финансирования ОПР и создания целевого скоординированного многостороннего фонда для поддержки недостаточно развитых и недофинансируемых областей научных исследований и разработок в сфере УПП на глобальном уровне и финансирования проектов, которым трудно получить доступ к традиционным источникам финансирования. Направления помощи будут определяться экспертами в данной области, которые установят, что нужно для борьбы с УПП.

Эти фонды заняли центральное место в дипломатической стратегии Соединенного Королевства. В целях поддержки фондов и более широкой международной стратегии по УПП была создана международная межправительственная руководящая группа по проблеме УПП, которую возглавили Министерство иностранных дел и постоянный представитель Соединенного Королевства при отделении ООН в Женеве, Швейцария. Эта группа объединила представителей всех заинтересованных ведомств правительства Соединенного Королевства и обеспечила им возможность организовывать и координировать реализацию стратегии привлечения международных участников, в рамках которой каждое ведомство играло отведенную ему роль и осуществляло взаимодействие со своими группами заинтересованных сторон.

Такая поддержка высокого уровня вкупе с реальными обязательствами по финансированию позволила нашей группе экспертов по УПП не только повысить приоритетность проблемы в Соединенном Королевстве, но и говорить откровенно и авторитетно, когда мы призываем других поднять этот вопрос перед своими главами государств или министрами финансов или по делам развития. Уверенность в том, что мы можем рассчитывать на поддержку премьер-министра в случае необходимости повысить уровень решения по каким-либо вопросам, позволила нам выстроить устойчивую стратегию привлечения международных участников. Эта поддержка также означала, что премьер-министр был готов принять меры к устранению пробелов в стратегии Соединенного Королевства и содействовать усилению доказательной базы для формирования единого понимания проблемы. ГСВ провела работу с членами кабинета министров, по результатам которой премьер-министр поручил признанному на мировом уровне экономисту подготовить независимый обзор проблемы УПП. Подобная тактика была успешно применена при разработке обзора лорда Стерна об изменении климата (7).

Единое понимание проблемы

Сотрудники Министерства здравоохранения осознавали, что им необходимо повысить уровень понимания проблемы в политических кругах и для этого подготовить более убедительные экономические доводы для принятия мер, в частности в СНСУД, где существовал риск того, что программа по УПП будет расцениваться на местах как любимая игрушка развитых западных стран. В этом контексте родилась идея о подготовке независимого обзора по УПП под председательством лорда O'Neill.

Предыдущая деятельность лорда O'Neill была связана с проектами для обеих целевых аудиторий Министерства здравоохранения; он был главным экономистом в компании «Голдман Сакс», но также сотрудничал с различными странами с переходной экономикой. Это всеми уважаемый экономист, излагающий свои мысли простым языком и умеющий облекать сложные проблемы в форму политически актуальных «убойных» фактов, а затем в конкретные рекомендации.

Обзор намеренно создавался с охватом глобального уровня; специалисты Министерства понимали, что серия рекомендаций, нацеленных лишь на Соединенное Королевство, не принесет должного эффекта. Поэтому в техническом задании обзора была поставлена задача найти решения, актуальные в глобальном масштабе и применимые в различных условиях, независимо от уровня доходов. За два года выполнения обзора была подготовлена серия докладов, в которых проблема УПП анализировалась с разных сторон, например, с позиции сельского хозяйства, предупреждения инфекций и разработки лекарственных препаратов. Каждый доклад опирался на данные обширных исследований и результаты взаимодействия со СНСУД с целью изучения проблемы с их точки зрения и содействия разработке столь необходимых рекомендаций, актуальных для всего мира.

Независимый обзор в конечном счете внес неоценимый вклад в формирование единого понимания масштабов проблемы в случае непринятия мер по борьбе с УПП. Его самые ранние оценки – предупреждение, что к 2050 г. УПП будет уносить 10 миллионов жизней в год и обойдется государствам в 100 триллионов долларов США (8), – сразу стали наиболее часто цитируемой статистикой в каждой речи, каждом пресс-релизе и каждом национальном заявлении. В недавнем докладе Всемирного банка по УПП эти цифры подтверждаются, и подчеркивается, что лекарственно-устойчивые инфекции в наибольшей степени затронут беднейшие страны мира (9). Однако, помимо того, что обзор помог представить в количественном выражении гуманитарные и экономические последствия УПП, в нем также выработана простая формула для объяснения возможных путей их предотвращения: через снижение спроса, повышение предложения и следование десяти несложным рекомендациям. Рекомендуемые действия были нацелены на снижение спроса на антибиотики для людей и животных или повышение предложения полезных продуктов (10):

1. Провести широкомасштабную глобальную кампанию по повышению осведомленности населения.
2. Улучшать гигиену и предотвращать распространение инфекций.
3. Снизить необоснованное применение противомикробных препаратов в сельском хозяйстве и их распространение в окружающую среду.
4. Усовершенствовать глобальный эпиднадзор за устойчивостью к препаратам у человека и животных.
5. Способствовать внедрению новых средств экспресс-диагностики для сокращения уровня ненадлежащего использования антибиотиков.
6. Стимулировать разработку и применение вакцин и их альтернатив.
7. Увеличить число специалистов, работающих в сфере инфекционных заболеваний, повысить их заработную плату и обеспечить признание важности их работы.
8. Создать глобальный фонд инноваций для ранних и некоммерческих исследований.
9. Усилить стимулы для содействия инвестированию в разработку новых и усовершенствование существующих препаратов.
10. Создать глобальную коалицию для осуществления конкретных действий через «Группу двадцати» (G20) и Организацию Объединенных Наций.

Такое единое понимание масштабов проблемы и составных элементов, необходимых для ее решения, позволило дипломатам и членам делегаций объяснять простым языком, какие меры должны быть приняты во всем мире и на всех уровнях государственного управления.

Заметная и активная группа стран, занимающихся решением проблемы

Нидерланды и Швеция уже давно проводили работу в области УПП; но хотя этот факт, а также внутренняя политическая поддержка в Соединенном Королевстве и единое понимание проблемы, стимулируемые обзором O'Neill, заложили прочную основу для этой деятельности, одних этих рекомендаций было бы недостаточно для того, чтобы сдвинуть диалог с мертвой точки. Они были использованы для активизации поддержки и обеспечения приверженности

широкой группы различных в географическом плане стран. Эти страны взяли на себя ответственность и продемонстрировали глобальное лидерство в решении проблемы УПП: они реализуют действенные стратегии на национальном уровне, но также оказывают поддержку своим соседям и стимулируют у них понимание реальности этой угрозы.

В 2014–2016 гг. пакет мер по УПП в рамках GHSA (11) составил ядро, вокруг которого сложилась эта основная группа – группа из 21 страны, проявляющая невероятную готовность прийти на помощь и имеющая общую цель: добиться принятия действенной декларации ООН по УПП, которая способствовала бы реализации глобального плана действий ВОЗ (2). Эта группа сформировала коалицию, которая согласовала набор приоритетов для включения в декларацию, а затем последовательно распространяла тезис о том, что УПП – это проблема глобального масштаба, которая требует межсекторального реагирования и представляет собой серьезную угрозу достижению ЦУР, если не будут приняты соответствующие меры. Члены группы поддерживали друг друга на практике самыми разными методами: предлагали помощь странам своего региона, проводили личные встречи в кулуарах международных конференций, призывали три специализированных учреждения (ВОЗ, ФАО и МЭБ) не отказываться от поставленных целей и даже организовывали еженедельные телеконференции в ходе переговоров на Генеральной Ассамблее летом 2016 г., чтобы обмениваться мнениями о тексте разрабатываемой декларации.

Эксперты этой группы стран объединили свои знания проблемы УПП и системы Организации Объединенных Наций. Прочные связи, установленные между дипломатами в области здравоохранения в каждой стране, способствовали тому, что при обсуждении вопроса об УПП на совещаниях G20 и «Группы семи» (G7) поддерживались столь же решительные формулировки. В целом это происходило потому, что на разных форумах с участием многосторонних партнеров одни и те же люди давали одни и те же советы. В результате в формулировках документов G7, G20 и ООН ясно прослеживается общая мысль. Успеху этих партнерств также способствовало то, что отношения между странами основной группы повторялись в отношениях между столицами и между постоянными представительствами в Женеве и Нью-Йорке, т.е. дипломатами этих стран. Это означало следующее: у столиц был общий взгляд на задачи политики; опытные члены делегаций в Женеве могли поделиться своими знаниями, почерпнутыми на переговорах ВОЗ, а представители в Нью-Йорке следили за тем, чтобы все стороны получали регулярную информацию о том, какие меры являются достижимыми с политической точки зрения в рамках системы Организации Объединенных Наций.

Деятельность этой группа быстро переросла рамки пакета мер GHSA по УПП (11), хотя именно он явился катализатором процесса. Была сформирована сильная группа основных стран, каждая из которых призывала к принятию амбициозной декларации ООН. Из Нью-Йорка эту работу умело и энергично координировал назначенный координатор Juan Gomez Samacho, постоянный представитель Мексики при ООН. Незадолго до этого Samacho переехал в Нью-Йорк из Женевы, поэтому у него был опыт работы в сфере здравоохранения и участия в переговорах по сложному Механизму обеспечения готовности к пандемическому гриппу, разработанному ВОЗ.

Объединенные одной целью, эти страны продемонстрировали глобальный характер угрозы распространения лекарственно-устойчивых инфекций. Наглядным подтверждением стал тот факт, что страны Африки к югу от Сахары, Юго-Восточной Азии, Европы и Латинской Америки пришли к единому мнению о необходимости принятия мер. Помимо того, что были получены свидетельства о масштабном характере угрозы, каждая страна в группе GHSA могла свидетельствовать о возможности принятия мер по снижению распространения лекарственно-устойчивых инфекций и об их потенциальной эффективности в различных контекстах и при различных потребностях в ресурсах.

В конечном итоге, этот разноголосый хор мнений, усиленный позицией тех, кого удалось убедить присоединиться, способствовал успешному проведению переговоров по декларации Организации Объединенных Наций по проблеме устойчивости к противомикробным препаратам, которую утвердили все 193 государства-члена (5).

Взаимодействие с широким кругом заинтересованных сторон

Процесс согласования декларации ООН и обеспечения решительной поддержки со стороны G7, G20 и ЕС сыграл важнейшую роль в том, что правительства отнесли разработку и осуществление национального плана действий в области УПП к числу первоочередных задач. Однако государство все же ограничено в своем влиянии, и свою роль должны также играть частный сектор и гражданское общество.

Открытый диалог с фармацевтической промышленностью и обоюдное понимание того, что сохранение существующих противомикробных препаратов и усиление деятельности по разработке антибиотиков отвечает интересам всех и каждого, стало наиболее ощутимым достижением этого процесса в 2016 г. Этому диалогу во многом помог обзор O'Neill, который смог так наладить взаимодействие с частным сектором, как не всегда могли бы сделать учреждения ООН. В январе 2016 г. на Всемирном экономическом форуме это взаимодействие привело к опубликованию Декларации фармацевтической, биотехнологической и диагностической отраслей о противодействии устойчивости к противомикробным препаратам, известной нам сегодня как Давосское соглашение (12). Подписанты декларации – 98 компаний и 11 торговых ассоциаций – обязались добиваться снижения развития УПП, увеличивать инвестиции в научные исследования и разработки в области противомикробных препаратов и диагностики, а также расширять доступ к новым и существующим антибиотикам. Затем, в сентябре 2016 г., была разработана дорожная карта, подписанная меньшей группой из 13 компаний, в которой предусматриваются еще более подробные меры по сохранению противомикробных препаратов как таковых: этот процесс был инициирован в ходе параллельного мероприятия по УПП, совместно организованного Кенией, Южной Африкой и Соединенным Королевством во время Генеральной Ассамблеи (13).

Эти шаги помогли остановить поток взаимных обвинений, которыми так часто обмениваются различные секторы; отказ от вопросов о том, кто виноват, позволил точнее определить роли, которые должны в унисон играть государство и промышленность для того, чтобы остановить нарастающую волну лекарственно-устойчивых инфекций.

Однако диалог с гражданским обществом находится на более раннем этапе. Поскольку УПП – не очень известная тема, чаще всего не имеющая человеческого лица, основной движущей силой являются правительства, а не неправительственные организации (НПО). Поэтому получается, что гражданское общество либо в какой-то мере не доверяет намерениям правительства, либо не уверено, в чем НПО могут принести пользу. Тем не менее, мнение общественности на местах должно быть услышано, поскольку это позволит сохранить устойчивость начатых процессов и заставит правительства отчитываться о выполнении принятых ими обязательств. Поэтому гражданскому обществу принадлежит важнейшая роль на последующих этапах процесса.

В табл. 2.1 представлены возражения, возникающие в ходе этого процесса, и ответы на них, которые дают Соединенное Королевство и другие страны-единомышленники для того, чтобы развеять высказываемые сомнения.

Что было достигнуто и почему это важно

Уроки, полученные на предыдущих стадиях дипломатии в области глобального здравоохранения, обеспечение активной внутренней поддержки мер в Соединенном Королевстве, выработка единого понимания проблемы на международном уровне с помощью обзора O'Neill, создание коалиции единомышленников и поддержание диалога с заинтересованными сторонами из всех секторов – все это позволило всем партнерам по сотрудничеству достичь поистине впечатляющих результатов. Заседание высокого уровня Генеральной Ассамблеи по проблеме устойчивости к противомикробным препаратам (4) было лишь четвертым подобным заседанием по вопросу здравоохранения за всю историю Организации Объединенных Наций.

В соответствии с положениями декларации Генеральной Ассамблеи (5), государства-члены теперь обязуются разработать межсекторальные национальные планы действий по УПП, согласующиеся с глобальным планом действий ВОЗ (2). Одобрив согласованный принцип

Таблица 2.1. Возражения против глобальных мер по УПП и ответы партнеров

Возражения	Контраргументы
<p>УПП – это проблема только в развитых странах; перед СНСУД стоят более серьезные проблемы.</p>	<p>УПП давно является проблемой глобального масштаба, однако до недавнего времени не было данных о том, где бремя УПП будет наибольшим. В обзоре O’Neill содержался прогноз, в соответствии с которым бремя УПП окажется наибольшим в СНСУД, что было впоследствии подтверждено анализом Группы Всемирного банка, представленным во время недели мероприятий на Генеральной Ассамблее (7–9). Заявления министров здравоохранения таких СНСУД, как Кения, сделанные во время этой недели на параллельном мероприятии по УПП, также во многом способствовали изменению восприятия этой проблемы.</p>
<p>Сокращение уровня использования противомикробных препаратов в сельском хозяйстве приведет к значительным потерям в этой отрасли и замедлит экономическое развитие.</p>	<p>Опыт целого ряда стран показывает, что это возражение неверное: например, в Нидерландах с 2009 г. по 2014 г. уровень использования антибиотиков у животных был сокращен на 58%, однако производство телятины, свинины и мяса птицы процветает. Тем не менее, эта тема остается предметом острых споров, поэтому был принят более конструктивный подход: подчеркивать, что странам важнее всего усовершенствовать сбор данных и только потом постепенно вводить национальные целевые показатели снижения использования антибиотиков.</p>
<p>Почему СНСУД должны поддерживать разработку новых противомикробных препаратов, когда они будут доступны лишь тем, кто сможет заплатить за них наибольшую цену?</p>	<p>Действительно, можно предположить, что любые новые противомикробные препараты окажутся непомерно дорогими. Однако в обзоре O’Neill было предложено применить систему материального поощрения вывода продукции на рынок под общественным контролем, чтобы компенсировать компаниям их затраты на научные исследования (10); это позволило бы правительствам устанавливать условия доступа к противомикробным препаратам и контролировать рациональность их применения с тем, чтобы СНСУД могли получать новые противомикробные препараты. Это был лишь один из предложенных вариантов решения вопроса, однако представители Соединенного Королевства подчеркнули, что принципы доступа и рационального применения новых препаратов должны лежать в основе любой модели.</p>
<p>Почему СНСУД должны принимать стратегии рационального применения противомикробных препаратов, когда больше людей умирает от отсутствия доступа к ним, а не от УПП?</p>	<p>Доступ к лекарственным средствам остается предметом дебатов глобального масштаба, и все страны согласились с тем, что для повышения доступа к существующим и правильно назначаемым препаратам необходимы дополнительные усилия. Тем не менее, необходимо со всей определенностью указать, что расширение доступа без надлежащих мер по обеспечению рационального применения является контрпродуктивным, поскольку со временем препараты утрачивают свою действенность.</p>

«Одно здоровье», объединивший различные секторы и действующих субъектов в борьбе за здоровье человека, животных и окружающей среды, они также выразили готовность к мобилизации адекватных, прогнозируемых и устойчивых ресурсов для реализации своих планов и обещали повышать осведомленность о проблеме УПП во всем мире.

Помимо этого, они призвали Генерального Секретаря ООН учредить специальную межведомственную координационную группу, чтобы обеспечить практическое руководство относительно подходов, необходимых для принятия действенных и устойчивых глобальных мер по борьбе с УПП, и через два года доложить Генеральной Ассамблее о проделанной работе.

Как отметил в своем приветственном слове на Заседании высокого уровня Генеральный секретарь ООН Пан Ги Мун, «мы теряем способность защищать людей и животных от инфек-

ций, угрожающих их жизни» (14). Он также предупредил, что, если в ответ на проблему УПП не будут приняты срочные и комплексные меры, это значительно затруднит или даже сделает невозможным обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) высокого качества. Напоминая о том, что подобные тенденции подрывают с таким трудом завоеванные достижения в рамках Целей тысячелетия в области развития, он призвал глобальных лидеров превратить принятые обязательства в безотлагательные, согласованные действия.

Добиться такого заявления из уст Генерального секретаря ООН всего через два года после принятия резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения – это достижение действительно беспрецедентное. Политическая поддержка на столь высоком уровне показывает, как многого удалось достичь по таким направлениям, как разъяснение необходимости межсекторального сотрудничества на национальном и на международном уровне, привлечение более широкого круга учреждений ООН, не работающих в области здравоохранения и сельского хозяйства, и включение проблемы УПП непосредственно в процесс обсуждения ЦУР.

Эти достижения следует рассматривать на фоне решительных заявлений от лидеров G7 и G20, обязывающих главы правительств стран, входящих в эти группы, стремиться к еще более грандиозным целям (табл. 2.2). Будучи традиционно экономическим форумом, Большая двадцатка признала всю серьезность угрозы и поручила Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и группе других международных организаций разработать к саммиту 2017 г., проводимому под председательством Германии, дополнительные варианты развития для преодоления несостоятельности рынка, которая лишает заинтересованности в создании новых противомикробных препаратов. Это поистине поворотные заявления; в парадигме начинают происходить серьезные сдвиги.

Согласование декларации Генеральной Ассамблеи 2016 г. широко освещалось в СМИ, обсуждалось на 12 параллельных мероприятиях по УПП, организованных в ходе недели Генеральной Ассамблеи, и поддерживалось заявлениями гражданского общества, промышленности и научных кругов. На Заседании высокого уровня выступили Генеральные директора ВОЗ, ФАО и МЭБ; наиболее же резонансное заявление было сделано Генеральным директором ФАО José Graziano da Silva: «Следует немедленно прекратить использование противомикробных препаратов для стимулирования роста» (19). Подобное конкретное заявление от руководителя глобальной сельскохозяйственной организации явилось ясным сигналом для всех заинтересованных сторон о том, что УПП – это не только проблема здоровья людей; свою роль в ее решении должны играть все секторы. Подобное заявление было свидетельством прогресса, достигнутого в глобальных дебатах, и более глубокого понимания безотлагательности и межсекторального характера этой угрозы.

Прогресс, достигнутый к настоящему моменту, – это лишь начало работы, а не ее грандиозный финал, но это также рубеж, от которого нельзя отступать. Международное признание на столь высоком уровне гарантирует, что проблема УПП больше не будет игнорироваться, поэтому все участвующие стороны должны направить всю свою энергию в претворение обязательств в жизнь, в равной мере предоставляя этому процессу поддержку и формулируя более амбициозные задачи.

Предстоящие вызовы и возможности

Одно из наиболее значительных достижений декларации ООН (5) – это обращенный к Генеральному секретарю и ВОЗ призыв о создании специального межведомственного координационного механизма. Осуществление положений декларации государствами-членами будет зависеть от наличия у этой группы правильной структуры, сферы деятельности и влияния. По мнению Правительства Соединенного Королевства, членство в группе должно быть широким и включать не только три основных организации – ВОЗ, ФАО и МЭБ, какими бы важными они ни были, но и независимых членов и представителей гражданского общества и частного сектора. Координировать этот механизм должен активный, хорошо осведомленный председатель, который сможет добиваться отчетности от системы ООН

Таблица 2.2. Обязательства G7 и G20 по проблеме УПП в 2016 г.

Документ	Содержание
<p>Коммюнике лидеров G20, Ханчжоу, Китай, 5 сентября (15)</p>	<p>«46. Устойчивость к противомикробным препаратам (УПП) представляет серьезную угрозу здоровью населения, экономическому росту и глобальной экономической стабильности. Мы подтверждаем необходимость всестороннего противодействия УПП путем разработки основанных на доказательных способах профилактики и смягчения устойчивости, а также активизации исследований и разработок новых противомикробных препаратов и изучения существующих препаратов с позиций потенциального вклада G20, и призываем ВОЗ, ФАО, МЭБ и ОЭСР совместно подготовить в 2017 г. доклад о возможных вариантах решения этой проблемы, включая экономические аспекты. В этой связи мы будем содействовать рациональному применению антибиотиков и принимаем во внимание серьезные вызовы, связанные с ценовой доступностью и доступом к противомикробным препаратам, и влияние, которое эти вызовы оказывают на здоровье населения. Мы решительно поддерживаем проводимую ВОЗ, ФАО и МЭБ работу и ожидаем успешного проведения в рамках сессии Генеральной Ассамблеи ООН Совещания высокого уровня по проблеме УПП. Мы рассчитываем на обсуждение мер по решению этих вопросов в рамках следующего председательства».</p>
<p>Коммюнике министров финансов и глав центробанков стран G20, Чэнду, Китай, 24 июля (16)</p>	<p>«18. Мы намерены оказывать поддержку деятельности G20 по проблеме устойчивости к противомикробным препаратам (УПП) в соответствии с договоренностью о проведении работы в рамках председательства в G20 в следующем году по разработке мер устранения потенциальной несостоятельности рыночных механизмов».</p>
<p>Исэ-Симская декларация лидеров G7, Исэ-Сима, Япония, 26 мая (17)</p>	<p>«Мы обязуемся содействовать обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ), а также стремиться играть лидирующую роль в укреплении ответных мер в связи с чрезвычайными ситуациями в области общественного здравоохранения и проблемой устойчивости к противомикробным препаратам (УПП), которые могут оказать значительное воздействие на нашу экономику. Мы также подчеркиваем важность содействия научным исследованиям и разработкам (НИОКР) и инновациям в этих и других областях здравоохранения».</p>
<p>Коммюнике министров здравоохранения G7, Кобе, Япония, 12 сентября (18)</p>	<p>В коммюнике сформулированы обязательства, касающиеся серии конкретных мер, в т.ч. по содействию комплексному и согласованному эпиднадзору за УПП и применением противомикробных препаратов у людей и животных, определению научно обоснованных целевых показателей по сокращению их использования, поощрению вступления стран в Глобальную систему эпиднадзора за устойчивостью к противомикробным препаратам и рассмотрению возможности оказания помощи СНСУД в целях развития их потенциала в области мониторинга и эпиднадзора за УПП и применением противомикробных препаратов.</p>

и не позволять развиваться ситуации, при которой система замкнулась бы сама в себе. Для эффективной работы этому механизму потребуется одобрение на высоком уровне всех ключевых учреждений и поддержка нового Генерального секретаря ООН и Генерального директора ВОЗ, а также приложение максимальных усилий к тому, чтобы не допустить дублирования деятельности других систем. Там, где это возможно, проблема УПП должна быть вплетена в показатели ЦУР, а процедуры совместной внешней оценки реализации ММСП должны использоваться для сбора дополнительной информации о национальных возможностях и потребностях.

Одним из немногих критических замечаний в адрес декларации со стороны СМИ и научных кругов было то, что в ней не сформулированы глобальные цели или устремления. И хотя сделать это на ее первом слушании в ООН было бы почти невозможно, Правительство Соединенного Королевства считает это очень важным наряду с эпиднадзором и сбором данных. Такой координационный механизм мог бы изучить возможность постановки высоких глобальных целей, вокруг которых объединились бы все действующие субъекты, и обеспечить возможность измерения прогресса.

Наша группа экспертов по УПП при Министерстве здравоохранения надеется, что в 2018 г., когда проблема УПП будет вновь включена в повестку дня Генеральной Ассамблеи, все государства-члены уже разработают свои национальные планы действий, усовершенствованный глобальный эпиднадзор продемонстрирует масштабы проблемы, использование антибиотиков для стимулирования роста в сельском хозяйстве будет практически ликвидировано, доступ к противомикробным препаратам будет у самых отдаленных сообществ и разработки противомикробных препаратов и методов лечения будут активизированы.

Теперь глобальные лидеры открыто объявили о готовности противодействовать этой угрозе; весь мир внимательно следит за развитием событий, и все – правительства, деловые круги и отдельные лица – должны действовать.

Библиография *

1. Laxminarayan R, Mouton RP, Pant S, Brower C, Røttingen JA, Klugman K et al. Access to effective antimicrobials: a worldwide challenge. *Lancet* 2016;387(10014):168–75.
2. Глобальный план действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 (<http://www.who.int/antimicrobial-resistance/global-action-plan/ru/>).
3. Rush M, Davies S. Combatting antimicrobial resistance: building consensus for action. In: Matlin S, Kickbusch I, editors. *Pathways for global health: case studies in global health diplomacy*. Volume 2. Singapore: World Scientific Publishing; 2016.
4. High-level Meeting on Antimicrobial Resistance. In: United Nations [website]. New York (NY): United Nations; 2016 (<http://www.un.org/pga/71/event-latest/high-level-meeting-on-antimicrobial-resistance>).
5. Проект Политической декларации заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по проблеме устойчивости к противомикробным препаратам. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2016 (https://digitallibrary.un.org/record/842813/files/A_71_L-2-RU.pdf).
6. Davies SC. Annual report of the Chief Medical Officer 2013. Public mental health priorities: investing in the evidence. London: Department of Health; 2014 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/413196/CMO_web_doc.pdf).
7. Stern N. Stern review on the economics of climate change. London: HM Treasury; 2006 (http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.hm-treasury.gov.uk/independent_reviews/stern_review_economics_climate_change/stern_review_report.cfm).
8. Antimicrobial resistance: tackling a crisis for the future health and wealth of nations. London: HM Government; 2014 (https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf).

* Все электронные ссылки в данной книге приведены по состоянию на 9 мая 2017 г., если не указано иное.

9. Drug-resistant infections: a threat to our economic future. Discussion draft. Washington (DC): World Bank; 2016 (<http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/drug-resistant-infections-a-threat-to-our-economic-future>).
10. Tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations. London: HM Government; 2014 (https://amr-review.org/sites/default/files/160525_Final%20paper_with%20cover.pdf).
11. Antimicrobial resistance action package. In: Global Health Security Agenda [website]. Washington (DC): Global Health Security Agenda; 2017 (<https://www.ghsagenda.org/packages/p1-antimicrobial-resistance>).
12. Declaration by the Pharmaceutical, Biotechnology and Diagnostics Industries on Combating Antimicrobial Resistance (AMR). Geneva: International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations; 2016 (<http://www.ifpma.org/partners-2/declaration-by-the-pharmaceutical-biotechnology-and-diagnostics-industries-on-combating-antimicrobial-resistance-amr/>).
13. Leading pharmaceutical companies present industry roadmap to combat antimicrobial resistance [press release]. Geneva: International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations; 2016 (http://www.ifpma.org/wp-content/uploads/2016/09/AMR-Roadmap-Press-Release_FINAL.pdf).
14. World health leaders agree on action to combat antimicrobial resistance, warning of nearly 10 million deaths annually if left unchecked [press release]. New York (NY): United Nations; 2016 (<https://www.un.org/press/en/2016/ga11825.doc.htm>).
15. G20 leaders' communique Hangzhou summit. Beijing: Ministry of Foreign Affairs; 2016 (http://www.g20.org/English/Dynamic/201609/t20160906_3396.html).
16. Communiqué. G20 Finance Ministers and Central Bank Governors Meeting, Chengdu, China, July 24, 2016. In: G20 Information Centre [website]. Toronto: University of Toronto; 2016 (<http://www.g20.utoronto.ca/2016/160723-finance.html>).
17. G7 Ise-Shima Leaders' Declaration. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare; 2016 (<http://www.mofa.go.jp/files/000160266.pdf>).
18. Kobe Communiqué G7 Health Ministers' Meeting 11–12 September 2016. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare; 2016 (http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kokusai/g7kobe/en/KobeCommunique_en.pdf).
19. A statement by FAO Director-General José Graziano da Silva. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2016 (<http://www.fao.org/about/who-we-are/director-gen/faodg-statements/detail/en/c/435414/>).

3. Германия: включение вопросов здравоохранения в повестку дня G7

Björn Kümmel

В 2015 г. проблемы глобального здравоохранения были лейтмотивом председательства Германии в G7. Не только лица, формирующие политику, и эксперты, но и многие представители гражданского общества одобрительно отзывались о том, что ключевые вопросы политики в области глобального здравоохранения стали предметом повышенного внимания: ведь многие из них и раньше призывали тому, чтобы проблемы здравоохранения занимали более заметное место в контексте G7.

В этой связи часто звучал вопрос о том, что послужило стимулом для включения Германией вопросов здравоохранения в повестку дня G7 и какие конкретно дополнительные преимущества можно извлечь из рассмотрения тематики здравоохранения в рамках G7. Обсуждение тематики здравоохранения во время председательства Германии в G7 не является чем-то новым. Хотя «Группа семи» (до 2014 г. «Группа восьми» — G8) создавалась как форум, на котором обсуждались в первую очередь глобальные экономические проблемы, а также финансовые и валютные вопросы экономики, с момента ее основания в середине 1970-х гг. круг рассматриваемых тем существенно расширился.

К тому времени, когда в конце 1990-х гг. достигли своего пика эпидемии ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии, деятельность G8 уже имела положительно выраженную направленность на проблемы здравоохранения. В 2000 г. на саммите G8 на Окинаве, Япония, эти насущные проблемы активно обсуждались, что существенно повлияло на глобальную архитектуру здравоохранения. Для борьбы с эпидемиями главы государств и правительств G8 предложили новый вид сотрудничества, и два года спустя был создан Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, который успешно функционирует по сей день. Различные проблемы здравоохранения освещались и во время нескольких других сроков председательства Германии. Например, во время председательства в 2007 г. большое внимание уделялось укреплению систем здравоохранения, и Германия совместно с Международным партнерством в области здравоохранения и Инициативой по финансированию сектора здравоохранения инициировала подготовку двух основных инструментов для координации усилий государств-членов в этой сфере.

И хотя обсуждение вопросов глобального здравоохранения проводилось не впервые, многие эксперты в области здравоохранения отметили качественно новый уровень приоритетов, формулируемых Германией в рамках председательства в G7 под девизом «Думать о завтрашнем дне. Действовать сообща» (1). Германия с самого начала рассматривала свое председательство в G7 как хорошую возможность и ответственность за активизацию усилий по формированию политики глобального здравоохранения совместно с партнерами.

В конце января 2015 г. Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации (GAVI) под патронажем Федерального канцлера Ангелы Меркель провел в Берлине конференцию по объявлению взносов (2). В своей речи Ангела Меркель отметила, что 2015 г. был важнейшим годом с точки зрения процессов устойчивого развития. Она сообщила, что рада выступить принимающей стороной для конференции по пополнению фондов GAVI в качестве первого мероприятия ее председательства в G7, и рассказала об основных приоритетах в области здравоохранения на этот срок. Канцлер Меркель добавила, что включение проблем здравоохранения в повестку дня уже стало традицией, напомнив о саммите Большой восьмерки в Хайлигендамме, Германия, в ходе которого были приняты обязательства к 2015 г. выделить средства в размере 60 млрд долларов США на борьбу с ВИЧ/СПИДом, малярией и туберкулезом, а также на мероприятия в области укрепления систем здравоохранения для достижения поставленных целей. Она также отметила саммит G8 в городе Мускока, Канада, в 2010 г., на котором были приняты дополнительные обязательства по мобилизации к 2015 г. еще 5 млрд долларов США на укрепление материнского и детского здоровья. При этом, несмотря на впечатляющие достижения инициатив G8 в сфере здравоохранения и на столь желательный прогресс, в политике в области глобального здравоохранения сохранялись многочисленные нерешенные задачи, за которые решительно взялось международное сообщество: в частности, задача повышения инвестиций в профилактику и научные исследования. С одной стороны, все силы должны были быть брошены на преодоление кризиса Эболы, а с другой стороны, международное сообщество стремилось укрепить свои системы здравоохранения в среднесрочной и долгосрочной перспективе, обеспечить стимулы для проведения исследований по забытым заболеваниям и для разработки лекарств, но прежде всего усилить потенциал реагирования, чтобы повысить уровень готовности к подобным кризисам в будущем.

На конференции GAVI по объявлению взносов (2) канцлер представила план Федерального правительства из шести пунктов по усовершенствованию ответных мер в связи с чрезвычайными ситуациями в области глобального здравоохранения:

1. создать группу быстрого реагирования из врачей и медицинских специалистов («белые каски») для направления в районы чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения;
2. увеличить объемы предоставляемого медицинского оборудования (такого как полевые госпитали, мобильные лаборатории и средства индивидуальной защиты) и обеспечить его более оперативную доставку в эти районы;
3. создать фонд для распределения срочной финансовой помощи;
4. реформировать организационную структуру ООН с целью ее адаптации к глобальным вызовам, связанным с эпидемиями;
5. укрепить систему первичной медико-санитарной помощи в государствах, подвергающихся особому риску;
6. разработать дополнительные стимулы для поощрения научно-исследовательской работы и производства лекарств и вакцин против забытых заболеваний.

Берлинская конференция GAVI по объявлению взносов стала отправной точкой для мероприятий в сфере здравоохранения в период председательства Германии в G7. Участие канцлера в качестве приглашенного докладчика на Всемирной ассамблее здравоохранения, проведенной в мае 2015 г. в Женеве, Швейцария, стало мощным политическим сигналом, распространившимся далеко за пределы мероприятия в Женеве. Ее речь как председателя G7 была особенно примечательной, поскольку в ней канцлер выразила решительную поддержку ВОЗ в период серьезной критики со стороны международного сообщества, свя-

занной с реагированием на кризис Эболы. Как заявила Ангела Меркель (3), «нам нужен своего рода глобальный план реагирования на бедствия. И в этом деле Всемирная организация здравоохранения должна играть ключевую роль». Далее она отметила: «По моему мнению, ВОЗ является единственной международной организацией, которая пользуется универсальной политической легитимностью в вопросах здравоохранения на глобальном уровне». На основе этого заявления Германия в период своего председательства в G7 обратилась ко всем государствам-членам с призывом поддержать масштабную реформу ВОЗ, инициированную в целях усиления потенциала организации.

Теме здравоохранения также было отведено центральное место на саммите глав государств и правительств G7, состоявшемся в Эльмау, Германия, в июне 2015 г. Программа предусматривала обсуждение ключевых проблем здравоохранения и включала три основных темы: УПП, вирусная лихорадка Эбола и забытые тропические болезни. Для этих тем были характерны две общие особенности. Во-первых, для решения каждой из этих проблем необходимы системные подходы. Ни одну из них нельзя решить простым выбором из готового набора классических мер общественного здравоохранения. Каждая из них требует межсекторальных мероприятий, охватывающих не только здравоохранение, но и научные исследования, политику в области развития, продовольствие и сельское хозяйство. Во-вторых, для преодоления этих вызовов необходимы меры, направленные на укрепление систем здравоохранения во всех аспектах.

Потребность в системном, межсекторальном подходе, не ограничивающемся функциями какого-либо одного ведомства и влекущего за собой далеко идущие социальные последствия, показывает, что эти насущные проблемы могут быть разрешены лишь в том случае, если главы государств и правительств будут готовы вплотную заниматься ими в течение длительного времени. В том числе по этой причине многие эксперты здравоохранения с таким энтузиазмом приветствовали выбор Германией как страной, председательствующей в G7, конкретных приоритетов здравоохранения для рассмотрения на саммите в Эльмау.

Главы государств и правительств G7 приняли решения по всем трем темам, поднятым в Эльмау, определив направления дальнейшей деятельности G7. В целях активизации борьбы с УПП и Эброй и реализации соглашений, достигнутых в Эльмау, федеральный министр здравоохранения Германии Hermann Gröhe осенью 2015 г. пригласил своих коллег из других стран G7 на конференцию министров здравоохранения в Берлине. Одновременно министры по вопросам науки провели встречу, посвященную обсуждению путей достижения дальнейшего прогресса на международном уровне в борьбе с забытыми тропическими заболеваниями.

Вначале министры здравоохранения обсудили согласованные действия по сдерживанию устойчивости к противомикробным препаратам, распространенность которой резко возросла и затронула в одинаковой степени развитые и развивающиеся страны. А поскольку глобальный прогресс в борьбе с УПП требует совместной работы секторов медицины, ветеринарии и сельского хозяйства в соответствии с принципом «Одно здоровье», что может лучше обеспечить межсекторальное взаимодействие, чем личная поддержка тех, на чьих рабочих столах в конечном счете сходятся нити руководства всеми этими секторами – а именно, глав государств и правительств?

Министры здравоохранения также обсудили методы активизации и стимулирования разработки новых антибиотиков и схем лечения, затронув ряд сложных аспектов, таких как ограничение доступа к антибиотикам посредством введения исключительно рецептурного отпуска. Федеральный министр здравоохранения лично отстаивал эту позицию как единственный способ сохранить глобальную пользу действенных антибиотиков для всех людей.

Второй ключевой темой, обсуждавшейся на конференции министров здравоохранения G7, была эпидемия вируса Эболы. Председательствующая в G7 Германия была убеждена в необходимости согласованных усилий для обеспечения более высокого уровня готовности международного сообщества к будущим чрезвычайным ситуациям. Уроки и выводы из опыта Западной Африки вновь подтверждают, что основным условием быстрого выявления

кризисов в области здравоохранения и принятия ответных мер является наличие рационально организованных и жизнеспособных систем медико-санитарной помощи. И хотя международное сообщество и G7 могут внести ценный вклад и оказать помощь в развитии жизнестойких национальных систем здравоохранения, сами страны должны взять инициативу в свои руки и принять решительные меры для реализации права на здоровье и создания сильных национальных систем здравоохранения. Для этого необходимо сильное политическое руководство со стороны национальных правительств, улучшение координации между оказывающими поддержку партнерами и участие гражданского общества, в т.ч. местного населения и частного сектора.

Германия как страна-председатель в G7 подчеркнула, что центральную роль в противодействии трансграничным угрозам в области здравоохранения должна играть ВОЗ. Поэтому ВОЗ должна быть обеспечена необходимыми ресурсами и коренным образом реформирована, чтобы вернуть себе роль глобального охранителя здоровья населения мира. В частности, существенного усиления требуют возможности ВОЗ по реагированию на чрезвычайные ситуации.

Исходя из этого, министры здравоохранения G7 провели совещание с Генеральным директором ВОЗ Маргарет Чен, в ходе которого обсуждались пути оказания поддержки ВОЗ в выполнении ею ключевой руководящей роли в области реагирования на чрезвычайные ситуации в здравоохранении. Ведь для реформ, необходимых для повышения оперативности в работе ВОЗ, требовалась общая политическая воля государств-членов ВОЗ. Германия выразила убеждение в том, что, учитывая большое количество крупных учреждений, работающих в области глобального здравоохранения, для реализации политики глобального здравоохранения необходим сильный координирующий орган. А поскольку ВОЗ – это организация с глобальным членством, она является единственным международным учреждением, пользующимся универсальной политической легитимностью в вопросах общественного здоровья.

Концепция принятия ответственности за глобальное здравоохранение

Видя, что во время председательства Германии в G7 глобальное здравоохранение было для нее одним из центральных вопросов, эксперты здравоохранения задавались вопросом: каким образом комплекс проблем здравоохранения оказался на таком заметном месте в повестке дня?

Определение приоритетов G7 является прерогативой главы государства и правительства страны-председателя, и эти приоритеты обычно согласуются со знаковыми приоритетами соответствующего лица. Тем не менее, включение большинства тем является результатом довольно традиционной процедуры, которая должна соблюдаться для обеспечения преемственности в деятельности G7. Текущие обстоятельства диктуют иные приоритеты, и со стороны председательствующего государства было бы упущением не обеспечить их рассмотрение перед лицом конкретной и безотлагательной потребности в глобальных действиях. Это могло быть одним из аспектов в преодолении кризиса Эболы, но не объясняет в полной мере интенсивности и решительности дискуссии, инициированной Германией в рамках G7, об уроках, вытекающих из кризиса Эболы.

Как и все другие главы государств и правительств в G7, по вопросам определения приоритетов Федеральный канцлер консультируется со своим дипломатическим советником по подготовке саммита G7 и его/ее группой помощников, а также со всеми министерствами и ведомствами. Кроме того, потенциальные приоритеты должны соответствовать более широкому национальному и международному профилю Германии, и столь выраженное внимание к вопросам здравоохранения во время председательства Германии в G7 совпадает с новым импульсом, приданным вопросам глобального здравоохранения в политике Германии в предыдущие годы. В последние 15 лет стратегии в области глобального здравоохранения

занимают в политике Германии все более видное место. Приняв концепцию и стратегию глобального здравоохранения в 2013 году, федеральное правительство недвусмысленно признало свою ответственность и подтвердило роль Германии как надежного мирового партнера (4). С учетом этого неудивительно, что Германия предложила глобальное здравоохранение в качестве одной из основных тем в период своего председательства в G7.

Поскольку проблемы глобального здравоохранения тесно переплетаются с бесчисленным множеством других направлений политики, таких как развитие, безопасность, торговля, права человека, окружающая среда и продовольствие, для их решения необходимы межсекторальные и межведомственные подходы. В этом контексте процесс разработки общегосударственной концепции глобального здравоохранения помог его участникам осознать, что это не отдельная область политики, а неотъемлемая часть международной политики. И действительно, эта концепция сыграла ключевую роль в обеспечении максимальной слаженности специализированных стратегий принятия мер по различным аспектам политики глобального здравоохранения. Кроме того, в целях обеспечения совместного планирования и координации вклада Германии в глобальное здравоохранение были расширены каналы обмена мнениями между различными ведомствами.

В рамках этой концепции Германия проиллюстрировала принятое ею обязательство, которое она активно стремилась выполнить на протяжении всего срока председательства в G7. Германия хочет играть активную роль в формировании глобального мироустройства через содействие более справедливому мировому порядку, защиту прав человека, обеспечение устойчивого развития и борьбу с бедностью. Обязательство, принятое Германией, нацелено на сохранение глобальных объектов всеобщего достояния. В этом особая роль принадлежит здоровью, поскольку здоровье является одним из главных элементов фундамента социального, экономического и политического развития и стабильности. Здравоохранение и доступ к приемлемой по стоимости медико-санитарной помощи являются как предпосылками, так и результатами социального развития и во многом способствуют борьбе с бедностью.

Следуя этой концепции, Германия возлагает на ООН ключевую роль в решении глобальных проблем, особенно в области здравоохранения. В этой связи Германия стремится вносить вклад в реформирование и усовершенствование структур и специализированных учреждений ООН и намерена взять на себя больше ответственности на уровне ООН и ее специализированных учреждений. Это также стало совершенно очевидно из выступления Федерального канцлера на Всемирной ассамблее здравоохранения (3).

Утверждение федеральным правительством концепции о принятии ответственности в сфере глобального здравоохранения может считаться ключевым событием, которое с большой степенью вероятности также способствовало вынесению проблематики здравоохранения в качестве центрального элемента председательства Германии в G7. Ведь рамочный документ о политике Германии в области глобального здравоохранения (4) был первым документом, утвержденным всем правительством. Данная концепция иллюстрирует стремление Германии играть активную роль в процессах формирования политики в области глобального здравоохранения, особенно наглядно продемонстрированное во время председательства в G7. При этом Германия намерена действовать согласованно с партнерами, особенно партнерами по ЕС и G7, и на основе рационального многостороннего сотрудничества взять на себя ответственность за улучшение здоровья в глобальных масштабах. Для повышения эффективности вклада Германии необходимо обеспечить еще более слаженную координацию сохраняющейся приверженности со стороны множества различных участников процесса в Германии.

В этой концепции сформулированы три основных принципа, которыми Германия руководствуется в своей деятельности в данной области (4).

1. Всеобъемлющая защита здоровья на местном уровне, в том числе в Германии, может быть обеспечена только посредством глобальных действий. Ведь хотя многие проблемы здоровья проявляются на местах, их коренными причинами в действительности являются сложные сочетания глобальных факторов.

2. Германия стремится выполнять свои международные обязательства через предоставление опыта, экспертных знаний и финансирования для улучшения здоровья населения мира.
3. Германия стремится способствовать справедливым, коллективным и эффективным действиям на международных форумах в области политики глобального здравоохранения, поскольку наличие сильных международных учреждений является предпосылкой для осуществления эффективных и скоординированных глобальных мероприятий.

Этим вновь подтверждается стремление Германии добиваться того, чтобы в нашем глобализованном, взаимозависимом и многостороннем мире укоренились принципы стратегического руководства, основанного на соблюдении законов, с ориентацией на многостороннее и глобальное сотрудничество, организуемое легитимными и полноценными международными институтами.

Как отмечается в этой концепции, вклад Германии в глобальную политику в области здравоохранения сосредоточен на пяти областях, выбранных в результате тщательного анализа, в которых у страны сравнительно сильные позиции, и может стабильно содействовать улучшению здоровья во всем мире. Приоритеты Германии в области здравоохранения для G7 включают все пять областей:

- обеспечение эффективной защиты от трансграничных угроз здоровью;
- укрепление систем здравоохранения во всем мире: содействие развитию;
- расширение межсекторального сотрудничества: взаимодействие с другими областями политики;
- придание важных импульсов глобальному здравоохранению через научные исследования в этой области;
- укрепление архитектуры глобального здравоохранения.

И хотя дать окончательный ответ на вопрос о том, каким образом тематика здравоохранения заняла центральное место в повестке дня председательства Германии в G7, невозможно, определение приоритетов было исключительной прерогативой Федерального канцлера, и эти приоритеты здравоохранения абсолютно соответствуют общему высокому уровню приверженности Германии принципам политики в области глобального здравоохранения. Стратегические соображения, которые Германия включила в свою обращенную к внешнему миру концепцию глобального здравоохранения (4), заложили основу для последовательного установления приоритетов здравоохранения, согласованных между различными действующими субъектами во всех государственных ведомствах в рамках подготовки к председательству в G7.

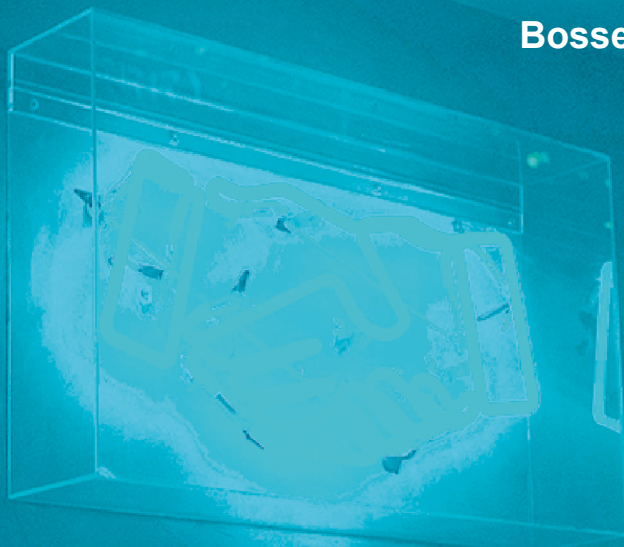
Библиография*

1. German Presidency. G7 summit on 7 and 8 June 2015 [website]. Berlin: Press and Information Office of the Federal Government. (https://www.bundesregierung.de/Content/EN/StatistischeSeiten/G7_elmau_en/texte_en/2014-10-08-ankuendigung-gipfel-elmau_en.html).
2. Reach every Child. GAVI pledging conference, Berlin, 26–27 January. In: GAVI [website]. Geneva: GAVI; 2017 (<http://www.gavi.org/pledging2015>).
3. Выступление Ее Превосходительства Федерального канцлера Федеративной Республики Германии Ангелы Меркель на Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_DIV5-ru.pdf).
4. Shaping global health – taking joint action – embracing responsibility. The Federal Government's strategy paper. Berlin: Federal Ministry of Health; 2013 (http://health.bmz.de/what_we_do/Sector-strategies/shaping-global-health/index.jsp).

* Все электронные ссылки в данной книге приведены по состоянию на 9 мая 2017 г., если не указано иное.

4. Швеция: переговоры о включении здравоохранения в ЦУР и их более широкий контекст

Bosse Pettersson



Введение

В этой главе представлены истории и факты, отражающие предпосылки принятия и процесс выполнения Швецией ее роли в выдвижении здоровья как самостоятельной цели в ходе эволюции Целей в области устойчивого развития, сформулированных в Повестке дня Организации Объединенных Наций в области устойчивого развития на период до 2030 г. (1), которые пришли на смену принятым ООН Целям тысячелетия в области развития (ЦТР). Задача данной главы состоит в том, чтобы представить общую картину и проиллюстрировать некоторые основополагающие факторы, существующие структуры и сам процесс.

Однако работу, которая завершилась формулированием ЦУР 3, касающейся здоровья, нельзя рассматривать изолированно. Предыстория этого процесса гораздо шире – он начался еще в 60-х годах прошлого столетия. Для того, чтобы обеспечить полную ясность, в этой главе приводится описание ряда ключевых факторов и мероприятий, как публичных, так и закулисных. В ней рассказывается о выработке повестки дня, формировании общественного мнения, обеспечении международного участия, интеграции внутренней и международной политики, о структурах и лидерстве, развитии инфраструктуры общественного здравоохранения и выработке навыков ведения переговоров, а также о подкреплении слов практическими делами. Лишь непосредственным участникам точно известно, что происходило за кулисами, даже если их рассказы различаются в зависимости от личной интерпретации. Почему те или иные аргументы в итоге привели к определенным позициям и уровням в окончательной формулировке ЦУР 3 – это в определенной степени можно вывести из логики политологии, однако читатель и сам может сделать собственные выводы исходя из анализа различных политических контекстов.

Организация Объединенных Наций и здравоохранение: история вопроса

Здравоохранение – не новая тема для Организации Объединенных Наций и ее специализированных учреждений, таких как Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) и ВОЗ.

Право человека на здоровье предусматривается Всеобщей декларацией прав человека (2). В Уставе ВОЗ здоровье определяется как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (3).

В принятых ООН ЦТР (4) роль здоровья в развитии человека была повышена на одну ступеньку. В них были включены три более конкретные цели в области здравоохранения: сокращение детской смертности, улучшение охраны материнства и борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями. Учитывая подход к охране общественного здоровья на основе принципа «искать причины причин», остальные пять целей – ликвидация нищеты, голода, образование, охрана окружающей среды и функциональные партнерства – можно считать более широкими детерминантами здоровья.

Сроком достижения ЦТР был установлен 2015 г., и работа по формированию повестки дня на период после 2015 г. официально началась на конференции ООН по устойчивому развитию «Рио +20» (5), состоявшейся в 2012 г. в Рио-де-Жанейро, Бразилия, через 20 лет после конференции 1992 г., прошедшей в том же городе, на которой концепция устойчивости получила глобальное признание.

В сентябре 2015 г. главы 194 государств собрались в штаб-квартире ООН и подписали новую Повестку дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. (1), предусматривающую 17 ЦУР, одна из которых (ЦУР 3) касается здоровья. Существенная разница между ЦТР и ЦУР заключается в том, что ЦУР являются всеобщими: это означает, что положения Повестки дня на период до 2030 г. должны быть реализованы странами. Для данной главы это имеет особый смысл, поскольку в Швеции национальные и международные аспекты участия в комплексных подходах к обеспечению устойчивости неразрывно связаны.

Формулировка ЦУР 3

Формулировка ЦУР 3 – «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» (вставка 3.1) (6) – является императивной, но также вполне согласуется с определением здоровья, предложенным ВОЗ (3). Термин «благополучие» был частью этого определения с самого начала, что, однако, редко отражалось в политических документах. Редким исключением является документ «Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века» (7). Эта формулировка удачно передает то, что понимается многими под понятием «развитие». Благополучие связано с позитивным развитием, тогда как «отсутствие болезней» имеет некоторую негативную коннотацию. В отношении ЦУР 3 можно сколько угодно говорить, что это утопия, как и демократия, как и права человека, но на самом деле именно в этом заключена суть представления, или мечты, о развитии.

Пример Швеции

Широкие сдвиги и изменения в сфере политики редко являются результатом единичных событий. Обычно это итог множества взаимодополняющих событий, которые образуют расширяющийся поток инициатив и решений в области политики. Ниже представлены некоторые ключевые элементы, обусловившие готовность Швеции участвовать в процессе разработки ЦУР.

Вставка 3.1. ЦУР 3, касающаяся здоровья и благополучия

Цель 3. Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте

- 3.1 К 2030 году снизить глобальный коэффициент материнской смертности до менее 70 случаев на 100 000 живорождений.
- 3.2 К 2030 году положить конец предотвратимой смертности новорожденных и детей в возрасте до 5 лет, при этом все страны должны стремиться уменьшить неонатальную смертность до не более 12 случаев на 1000 живорождений, а смертность в возрасте до 5 лет до не более 25 случаев на 1000 живорождений.
- 3.3 К 2030 году положить конец эпидемиям СПИДа, туберкулеза, малярии и тропических болезней, которым не уделяется должного внимания, и обеспечить борьбу с гепатитом, заболеваниями, передаваемыми через воду, и другими инфекционными заболеваниями.
- 3.4 К 2030 году уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний посредством профилактики и лечения и поддержания психического здоровья и благополучия.
- 3.5 Улучшать профилактику и лечение зависимости от психоактивных веществ, в том числе злоупотребления наркотическими средствами и алкоголем.
- 3.6 К 2020 году вдвое сократить во всем мире число смертей и травм в результате дорожно-транспортных происшествий.
- 3.7 К 2030 году обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая услуги по планированию семьи, информирование и просвещение, и учет вопросов охраны репродуктивного здоровья в национальных стратегиях и программах.
- 3.8 Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех.
- 3.9 К 2030 году существенно сократить количество случаев смерти и заболевания в результате воздействия опасных химических веществ и загрязнения и отравления воздуха, воды и почв.
- 3.a Активизировать при необходимости осуществление Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака во всех странах.
- 3.b Оказывать содействие исследованиям и разработкам вакцин и лекарственных препаратов для лечения инфекционных и неинфекционных болезней, которые в первую очередь затрагивают развивающиеся страны, обеспечивать доступность недорогих основных лекарственных средств и вакцин в соответствии с Дохинской декларацией «Соглашение по ТРИПС и общественное здравоохранение», в которой подтверждается право развивающихся стран в полном объеме использовать положения Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности в отношении проявления гибкости для целей охраны здоровья населения и, в частности, обеспечения доступа к лекарственным средствам для всех.
- 3.c Существенно увеличить финансирование здравоохранения и набор, развитие, профессиональную подготовку и удержание медицинских кадров в развивающихся странах, особенно в наименее развитых странах и малых островных развивающихся государствах.
- 3.d Нарастивать потенциал всех стран, особенно развивающихся стран, в области раннего предупреждения, снижения рисков и регулирования национальных и глобальных рисков для здоровья.

Источник: Организация Объединенных Наций (6).

Предпосылки участия Швеции в разработке ЦУР

Важность уроков истории, формирования мнений и опыта предшественников

После 50-х годов хорошие, а значит и способствующие укреплению здоровья условия жизни воспринимались в Швеции как нечто само собой разумеющееся. Однако в 60-е годы на общество обрушились сигналы экологической тревоги, которые заставили людей мобилизовать усилия по защите физической окружающей среды. Значительную роль в освещении вопросов и стимулировании диалога по экологическим проблемам сыграли средства массовой информации. Книга «Безмолвная весна», написанная американским морским биологом Rachel Carson, вызвала в Швеции огромную тревогу по поводу негативного воздействия пестицидов на популяцию птиц – появились опасения, что неразумное применение пестицидов погубит природу, и человек больше не услышит пения птиц.

Тревожные сигналы звучали в течение нескольких лет. В начале 70-х годов шведский эколог Björn Gillberg в одной телепрограмме, выходившей в прайм-тайм, постирал свои грязные рубашки в заменителе сливок “Prädd”. Так он пытался привлечь внимание к составу современных пищевых продуктов. Эксперимент оказался удачным – вскоре этот продукт исчез с рынка (9).

Третьим примером, предшествовавшим концепции устойчивости, стала в 1973 г. книга «Brev till Columbus» [Письмо Колумбу] (10), которую написал Rolf Edberg – шведский политик, дипломат и губернатор округа. Книга представляла собой сборник вымышленных писем Христофору Колумбу, охватывавших период почти в 500 лет. В письмах говорилось о том, как человечество постепенно уничтожает природу, но в то же время надеется, что мир можно изменить и сделать его устойчивым.

Существует бесчисленное множество других примеров, показывающих, что с 60-х годов в Швеции не прекращались важнейшие публичные дебаты по вопросам окружающей среды, формировавшие общественное сознание в этой области. Таким образом вопросы экологии – в увязке с выживанием, жизнью, здоровьем и благополучием – вышли на первый план в обществе и быстро привлекли к себе растущее политическое внимание.

Последний пример из этой же серии – профессор Hans Rosling из Каролинского института. Он не устал повторять, что наш мир становится лучше, и убедительно демонстрировал это с помощью анимационной программы Garminder, в которой статистика превращается в живую историю, отражающую повседневную, настоящую жизнь людей. А поскольку это было и забавно и понятно для всех, эта программа и сам Hans Rosling внесли огромный вклад в повышение осведомленности о глобальном здравоохранении в контексте устойчивого развития; к профессору прислушивались высокопоставленные чиновники, причем не только в Швеции (11).

Международный взлет концепции устойчивости

Первая в своем роде Конференция ООН 1972 г. по проблемам окружающей среды была проведена в Стокгольме. В ходе подготовки к этому мероприятию была сформулирована концепция устойчивого развития. В Принципе 3 (из 26) Стокгольмской декларации устойчивость описывается следующим образом: «Способность Земли производить жизненно важные возобновляемые ресурсы должна поддерживаться, а там, где это практически желательно и осуществимо, восстанавливаться или улучшаться» (12). В Декларации проводится взаимосвязь между устойчивостью и здоровьем: «Сохранение и улучшение качества окружающей человека среды является важной проблемой, влияющей на благосостояние народов и экономическое развитие всех стран мира» (12). Другие принципы охватывали широкий предметный диапазон от прав человека до ликвидации оружия массового уничтожения.

Затем последовали Конференция ООН по проблемам окружающей среды и развития (Саммит Земли), состоявшаяся в Рио-де-Жанейро в 1992 г., Йоханнесбургская декларация по устойчивому развитию 2002 г., Рио+20 в 2012 г. и подготовка концепции, на основе которой была разработана Повестка дня на период до 2030 г. (1). Конференция 1972 г. стала

для Швеции вдохновляющим и символическим событием. Большую роль в ее проведении сыграли шведские политики самого высокого уровня, такие как премьер-министр Улоф Пальме, а также другие министры и дипломаты. Освещение мероприятия в прессе было практически рекордным для того времени и показало, как небольшая страна может поставить актуальные проблемы в международную повестку дня в области развития. Все эти факторы обеспечили вопросам построения более устойчивого общества неусыпное внимание на предстоящие годы. Всего два года спустя, в 1974 г., первый глобальный нефтяной кризис поставил развитые страны перед серьезными проблемами и заставил общества и их граждан осознать необходимость значительного сокращения потребления энергии из ископаемых видов топлива.

Здравоохранение с самого начала было одним из приоритетов политики Швеции по оказанию помощи в области развития. После принятия Стокгольмской декларации проблемы окружающей человека среды были включены в повестку дня в области внешнего развития.

Как прокладывался путь: заметность, повышение осведомленности и наращивание динамики

После Стокгольмской декларации 1972 г. и Декларации ООН 1974 г. импульс тематике устойчивости и здоровья придавали и другие мероприятия. В 1991 г. совместно с другими странами Северной Европы Швеция провела Третью международную конференцию по укреплению здоровья «Окружающая среда в поддержку здоровья» – одно из пяти направлений деятельности, предусмотренных в Оттавской хартии по укреплению здоровья. Ключевым материалом, подготовленным к этой конференции, стал доклад Всемирной комиссии по вопросам окружающей среды и развития «Наше общее будущее» (13). Тесное неформальное сотрудничество между шведской группой организаторов Конференции и ВОЗ, благодаря которому итоги Конференции были использованы для подготовки Саммита Земли, состоявшегося год спустя, помогло придать вопросам охраны здоровья человека приоритетное значение в Рио-де-Жанейрской декларации по окружающей среде и развитию (14), первый принцип которой гласит: «Забота о людях занимает центральное место в усилиях по обеспечению устойчивого развития. Они имеют право на здоровую и плодотворную жизнь в гармонии с природой».

Непосредственно с процессом разработки ЦУР была связана инициатива Шведского медицинского общества о проведении в 2013 г. большого совещания в Стокгольме, посвященного выработке целей в области здравоохранения на период после 2015 г., на которое были приглашены группы, занимавшиеся вопросами глобального здравоохранения, и в процессе которого использовались социальные сети – Twitter, Facebook, Instagram и YouTube. Совещание поддержали научные, государственные, благотворительные, финансовые и коммерческие учреждения. В итоговом заявлении – Стокгольмской декларации по вопросам глобального здравоохранения – приводились веские доводы в пользу включения здоровья в ЦУР; декларация получила широкое распространение благодаря сотрудничеству с журналом The Lancet и другими изданиями (15).

Также Швеция была приглашена выступить с докладами о включении вопроса о здравоохранении в повестку дня на период после 2015 г. на различных совещаниях и межрегиональных мероприятиях, таких как совещание в Стамбуле, Турция, Европейский форум здравоохранения в Гаштайне и 64-я сессия Европейского регионального комитета ВОЗ в 2014 г.

Ситуация в области устойчивого развития в Швеции

В этой главе представлены разноплановые, но взаимодополняющие характеристики ситуации в области устойчивого развития в Швеции. Некоторые из них были результатом систематических и длительных усилий, тогда как другие стали итогом единичных мер, которые, тем не менее, согласовывались с общей концепцией устойчивости.

Первая последовательная политика Швеции в области устойчивого развития была представлена в Риксдаге [парламенте] в 2003 г. (16). В 2006 г. правительство поставило четыре стратегических задачи (17), среди которых приоритет в положительно выраженной форме отдавался здравоохранению:

1. Построение устойчивого общества.
2. Обеспечение хорошего здоровья на равных условиях.
3. Управление демографическим переходом.
4. Содействие устойчивому росту.

В независимом докладе германской Сети по поиску решений в области устойчивого развития (18) Швеция заняла первое место в мире среди 147 стран, имеющих механизмы отчетности, по трем различным критериям, касающимся предпосылок и возможностей для достижения 17 ЦУР и выполнения предусмотренных в них 169 задач. Это, тем не менее, не означает, что Швеция близка к завершению процесса осуществления Повестки дня на период до 2030 г. Еще многое можно улучшить по каждой из 17 ЦУР. Наиболее серьезную обеспокоенность в Швеции вызывает рост относительных показателей неравенства в отношении здоровья. Это, в свою очередь, связано с различными ЦУР, в том числе касающимися образования, условий работы, гендерного неравенства и питания. Правительственная комиссия по вопросам справедливости в отношении здоровья, созданная в 2015 г., в 2016 г. выпустила промежуточный отчет (19) и планировала в мае 2017 г. представить конкретные предложения, в которых определенную роль должны были играть ЦУР.

Экологизация политики

Ухудшение состояния окружающей среды привело к созданию в Швеции Партии зеленых как одного из отрядов движения, распространившегося в странах Западной Европы. Шведская Партия зеленых была основана в 1981 г. как реакция на результаты референдума об использовании ядерной энергии, состоявшегося за год до этого. В 1988 г. партия вошла в парламент страны. Постепенно и другие политические партии усвоили многие компоненты политики, учитывающей интересы окружающей среды, и такая экологическая ориентация стала важным элементом политики Швеции, в том числе внешней.

Во многом экологизация политики также тесно связана с более широкими детерминантами здоровья, хотя общественное здравоохранение никогда не привлекало столько политического и общественного внимания ни во внутренней, ни во внешней политике. Основное внимание, безусловно, уделяется проблеме изменения климата, оказывающего все большее воздействие на здоровье населения из-за периодов аномальной жары и других экстремальных погодных явлений, но с позиций охраны здоровья населения структурные вопросы, стоящие в повестке дня в области устойчивого здравоохранения, также включают здоровый транспорт и производство и потребление здоровых пищевых продуктов. Связь между охраной здоровья и окружающей средой становится очевидной при взгляде на серию европейских министерских конференций ВОЗ по окружающей среде и охране здоровья, последняя из которых состоялась в Парме, Италия, в 2010 г. (20).

Взаимодействие Швеции с мировым сообществом, ВОЗ и ООН

Стратегические и структурные механизмы

В 2003 г. правительство Швеции инициировало создание механизма интеграции глобального аспекта в деятельность органов государственного управления и государственную политику для фиксации того, что уже делается органами управления в стране, в том числе с точки зрения глобального аспекта, и для поощрения активизации усилий в области глобального развития, тем самым формируя последовательную политику глобального развития. Эта инициатива стала известна как политика в области глобального развития (21); отчетность по результатам ее осуществления направляется в парламент один раз в два года. Частью этой политики с момента ее зарождения является в той или иной форме охрана здоровья населения. В 2014 г. правительство пересмотрело политику с четкой стратегической целью

превратить ее в инструмент реализации Повестки дня на период до 2030 г., дополнив и конкретизировав ее в 2015 г. (22).

Стратегии Швеции в области сотрудничества с ВОЗ

Хотя Швеция действует по принципу выделения нецелевого внебюджетного финансирования на нужды ВОЗ, необходимость выразить приоритеты Швеции стала причиной разработки стратегий сотрудничества на периоды 2011–2015 гг. и 2016–2019 гг. (23, 24). Помимо злостных приоритетов, таких как НИЗ и сексуальное и репродуктивное здоровье и права человека, приоритетное значение в этих стратегиях придается укреплению здоровья как задаче, общей для всех направлений деятельности. Такой подход непосредственно согласуется с тем, что впоследствии стало окончательной формулировкой ЦУР 3.

Посол по вопросам глобального здравоохранения и политическая ангажированность высшего руководства

В 2010 г. министерство иностранных дел Швеции назначило г-на Anders Nordström послом по вопросам ВИЧ/СПИДа (25) – он одним из первых в мире принял на себя эту миссию. И хотя изначально акцент делался на проблеме ВИЧ/СПИДа, эта должность была открыта для более широкой сферы деятельности и вскоре получила новое название – Посол по вопросам глобального здравоохранения (26).

С началом процесса формулировки задач на период после 2015 г. открылись новые возможности. Генеральный секретарь ООН Пан Ги Мун в преддверии конференции в Рио-де-Жанейро 2012 г. назначил тогдашнего министра иностранных дел Швеции г-жу Gunilla Carlsson в Группу высокого уровня по вопросам глобальной устойчивости и Группу высокого уровня по разработке повестки дня на период после 2015 г. в качестве члена основной консультативной группы Генерального секретаря (27). Г-жа Carlsson внесла существенный вклад в подготовку всеобъемлющего доклада по результатам работы группы (28).

Партнерство: Швеция и Ботсвана объединяют усилия по включению здоровья в повестку дня в области развития на период после 2015 г.

Швеция и Ботсвана разделили бремя разработки здоровья как отдельной области развития. Одной из инициатив в рамках этого сотрудничества было создание веб-сайта «Мир, каким мы хотим его видеть» [The world we want] (29). Для размещения на этом веб-сайте было представлено более 100 публикаций, его посетило более 150 000 человек, а по всему миру было организовано 13 очных консультаций.

Заключительный диалог высокого уровня состоялся в марте 2013 г. в Габороне, Ботсвана. Это стало решающим моментом в работе по формулированию текста, который позже превратился в ЦУР 3.

На различных международных форумах были представлены два разных подхода к включению вопросов здоровья в повестку дня в области глобального развития: с акцентом на ВОУЗ и на улучшение здоровья и благополучия. Семь министров здравоохранения в разделе комментариев журнала The Lancet выступили за ориентацию на ВОУЗ (30). Швеция через посла Anders Nordström была главным сторонником вектора «здоровье и благополучие». Также Nordström сыграл важную роль в написании отчета об итогах диалога высокого уровня (31). Возникло противоречие между понятием максимизации показателей здоровья на всех этапах жизни в качестве основного принципа – «Максимальное укрепление здоровья на всех этапах жизни могло бы стать всеобъемлющей целью развития в области здравоохранения, связанной с повесткой в области устойчивого развития в целом, что требует действий со стороны всех секторов» – принципа, который можно назвать вариантом глобального развития, и понятием ВОУЗ как средством достижения цели – «В то время как одни участники рассматривали ВОУЗ как средство достижения целей здравоохранения высокого уровня, другие считали, что это желаемый результат сам по себе» (31). Как видно из отчета о совещании, этот вопрос не был разрешен окончательно, но текст показывает отсутствие единого понимания компонентов и содержания ВОУЗ.

Во всеобъемлющих докладах, представленных Генеральному секретарю ООН, приоритет отдавался вектору «здоровье и благополучие». Последний раунд переговоров по ЦУР в штаб-квартире ООН не включал каких-либо дебатов по формулировке ЦУР 3. Является ли это проявлением убедительной аргументации, отсутствия противоречий по вопросу здоровья как одного из приоритетов или отсутствия интереса – это в материалах не отражено.

Реализация в Швеции

После принятия ЦУР 25 сентября 2015 г. правительство Швеции учредило механизм осуществления Повестки дня на период до 2030 г. Согласно конституции Швеции, все решения принимаются правительством коллективно, и каждый министр отвечает за вопросы, входящие в ее или его сферу ответственности. Министр по вопросам государственного управления в министерстве финансов отвечает за координацию внутренних процессов достижения ЦУР, тогда как министр по вопросам международного развития, сотрудничества и климата в министерстве иностранных дел отвечает за координацию внешней политики Швеции в отношении Повестки-2030. Помимо этого, все остальные министры курируют ЦУР, имеющие отношение к их сфере ответственности.

До начала этапа реализации основная инициатива исходила от министерства иностранных дел. Почти одновременно с заключительной консультацией и переговорами в ООН по ЦУР весной 2015 г. министерство пригласило представителей государственных, неправительственных, научных и частных учреждений страны, работающих как внутри страны, так и на международном уровне, обсудить и прокомментировать предлагаемые ЦУР либо по отдельности, либо по группам. Одно совещание было посвящено исключительно ЦУР 3, а еще одно – ЦУР 1 (ликвидация нищеты). Эти консультации не только стали платформой для обсуждения ЦУР с участием заинтересованных сторон, представлявших все уровни правительства и общества, но и подготовили почву для последующей реализации целей. Летом 2016 г. правительство поручило Шведскому управлению международного сотрудничества в области развития собрать около 50 государственных ведомств, чтобы поделиться первым опытом реализации ЦУР.

Во время утверждения Повестки дня на период до 2030 г. в Нью-Йорке премьер-министр Швеции Stefan Löfven инициировал создание неформальной группы высокого уровня с участием глав государств Бразилии, Германии, Колумбии, Либерии, Объединенной Республики Танзания, Тимора-Лешти, Туниса и Южной Африки в целях поддержания приверженности на самом высоком уровне делу реализации ЦУР во всем мире (32). На Генеральной Ассамблее ООН в апреле 2016 г. эта группа выступила с совместным заявлением о необходимости реализации Повестки-2030 и ответственности всех государств-членов за обеспечение поступательного движения в интересах построения более совершенного мира. Члены группы призвали всех мировых лидеров последовать их примеру и создать в своих странах влиятельные национальные политические структуры и механизмы реализации (33).

Помимо этого, в Швеции был создан национальный консультативный совет высокого уровня – делегация по вопросам Повестки-2030 – для стимулирования и поддержки осуществления на уровне страны. В него входят представители государственного и частного секторов, научных кругов и НПО (34). Делегация имеет полномочия осуществлять деятельность на всех уровнях государственного управления, а также способствовать деятельности на автономных субнациональных политических уровнях (в муниципалитетах и советах округов/регионов). Делегация функционирует на базе министерства финансов. Ответственный министр и делегация получают поддержку секретариата, в котором работают девять сотрудников. В марте 2019 г. делегация направит в правительство заключительный доклад о том, каким образом Швеция достигнет 17 ЦУР (35).

Правительство поручило 80-ти центральным государственным учреждениям проанализировать, каким образом их нынешняя деятельность способствует достижению ЦУР, а также какие могут возникнуть дополнительные потребности, например, с точки зрения расширения сферы ответственности или ресурсной базы, чтобы повысить оперативность в реали-

зации ЦУР в рамках их полномочий. Среди конкретных итогов этой работы можно отметить решение Национального совета по вопросам здравоохранения и социального обеспечения показывать во всех будущих докладах, как предмет того или иного доклада соотносится с достижением ЦУР (36). На основе изучения и анализа докладов государственных ведомств делегация пришла к выводу о необходимости развития и усиления двух векторов (37):

- вертикального, с акцентом на стратегическое руководство и управление;
- горизонтального, на основе закрепления задачи за одним исполнителем и его индивидуальной ответственности, но при широком участии и диалоге партнеров.

В национальном процессе реализации Повестки-2030 в Швеции наблюдается неуклонное движение вперед. К концу января 2017 г. генеральные директора 40 государственных учреждений пришли к соглашению о совместном заявлении стратегического характера. Главный тезис этого заявления – их приверженность лидерству и обещание выполнять положения Повестки-2030 в соответствии с кругом ведения их учреждений. Кроме того, они заявляют о готовности к сотрудничеству между различными ведомствами на равных началах и по принципу взаимной поддержки. Приоритеты будут опубликованы в годовом рабочем плане, исполнение которого будет непрерывно отслеживаться (38).

Заключительные замечания

Повестка дня на период до 2030 г. и ЦУР, несомненно, остаются животрепещущими вопросами в Швеции, актуальными для всего общества. В этой главе были описаны предпосылки и различные характерные особенности в шведском контексте и показано, почему и каким образом ЦУР являются политическим приоритетом для Швеции на национальном и международном уровнях и как эти контексты связаны друг с другом. В случае Швеции ранний сигнал тревоги об ухудшении окружающей среды в 60-х годах прошлого столетия придал импульс расширению реагирования на эту угрозу, включая наращивание потенциала, создание необходимых структур и формирование стратегий. И даже если здоровье не занимало самого видного места среди остальных ЦУР, процессы формирования Повестки-2030 помогли усилить аргументы в его пользу. Все 17 ЦУР открывают уникальную возможность содействия охране здоровья на местном и глобальном уровнях посредством включения общественного здоровья и его социальных, политических, экономических, культурных, коммерческих и гендерных детерминант в общий политический контекст Повестки для ООН на период до 2030 г.

Что это – пустые слова или настоящая приверженность? Этот вопрос необходимо повторять снова и снова. В конечном итоге, все дело в полномочиях и власти. Повестка-2030 не может быть выполнена без обеспечения справедливости и гендерного равенства в наших обществах. В Швеции есть сотни примеров политических заявлений, как, например, речь премьер-министра Лёвена на Всемирном экономическом форуме, назначение Ее королевского высочества кронпринцессы Виктории послом ООН по Целям в области устойчивого развития, а также речь министра здравоохранения Gabriel Wikström на Всемирной ассамблее здравоохранения, посвященная ЦУР 3 и другим целям, определяющим общественное здоровье (39-41). Нет причины сомневаться в их честности, доброй воле или намерениях, однако переход от слов к делу – единственная возможность добиться реальных изменений. В Швеции создано множество механизмов, формирующих комплексную инфраструктуру общественного здравоохранения. Это хороший фундамент для продуктивной работы.

«Срок годности» этой главы будет коротким: с каждым днем инициатив по осуществлению Повестки дня на период до 2030 г. становится все больше. Надеюсь, что они могут рассчитывать на долгое и устойчивое существование. В феврале 2016 г. профессора Peter Friberg, Göran K. Hansson и Göran Thomson, каждый из которых имеет международную научную репутацию в области общественного здравоохранения, опубликовали статью в «Dagens Nyheter» – крупнейшей утренней газете Швеции (42). Они предложили основать новое учреждение – Шведский институт преобразований в области глобального здравоохранения. Финансирование уже получено; институт создается на базе Шведской королевской академии наук с целью

содействия укреплению глобальных усилий Швеции в области устойчивого развития здравоохранения. Работа нового института будет строиться в привязке к реализации Повестки дня на период до 2030 г. Это наглядный пример того, какого прогресса в интересах общественного блага можно добиться на основе науки, предпринимательства и целеустремленности.

Шведскую концепцию ЦУР нельзя и не следует копировать – все копии обычно хуже оригинала. Но если эта концепция вдохновит другие страны и поможет им в создании или улучшении их собственных копий, нас ждет появление новых оригиналов!

Библиография*

1. Повестка дня в области устойчивого развития. Источник: Цели в области устойчивого развития [веб-сайт]. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2017 (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/about/development-agenda/>).
2. Universal Declaration of Human Rights. New York (NY): United Nations; 1948 (<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>).
3. Устав ВОЗ: принципы. Источник: Информация о ВОЗ [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (<http://www.who.int/about/mission/ru/>).
4. Мы можем покончить с нищетой. Цели в области развития после 2015 г. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2017 (<http://www.un.org/ru/millenniumgoals/>).
5. United Nations Conference on Sustainable Development, Rio+20. In: Sustainable Development Knowledge Platform [website]. New York (NY): United Nations; 2017 (<https://sustainabledevelopment.un.org/rio20.html>).
6. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York (NY): United Nations; 2015 (http://www.un.org/pga/wp-content/uploads/sites/3/2015/08/120815_outcome-document-of-Summit-for-adoption-of-the-post-2015-development-agenda.pdf).
7. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Источник: Вопросы и темы здравоохранения [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>).
8. Carson C. Silent spring. Greenwich: Fawcett Publications; 1962 (https://archive.org/stream/fp_Silent_Spring-Rachel_Carson-1962/Silent_Spring-Rachel_Carson-1962_djvu.txt).
9. Prædd. In: Wikipedia [website]. San Francisco (CA): Wikipedia Foundation; 2016 (<https://sv.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A4dd>) (in Swedish).
10. Edberg R. Brev till Columbus [Letter to Columbus]. Stockholm: Norstedts; 1973 (in Swedish).
11. Så minns biståndsvärlden Hans Rosling [The development world remembers Hans Rosling]. Omvärlden. 7 February 2017 (http://www.omvarlden.se/Branschnytt/nyheter-2017/Sa-minns-bistandet-Hans-Rosling/?utm_campaign=unspecified&utm_content=unspecified&utm_medium=nyhetsbrev&utm_source=apsis) (in Swedish).
12. Декларация Конференции Организации Объединенных Наций по проблемам окружающей человека среды, Стокгольм, 16 июня 1972 г., Рио-де-Жанейрская декларация по окружающей среде и развитию, Рио-де-Жанейро, 14 июня 1992 г. Источник: Библиотека аудиовизуальных материалов по международному праву [веб-сайт]. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2017 (<http://legal.un.org/avl/ha/dunche/dunche.html>).
13. Report of the World Commission on Environment and Development: our common future. New York (NY): United Nations; 1987 (<http://www.un-documents.net/our-common-future.pdf>).
14. Rio Declaration on Environment and Development. Nairobi: United Nations Environment Programme; 1992 (http://www.unesco.org/education/pdf/RIO_E.PDF).
15. The Stockholm Declaration for Global Health. Public and global engagement with global health. Stockholm: Swedish Society of Medicine; 2013 (<http://www.sls.se/GlobalHealth/Comment-published-in-The-Lancet-/>)

* Все электронные ссылки в данной книге приведены по состоянию на 9 мая 2017 г., если не указано иное.

16. Nationell strategi för hållbar utveckling [National strategy for sustainable development]. Stockholm: Government Offices of Sweden; 2001 (Regeringens skrivelse 2001/02:172; <http://www.regeringen.se/rattsdokument/skrivelse/2002/03/skr.-200102172/>) (in Swedish).
17. Strategiska utmaningar – en vidareutveckling av svensk strategi för hållbar utveckling [Strategic challenges – a further development of the Swedish strategy for sustainable development]. Stockholm: Government Offices of Sweden; 2005 (Regeringens skrivelse 2005/06:126; <http://www.regeringen.se/contentassets/b6f76a3feb8b4bb78322094dc1cdf2ba/strategiska-utmaningar---en-vidareutveckling-av-svensk-strategi-for-hallbar-utveckling-skr.-200506126>) (in Swedish).
18. Kroll C. Sustainable Development Goals: are the rich countries ready? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2015 (https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_NW_Sustainable-Development-Goals_Are-the-rich-countries-ready_2015.pdf).
19. Lundberg O. The Swedish Commission for Equity in Health: a summary of the interim report. Stockholm: Swedish Commission for Equity in Health; 2016 (<http://kommissionjamlikhalsa.se/publikationer/swedish-commission-equity-health-summary-interim-report>).
20. Пятая министерская конференция по окружающей среде и охране здоровья. Источник: События [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2010/03/fifth-ministerial-conference-on-environment-and-health>).
21. Sveriges politik för global utveckling [Sweden's policy for global development] [website]. Stockholm: Government Offices of Sweden; 2017 (<http://www.regeringen.se/regeringspolitik/hallbar-utvecklingspolitik/sveriges-politik-for-global-utveckling/>) (in Swedish).
22. Politiken för global utveckling i genomförandet av Agenda 2030 [The policy for global development in implementing the 2030Agenda]. Stockholm: Government Offices of Sweden; 2015 (Regeringens skrivelse 2015/16:182; <http://www.regeringen.se/49bbd2/contentassets/c233ad3e58d4434cb8188903ae4b9ed1/politiken-for-global-utveckling-i-genomforandet-av-agenda-2030-skr.-201516182.pdf>) (in Swedish).
23. Sweden's strategy for WHO 2011–2015. Stockholm: Government Offices of Sweden; 2010 (<http://www.government.se/reports/2011/03/swedens-strategy-for-who-2011-2015>).
24. Strategy for Sweden's cooperation with the World Health Organisation (WHO) 2016–2019. Stockholm: Government Offices of Sweden; 2015 (<http://www.government.se/information-material/2016/02/strategy-for-swedens-cooperation-with-the-world-health-organisation-who-20162019/>).
25. Anders Nordström blir ambassadör med särskilt ansvar för hiv/aids-frågor [Anders Nordström becomes ambassador with special responsibility for HIV/AIDS questions]. Stockholm: Mynewsdesk; 2010 (<http://www.mynewsdesk.com/se/pressreleases/anders-nordstroem-bli-ambassadoer-med-saerskilt-ansvar-foer-hiv-aids-fraagor-458466>) (in Swedish).
26. Anders Nordström. Ambassador for Global Health at the Swedish Ministry for Foreign Affairs. London: Center for Global Development; 2017 (<https://www.cgdev.org/page/anders-nordstr%C3%B6m>).
27. Gunilla Carlsson to travel to New York for UN high-level meeting on Millennium Development Goals on 20–22 September [press release]. Stockholm: Government Offices of Sweden; 2010 (<http://www.government.se/49b740/contentassets/7ea2ffae410944f1a519a3414ef12180/press-releases-2006-2010---gunilla-carlsson->).
28. Gunilla Carlsson presenterade rapport med förslag till post 2015-agendan [Gunilla Carlsson presented a report with proposals for the post-2015 agenda]. Stockholm: MyRight; 2013 (<http://myright.se/nyheter/gunilla-carlsson-presenterade-rapport-med-forslag-till-post-2015-agendan>) (in Swedish).
29. Health in the post-2015 development agenda. In: The world we want [website]. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.worldwewant2030.org>). <https://www.paho.org/arg/images/gallery/Health%20post-2015%20Apr13.pdf?ua=1>
30. Touraine M, Gröhe H, Coffie RG, Sathasivam S, Juan M, Louardi EH et al. Comment. Universal health coverage and the post-2015 agenda. *Lancet* 2014;384(9949):1161–2 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61419-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61419-7/fulltext)).

31. High Level Dialogue on Health in the Post-2015 Development Agenda. Gaborone, 4–6 March 2013. Meeting report. Geneva: World Health Organization; 2013 http://www.who.int/pmnch/media/press_materials/pr/2013/meeting_gaborone_march2013.pdf).
32. Svenska regeringen startar högnivågrupp inom FN [Swedish Government starts high-level group within UN] [press release]. Stockholm: Government Offices of Sweden; 2015 (<http://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2015/09/svenska-regeringen-startar-hognivagrupp-inom-fn>) (in Swedish).
33. Gemensamt uttalande från högnivågruppen för genomförandet av Agenda 2030 [Statement from the high-level group for implementation of 2030 Agenda]. Stockholm: Government Offices of Sweden; 2016 (<http://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2016/04/gemensamt-uttalande-fran-hognivagruppen-for-genomforandet-av-agenda-2030>) (in Swedish).
34. Regeringen tillsätter delegation för Sveriges genomförande av Agenda 2030 [Government establishes delegation for Sweden's implementation of the 2030 Agenda]. Stockholm: Government Offices of Sweden; 2016 (Dir. 2016:18; <http://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2016/03/regeringen-tillsatter-delegation-for-sveriges-genomforande-av-agenda-2030>).
35. Kommittédirektiv. Genomförande av Agenda 2030 för Hållbar Utveckling [Committee directive. Implementation of 2030 Agenda for Sustainable Development]. Stockholm: Government Offices of Sweden; 2016 (<http://www.regeringen.se/494c40/contentassets/ce2d7e16d5264f869ac09feb280f8b4/genomforande-av-agenda-2030-for-hallbar-utveckling-dir.-201618>) (in Swedish).
36. Decision by the Director-General 2016-11-18, dnr 1.5-30011/2016-1. Stockholm: National Board of Health and Welfare; 2016.
37. Statliga myndigheter redovisar underlag för Sveriges genomförande av Agenda 2030 [Government authorities describe the basis for Sweden's implementation of the 2030 Agenda]. Stockholm: Government Offices of Sweden; 2016 (<http://www.regeringen.se/artiklar/2016/09/statliga-myndigheter-redovisar-underlag-for-sveriges-genomforande-av-agenda-2030>) (in Swedish).
38. Gemensam avsiktsförklaring Svenska myndigheter i samverkan för Agenda 2030 [Joint declaration of intent Swedish authorities in cooperation with Agenda 2030]. Stockholm: Swedish International Development Cooperation Agency; 2017 (<http://www.sida.se/globalassets/sida/sve/samarbetsparter/offentlig-sektor/avsiktsforklaring-svenska-myndigheter-i-samverkan-for-agenda-2030.pdf>) (in Swedish).
39. Key note by Prime Minister Stefan Löfven address at World Economic Forum session "Operationalizing the Sustainable Development Goals" (SDGs). Stockholm: Government Offices of Sweden; 2016 (<http://www.regeringen.se/tal/2016/01/key-note-by-prime-minister-stefan-lofven-address-at-world-economic-forum-session-operationalizing-the-sustainable-development-goals-sdgs/>).
40. Kronprinsessan Victoria blir ambassadör för FN:s globala mål [Crown Princess Victoria becomes ambassador for UN's global goals]. Stockholm: Government Offices of Sweden; 2016 (<http://www.regeringen.se/artiklar/2016/01/kronprinsessan-victoria-blir-ambassador-for-fns-globala-mal>) (in Swedish).
41. Tal inför Världshälsöforsamlingen, WHO [Speech to the World Health Assembly, WHO]. Stockholm: Government Offices of Sweden; 2016 (<http://www.regeringen.se/tal/2016/05/tal-av-gabriel-wikstrom-infor-varldshalsforsamlingen-who>).
42. Friberg P, Hansson GH, Thomson G. Nytt institut för global hälsa får stöd från Gates stiftelse [New institute for global health gets support from Gates foundation]. Dagens Nyheter. 12 February 2016 (in Swedish).

5. Евразия: роль региональных организаций и блоков в дипломатии и стратегическом руководстве в области здравоохранения

Haik Nikogosian

Архитектура дипломатии в области здравоохранения в XXI веке становится все более многогранной. Она встроена в различные двухсторонние и многосторонние структуры как внутри, так и за пределами платформ, чья деятельность в положительно выраженной форме посвящена здравоохранению. Она также становится все более многосекторальной по своему характеру, поскольку переговоры по вопросам здравоохранения и продвижение интересов здоровья в условиях часто конкурирующих повесток дня на правительственном и межправительственном уровнях требуют участия других секторов, а во многих случаях и всего правительства. Все эти факторы привели к расширению круга защитников здоровья на национальном и международном уровнях, что также способствовало расширению пространства и возможностей для стратегического руководства в интересах здоровья.

В литературе относительно неплохо описана роль в этой сфере глобальных организаций с определенным или общепризнанным мандатом в области здравоохранения. Однако одним из недавних явлений является решительный голос в защиту здоровья, исходящий от региональных и субрегиональных организаций и блоков с более широкими мандатами в сфере политики, экономики и безопасности. Это происходит на фоне возрастающего интереса к вопросам здоровья во внешней политике, где такие вопросы рассматриваются с позиции экономики, безопасности и социальной справедливости (1). Amaуa et al. (2) утверждают, что региональные организации могут служить местом, где страны могут позиционировать себя на многосторонней арене через так называемую региональную дипломатию в области здравоохранения, а Kickbusch и Cassar Szabo (3) отмечают, что позиция региональных организаций по различным вопросам здравоохранения может внести значительный вклад в стратегическое руководство в интересах глобального здравоохранения.

Другим важным аспектом является то, что членство этих организаций и блоков может быть, а может и не быть ограничено одним регионом ВОЗ. Трансрегиональное членство менее изучено с точки зрения традиционных структур и механизмов, относящихся к международному здравоохранению.

В этой главе рассматривается роль региональных международных организаций и блоков в дипломатии и стратегическом руководстве в области здравоохранения с точки зрения Евразии, причем особое внимание уделяется тем организациям и блокам, которые охватывают восточную часть Европейского региона ВОЗ. В ней рассматривается несколько таких организационных структур, в том числе те, которые, строго говоря, не входят в евразийское пространство, но, тем не менее, реально в нем представлены. Термин «региональные организации» охватывает все эти структуры, включая ассоциацию из пяти крупных развивающихся экономик – Бразилии, Российской Федерации, Индии, Китая и Южной Африки (БРИКС) – которая как организация официально не зарегистрирована. В этой главе не приводится исчерпывающий список, так как со временем и другие международные организации могут поднять свой голос в защиту общественного здоровья и международного сотрудничества в Регионе в сфере здравоохранения.

Азиатско-тихоокеанское экономическое сотрудничество

Азиатско-тихоокеанское экономическое сотрудничество (АТЭС) является региональным экономическим форумом, созданным в 1989 г. В нем участвует 21 государство-член⁴ и имеется постоянный секретариат, который находится в Сингапуре.

Основная миссия АТЭС – это стимулирование экономического роста в регионе посредством таких мер, как либерализация торговли и капиталовложений, содействие развитию бизнеса и усиление экономического сотрудничества и интеграции. Однако все большую значимость в повестке дня АТЭС как на уровне формирования политики, так и на уровне технического сотрудничества начинают приобретать вопросы здравоохранения. Реализуемая АТЭС политика структурных реформ поддерживает, например, деятельность в области охраны здоровья и безопасности населения как один из компонентов мер по отстаиванию общественных интересов. В частности, вопросы здравоохранения рассматриваются через несколько институциональных механизмов, таких как Рабочая группа по здравоохранению, которая собирается два раза в год, а также ежегодно проводимые Диалог по политике здравоохранения и Сопровождение высокого уровня по вопросам здравоохранения и экономики.

Вначале основное внимание было сосредоточено на инфекционных заболеваниях, что было обусловлено эпидемиями тяжелого острого респираторного синдрома и птичьего гриппа, но постепенно программа здравоохранения АТЭС расширилась и теперь охватывает такие направления деятельности, как борьба с НИЗ, охрана здоровья на всех этапах жизни и укрепление систем здравоохранения в целом. Особым достижением в этой сфере стало принятие Инициативы «Здоровый Азиатско-Тихоокеанский регион–2020» (4) в 2014 г. Кроме того, в рекомендациях Сопровождения высокого уровня 2015 г. была подчеркнута важность работы в таких областях, как инновации в области здравоохранения, борьба с НИЗ, охрана психического здоровья, безопасность крови, а также безопасность и качество медицинских продуктов и услуг.

Одним из важных направлений деятельности АТЭС в области здравоохранения является минимизация и устранение рисков для здоровья населения, которые являются препятствиями для торговли, безопасности и экономики. Декларация лидеров АТЭС 2015 г. (5), принятая в Себу, Филиппины, укрепляет это направление деятельности, в частности, подчеркивая важность систем здравоохранения в деле содействия развитию человеческого капитала и инклюзивного роста и решения тех финансовых и экономических проблем, которые связаны с нездоровьем.

Еще одна важная особенность деятельности АТЭС – это политическая приверженность, которую лидеры АТЭС демонстрируют в последние годы в областях, тесно связанных со здравоохранением (5), например, таких как охрана окружающей среды, продовольственная

⁴ Государства-члены АТЭС: Австралия, Бруней-Даруссалам, Вьетнам, Гонконг (Китай), Индонезия, Канада, Китайская Народная Республика, Малайзия, Мексика, Новая Зеландия, Папуа-Новая Гвинея, Перу, Республика Корея, Российская Федерация, Сингапур, Соединенные Штаты Америки, Таиланд, Тайвань (Китайский Тайбэй), Чили, Япония

безопасность, расширение и укрепление связей, справедливость, урбанизация и зеленая цепочка поставок. И наконец, характерной особенностью АТЭС является выраженный акцент на развитии межсекторального и многостороннего взаимодействия в области здравоохранения посредством различных механизмов и инструментов, таких как повышенное внимание к инновациям и межсекторальному и трансграничному сотрудничеству, что находит отражение в инициативе «Здоровый Азиатско-Тихоокеанский регион–2020», документах ежегодного Совещания высокого уровня по вопросам здравоохранения и экономики, а в последнее время в руководящих принципах взаимодействия с частным сектором, обсуждаемых Рабочей группой по здравоохранению (6). Эти особенности и происходящие процессы могут играть важную роль в развитии дипломатии в области здравоохранения и стратегического руководства в интересах здоровья как в рамках АТЭС, так и за ее пределами.

БРИКС

Несмотря на то что, строго говоря, БРИКС является не совсем евразийской структурой, у нее в этом регионе сформировалась прочная основа, которая укрепилась благодаря растущим связям с другими организациями, действующими в регионе, такими как Шанхайская организация сотрудничества (ШОС) и Евразийский экономический союз (см. ниже) (7). Кроме того, основное внимание в рамках БРИКС сосредоточено не на оказании помощи в целях развития в традиционном ее понимании, а на использовании структурированных двусторонних и многосторонних подходов к сотрудничеству в области развития, а также на поддержке сотрудничества и передачи технологий по оси «юг-юг» с целью расширения возможностей развивающихся стран (8), что особенно актуально в региональном контексте.

БРИКС играет многогранную роль в региональном и глобальном здравоохранении. Во-первых, цели в области здравоохранения отражены во внутренних механизмах БРИКС; выражением этих механизмов являются саммиты БРИКС, начиная с третьего, организованного Китаем в 2011 г., а дальнейшее подкрепление они получили в виде ежегодных встреч министров здравоохранения стран БРИКС, которые также организуются с 2011 г. Учитывая весомое положение БРИКС на мировой арене, цели и стратегии, поддерживаемые этими органами, приобретают все большую значимость в международном здравоохранении.

Кроме того, страны-члены БРИКС продемонстрировали глобальное лидерство в нескольких приоритетных областях общественного здравоохранения, таких как НИЗ, ТБ, охрана материнства и детства, обеспечение безопасности на дорогах, лекарственные средства и социальные детерминанты здоровья; некоторые из этих областей имеют большое значение в глобальном и евразийском контекстах. Например, первые глобальные конференции на уровне министров, организованные Российской Федерацией – по безопасности дорожного движения в 2009 г. и по НИЗ в 2011 г. – не только повысили глобальную осведомленность и решимость действовать в этих ключевых областях благодаря принятию последующих резолюций Организации Объединенных Наций (9, 10) и стратегий ВОЗ, но и способствовали осуществлению практических мер в Восточной Европе и Центральной Азии, в частности, в рамках проекта по безопасности дорожного движения с участием 10 стран, включая Российскую Федерацию и Турцию, и созданию в Москве Европейского офиса ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними (Офиса по НИЗ), финансируемого Российской Федерацией, который предоставляет обширную техническую помощь странам Содружества Независимых Государств (СНГ) (11, 12). Российская Федерация также предоставила значительные ресурсы для борьбы с малярией и ликвидацией этой болезни и для оказания педиатрической помощи в первую очередь в странах Восточной Европы и Центральной Азии и некоторых развивающихся странах. Кроме того, в последнее время в БРИКС накоплен богатый опыт в таких областях, как ВОУЗ и использование недорогих медицинских препаратов и вакцин. Этот опыт может оказаться полезным для стран с низким и средним уровнем дохода (СНСУД) (13).

Последние события и инициативы позволили увидеть новые тенденции и механизмы, которые могли бы укрепить аспект здравоохранения в деятельности блока. В 2015 г. начал действо-

вать Новый банк развития БРИКС для поддержки инфраструктурных проектов и устойчивого развития. Хотя инвестиции в здравоохранение и не входят в инвестиционный портфель этого банка, он может способствовать достижению целей в области здравоохранения ввиду многосекторального характера здравоохранения как такового и важной роли здоровья для всех секторов и направлений развития. Здесь также нужно отметить, что первый кредитный пакет Банка (14), о котором было объявлено весной 2016 г., был предназначен для проектов в области возобновляемых источников энергии, т.е. для одного из базовых направлений деятельности в сфере охраны окружающей среды и здоровья населения. Кроме того, на совещании министров здравоохранения стран БРИКС в 2015 г., проведенном в Москве, Российская Федерация, была выражена поддержка новых форм сотрудничества, таких как исследовательские консорциумы и рабочие группы БРИКС (15), которые будут обеспечивать увязку знаний и возможностей в приоритетных областях внутри всего объединения и, быть может, за его пределами.

В целом в последние годы роль БРИКС в реализации повестки дня в области здравоохранения возросла. Это объединение привлекло к себе значительное внимание как новая сила, которая способна укрепить международное сотрудничество в области здравоохранения, а некоторые авторы даже утверждают, что это, возможно, означает «сдвиг парадигмы в глобальном здравоохранении» (16). Учитывая значительное влияние и взаимосвязи БРИКС в регионе, эта роль в евразийском контексте становится очевидной.

СНГ

Содружество Независимых Государств (СНГ) – это региональная организация, сформированная во время распада СССР в 1991 г. Оно состоит из девяти членов (Армения, Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан и Узбекистан) и двух ассоциированных членов (Туркменистан и Украина). Основными руководящими органами СНГ являются Совет глав государств и Совет глав правительств, и он также имеет постоянный Исполнительный комитет, расположенный в Минске, Беларусь. Сотрудничество на законодательном уровне осуществляется Межпарламентской ассамблеей СНГ, расположенной в Санкт-Петербурге, Российская Федерация. Совет по сотрудничеству в области здравоохранения и Межпарламентская ассамблея – это главные органы СНГ, занимающиеся вопросами здравоохранения.

В 1992 г. Совет глав правительств учредил Совет по сотрудничеству в области здравоохранения, который вошел в число других органов, занимающихся различными вопросами социально-экономической политики. В его состав входят министры здравоохранения и главные санитарные врачи государств-членов, и члены этого совета уже провели почти 30 совещаний. На сегодняшний день руководящие органы СНГ утвердили около 15 межправительственных соглашений и решений по вопросам здравоохранения, предложенных Советом по сотрудничеству в области здравоохранения, которые, в частности, касались таких тем, как ВИЧ/СПИД, сахарный диабет, фальсифицированные лекарственные средства, эпидемиологический надзор и оказание медицинской помощи населению в странах СНГ (17).

Совет по сотрудничеству в области здравоохранения расширяет свое сотрудничество с ВОЗ, особенно через Европейское региональное бюро. В июне 2016 г. Совет впервые обратился к ВОЗ с просьбой:

- представить основные результаты самой последней сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в целях повышения осведомленности о резолюциях Ассамблеи здравоохранения и их осуществления в странах СНГ; а также
- описать возможности для расширения деятельности ВОЗ в рамках СНГ в таких двух стратегических областях, как первичная медико-санитарная помощь и профилактика и борьба с НИЗ.

Кроме того, Совет согласился, также впервые, создать сеть ведущих национальных учреждений здравоохранения для подготовки и продвижения скоординированной позиции СНГ по ключевым вопросам общественного здравоохранения, в том числе в руководящих органах

ВОЗ. Эти события ясно свидетельствуют о готовности Совета к более реальному согласованию направлений его работы с международной повесткой дня в области здравоохранения, а также к созданию платформы и потенциала для внесения ценного вклада в дипломатию в области здравоохранения и в стратегическое руководство в интересах здоровья в Регионе.

Межпарламентская ассамблея была создана в 1992 г. Ее основной миссией является принятие законов и согласование национальных законов в СНГ. В частности, Ассамблея консультирует руководящие органы СНГ и национальные парламенты, принимает типовые законы для рассмотрения парламентами и принимает рекомендации, направленные на то, чтобы законодательство в странах-участницах соответствовало межгосударственным документам, принятым на уровне СНГ.

Типовые законы являются наиболее важным инструментом Ассамблеи, который следует рассмотреть применительно к его мандату в области здравоохранения и более широкой социальной политики (18). Эти правовые инструменты основаны на международных, главным образом европейских нормах. Они адаптированы к контексту СНГ и после принятия Ассамблеей рекомендуются национальным парламентам в качестве шаблонов, которые затем приводятся в соответствие со спецификой каждой страны. Ассамблея приняла ряд типовых законов о здравоохранении и связанных с ним областях, таких, например, как охрана репродуктивного здоровья и репродуктивных прав, медицинская реабилитация, наркотики и психотропные вещества, биоэтика, воздействие факторов окружающей среды на здоровье. Она также приняла различные рекомендации по социальной политике, в том числе по содействию синергизму в законодательстве в области общественного здравоохранения в СНГ. Процесс разработки и принятия типовых законов и их последующего использования в странах-членах способен обогащать и расширять возможности дипломатии в области здравоохранения внутри стран и между ними. При условии его тщательного анализа и правильного использования этот субрегиональный механизм может в значительной степени способствовать укреплению дипломатии и стратегического руководства в области здравоохранения в более широком контексте Европейского региона ВОЗ. В последнее время между Межпарламентской ассамблеей и Европейским региональным бюро ВОЗ установилось хорошее сотрудничество. В частности, сотрудники Регионального бюро участвуют в пленарных заседаниях Ассамблеи и развивают техническое сотрудничество с комитетом экспертов Ассамблеи по вопросам здравоохранения. Кроме того, на момент подготовки настоящей публикации рассматривался вопрос о подготовке и подписании меморандума о взаимопонимании (MoU) в сфере более формального и систематического сотрудничества.

Работа Совета по сотрудничеству в области здравоохранения и Межпарламентской ассамблеи может внести взаимообогащающий вклад в общественное здравоохранение, дипломатию и международное сотрудничество в области здравоохранения в СНГ, а может быть, и за его пределами. ВОЗ может играть существенную роль в развитии такого сотрудничества, обеспечивая синергетическое взаимодействие между работой этих органов и международной повесткой дня в области здравоохранения.

Организация экономического сотрудничества

Организация экономического сотрудничества (ОЭС) является региональной межправительственной организацией, созданной в 1985 г. в качестве преемника Регионального сотрудничества в целях развития для содействия экономическому, техническому и культурному сотрудничеству между странами-членами (19). Изначально основанная Исламской Республикой Иран, Пакистаном и Турцией, она расширилась благодаря присоединению к ней в 1992 г. семи новых стран (Азербайджана, Афганистана, Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана, Туркменистана и Узбекистана). Совет министров на уровне министров иностранных дел является высшим руководящим органом ОЭС, работа которого поддерживается Советом постоянных представителей и Советом регионального планирования. Генеральный секретариат ОЭС во главе с Генеральным секретарем находится в Исламской Республике Иран.

В последние годы ОЭС уделяет все большее внимание вопросам здравоохранения. На политическом уровне после первого совещания министров здравоохранения ОЭС в 2010 г. было проведено второе министерское совещание ОЭС, приуроченное к участию министров во Всемирной ассамблее здравоохранения 2015 г. На этом совещании министры приняли Женевскую декларацию по улучшению здоровья населения в странах региона ОЭС в период после 2015 г. (20), в которой излагаются принципы и обязательства в отношении сотрудничества в области здравоохранения. На третьем министерском совещании, состоявшемся в 2016 г., был рассмотрен проект 10-летнего плана действий ОЭС по сотрудничеству в области здравоохранения, а Секретариату было поручено доработать этот план для его последующего принятия. Что касается технического уровня, то в начале 2015 г. в Тегеране, Исламская Республика Иран, было проведено экспертное совещание высокого уровня, чтобы проанализировать опыт достижения Целей тысячелетия в области развития и активизировать сотрудничество в период после 2015 г. в ряде областей, таких как ВОУЗ, готовность к чрезвычайным ситуациям и реагирование на них, технологии здравоохранения и лекарственные средства, НИЗ и укрепление систем здравоохранения в регионе. Кроме того, в 2016 г. был опубликован сравнительный доклад, посвященный состоянию здоровья населения в регионе ОЭС и направленный на то, чтобы представить странам глубокий анализ ситуации и содействовать разработке соответствующих стратегий и действий на национальном уровне и на уровне региона в целом. Кроме того, ОЭС и ФАО недавно начали совместный проект по оказанию странам технической помощи в борьбе с трансграничными заболеваниями сельскохозяйственных животных (21).

ОЭС также занимается вопросами здравоохранения посредством сотрудничества в других областях, например, таких как охрана окружающей среды, борьба со стихийными бедствиями, медицинский туризм и изменение климата (22–24). В заключение следует отметить, что большинство стран ОЭС все чаще участвуют в экономических инициативах в соответствии с концепцией Нового шелкового пути, который охватывает большую часть этого региона (эта концепция рассматривается более подробно в главе 6). Это также повлияет на общественное здравоохранение и сотрудничество в области здравоохранения в регионе в результате все более тесных взаимодействий между здравоохранением, экономикой и торговлей, особенно если учесть растущее перемещение людей, товаров, инвестиций и услуг между странами, которое оказывает трансграничное воздействие на здоровье населения.

В целом в регионе ОЭС наблюдаются положительные тенденции роста уровня политической приверженности и технического потенциала для более последовательного решения проблем общественного здоровья и сотрудничества в сфере здравоохранения. Усилению таких тенденций помогают:

- твердые позиции некоторых стран на мировой арене по ключевым вопросам здравоохранения, таким как ВОУЗ и профилактика и борьба с НИЗ;
- диалог с другими организациями с частично совпадающим членством и сложившимися механизмами сотрудничества в сфере здравоохранения, например, с Организацией исламского сотрудничества (ОИС) (см. ниже);
- продолжение диалога на уровне министров во время глобальных дебатов по вопросам здравоохранения на Всемирной ассамблее здравоохранения.

Евразийский экономический союз

Евразийский экономический союз (ЕАЭС) является международной организацией региональной экономической интеграции, учрежденной специальным договором, который вступил в силу 1 мая 2015 г. Пятью членами ЕАЭС являются Армения, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан и Российская Федерация. ЕАЭС заменила Евразийский таможенный союз Беларуси, Казахстана и Российской Федерации для обеспечения более глубокой и всеобъемлющей экономической интеграции в регионе. Руководящими органами ЕАЭС являются Высший экономический совет на уровне глав государств и Межправительственный совет

на уровне глав правительств, а Евразийская экономическая комиссия, расположенная в Москве, является ее исполнительным и регулирующим органом.

Хотя здравоохранение непосредственно и не входит в мандат ЕАЭС, эта тема в разных формах присутствует в деятельности этого союза. Во-первых, договор о создании ЕАЭС содержит требования об установлении общего рынка лекарственных средств и изделий медицинского назначения и общих санитарных (в том числе ветеринарно-санитарных и фитосанитарных) правил (25). Во-вторых, с целью укрепления координации действий Высший экономический совет учредил в 2015 г. Совет руководителей уполномоченных органов в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения государств-членов ЕАЭС. В качестве еще одного шага в этом направлении Евразийская экономическая комиссия недавно учредила консультативный комитет по целому ряду вопросов социальной политики, включая здравоохранение.

Кроме того, недавно Комиссия приняла важные решения по мерам санитарного контроля, по номенклатуре лекарственных средств и фармакопейному комитету ЕАЭС, по номенклатуре и качеству, безопасности и действенности изделий медицинского назначения, включая требования к соответствующим техническим и клиническим испытаниям, и по номенклатуре табачных изделий. Кроме того, гармонизация в таких областях, как налогообложения, миграция, сельское хозяйство, технические стандарты и правила внутреннего рынка, может оказать как положительное, так и отрицательное влияние на здоровье населения, поэтому органы здравоохранения должны проявлять бдительность и принимать участие в разработке предлагаемых мер. Так, например, предлагаемая гармонизация налогов на табачные изделия и алкогольную продукцию вызвала серьезную озабоченность у министерств и экспертов здравоохранения в некоторых государствах в связи с потенциальным ущербом этой меры для здоровья населения.

ЕАЭС представляет собой первую официальную попытку экономической интеграции на пространстве бывшего Советского Союза и, таким образом, новую стратегическую линию развития в регионе, которая может оказать как прямое, так и косвенное влияние на общественное здоровье. Кроме того, активное стремление ЕАЭС к установлению и развитию связей с другими странами и организациями в регионе и за его пределами, вероятно, расширит возможности для региональной дипломатии, в том числе в сфере здравоохранения. В качестве примеров можно назвать недавнее совместное совещание высокого уровня с ШОС и БРИКС и решения о заключении соглашений о свободной торговле с несколькими странами и о содействии сотрудничеству между ЕАЭС и проектом «Экономический пояс Нового шелкового пути» (8, 26, 27).

Организация черноморского экономического сотрудничества

Организация черноморского экономического сотрудничества (ОЧЭС) является региональной экономической организацией, которая была создана в 1992 г. и в 1999 г. получила международную правосубъектность. В нее входят 12 государств-членов и у нее имеется постоянный секретариат в Стамбуле, Турция. Еще 12 государств, преимущественно европейских, имеют статус наблюдателей, а еще шесть, включая страны Азии, имеют статус партнеров по секторальному диалогу. Государствами-членами являются Албания, Армения, Азербайджан, Болгария, Грузия, Греция, Республика Молдова, Румыния, Российская Федерация, Сербия, Турция и Украина; партнерами по диалогу являются Исламская Республика Иран, Япония и Республика Корея.

Двумя основными механизмами ОЧЭС для деятельности в сфере здравоохранения являются Рабочая группа по здравоохранению и фармацевтическим препаратам и совещания министров здравоохранения, которые поддерживаются другими органами, такими как Комитет старших должностных лиц и Совет министров иностранных дел. На недавних встречах министров здравоохранения, организованных Грецией в 2014 г., Республикой Молдова в 2015 г.

и Российской Федерацией в 2016 г., рассматривались вопросы создания сети ОЧЭС для обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям и ответным мерам, дальнейшей поддержки укрепления борьбы против табака и налаживания сотрудничества в сфере обеспечения качества, действенности и безопасности лекарственных средств. На стадии обсуждения находится предложенное соглашение о сотрудничестве в области санитарной защиты.

Кроме того, вопросы здравоохранения затрагивались Парламентской ассамблеей ОЧЭС – ее межпарламентским, консультативным (хотя и юридически независимым) органом – в рекомендациях о сотрудничестве в таких областях, как общественное здравоохранение, охрана детства, обеспечение социальной сплоченности и защита прав людей с ограниченными возможностями.

Хотя здравоохранение и является относительно новой сферой деятельности для ОЧЭС, у этой организации имеется значительный потенциал в плане сотрудничества и синергизма в решении вопросов здравоохранения. В то же время внимательного изучения потребует вопрос одновременного членства государств в других блоках, таких как ЕС и ЕАЭС, которые имеют свои собственные системы регулирования в сфере здравоохранения и/или фармацевтических препаратов. Так, например, Греция и Румыния недавно заявили о невозможности соблюдать предлагаемое соглашение ОЧЭС о сотрудничестве в области санитарной защиты, ссылаясь на свое членство в ЕС. Этот аспект дипломатии и стратегического руководства в сфере здравоохранения может также возникать в других организациях и блоках, члены которых одновременно являются членами нескольких организаций, особенно на стыке областей экономической интеграции и здравоохранения.

ОИС

Организация исламского сотрудничества (ОИС), которая ранее называлась Организацией исламской конференции и была создана в 1969 г., является второй по величине межправительственной организацией после Организации Объединенных Наций. На сегодняшний день в ней состоят 57 стран-членов⁵, а постоянный секретариат находится в Джидде, Саудовская Аравия. Высшим руководящим органом ОИС является Исламский саммит, а его парламентская ветвь – Парламентский союз государств-членов ОИС – была создана в 1999 г. и постоянно располагается в Тегеране, Исламская Республика Иран.

Для решения вопросов здравоохранения имеется два основных механизма. Первый – это совещания министров здравоохранения, как правило, созываемые каждые два года, на которых рассматриваются и определяются общие направления сотрудничества в области политики здравоохранения в странах ОИС. Пять совещаний, проведенных после 2007 г., соответственно, в Малайзии, Исламской Республике Иран, Казахстане, Индонезии и Турции, охватили широкий круг вопросов, включая инфекционные заболевания и готовность к чрезвычайным ситуациям и ответные меры, НИЗ, здоровье матерей и новорожденных, питание, борьба с полиомиелитом, малярией и туберкулезом, а также производство, стандартизация и закупка фармацевтических препаратов и вакцин. В 2013 г. министры здравоохранения на своем четвертом совещании утвердили Стратегическую программу действий ОИС в области здравоохранения на 2014–2023 гг. (28).

Вторым ключевым механизмом сотрудничества в области здравоохранения является Центр статистических, экономических и социальных исследований и подготовки кадров для исламских стран, который является одним из шести вспомогательных органов ОИС. Этот центр, расположенный в Анкаре, Турция, является основной технической и статистической ветвью ОИС и выступает в качестве центра, координирующего сотрудничество в рамках

⁵ Членами ОИС являются: Азербайджан, Албания, Алжир, Афганистан, Бангладеш, Бахрейн, Бенин, Бруней-Даруссалам, Буркина-Фасо, Габон, Гайана, Гамбия, Гвинея, Гвинея-Бисау, Джибути, Египет, Западный берег и Газа, Индонезия, Иордания, Ирак, Исламская Республика Иран, Йемен, Камерун, Катар, Коморские Острова, Кот-д'Ивуар, Казахстан, Кувейт, Кыргызстан, Ливан, Ливия, Мавритания, Малайзия, Мали, Мальдивские Острова, Марокко, Мозамбик, Нигер, Нигерия, Объединенные Арабские Эмираты, Оман, Пакистан, Саудовская Аравия, Сенегал, Сирийская Арабская Республика, Судан, Суринам, Сьерра-Леоне, Таджикистан, Того, Тунис, Туркменистан, Турция, Уганда, Узбекистан, Чад.

технических мероприятий и проектов между системой ОИС и соответствующими учреждениями Организации Объединенных Наций. Доклад 2015 г. о состоянии здравоохранения в странах ОИС (29), один из серии таких докладов, подготовленных Центром, был представлен на пятом совещании министров здравоохранения ОИС.

ОИС прилагает активные усилия по развитию общественного здравоохранения в рамках своей социально-экономической повестки дня, прежде всего на основе своего долгосрочного комплексного плана действий в области здравоохранения (28) и разносторонней деятельности Центра.

ШОС

Шанхайская организация сотрудничества (ШОС) является евразийской межправительственной организацией, созданной в 2001 г., в которую входят шесть государств-членов (Казахстан, Китай, Кыргызстан, Российская Федерация, Таджикистан и Узбекистан), шесть наблюдателей (Афганистан, Беларусь, Индия, Исламская Республика Иран, Монголия и Пакистан – при этом Индия и Пакистан планировали стать полноправными членами в 2017 г.), а также шесть партнеров по диалогу (Азербайджан, Армения, Камбоджа, Непал, Турция и Шри-Ланка). Ежегодно собираемый Совет глав государств-членов является высшим руководящим органом ШОС.

Хотя здравоохранение и не является одним из основных направлений деятельности ШОС, ее внимание к целям и вопросам здравоохранения возрастает как один из компонентов ее общего сотрудничества и диалога по политическим и социальным вопросам и вопросам безопасности. В частности, на втором совещании министров здравоохранения стран ШОС 2015 г., которое было организовано Российской Федерацией и в котором ВОЗ было предложено принять участие, был сделан акцент на вопросах безопасности в области здравоохранения и особенно на такой проблеме, как фальсификация продуктов медицинского назначения. Министры пришли к соглашению о том, что приоритетом социальной политики в странах-членах ШОС должны стать более широкие реформы в области здравоохранения, гарантирующие безопасность в области общественного здоровья. Затем важность сотрудничества в области общественного здравоохранения, реагирования на санитарно-эпидемиологические проблемы и сотрудничества в областях, тесно связанных со здоровьем населения, таких как образование, охрана окружающей среды, таможенный контроль, контроль за наркотиками, транспорт, сельское хозяйство и технологии, была подчеркнута в Уфимской декларации, принятой на саммите ШОС в 2015 г. Эти обязательства были в значительной степени отражены в Ташкентской декларации (30), недавно принятой главами государств ШОС.

Растущий интерес ШОС к общественному здравоохранению и безопасности в области здравоохранения демонстрирует ее потенциал в деле укрепления дипломатии и трансграничного сотрудничества в области здравоохранения в регионе.

Другие важные инициативы

Определенная роль в евразийском контексте принадлежит Совету Европы (СЕ) как панъевропейской организации, членами которой являются некоторые восточноевропейские страны (Армения, Азербайджан, Грузия, Республика Молдова, Российская Федерация и Украина). Хотя здравоохранение и не входит в основной мандат СЕ, оно, тем не менее, занимает достаточно заметное место в повестке дня СЕ ввиду того, что одним из главных направлений его деятельности является защита социальных прав и прав человека. Вопросы здравоохранения включены во многие правовые инструменты СЕ или затрагиваются ими: это, например, Европейская социальная хартия, Конвенция о правах человека и биомедицине (31, 32) и другие юридически обязательные документы, охватывающих такие области, как определение группы крови, типизация тканей и подделка изделий медицинского назначения. Некоторые другие области охватываются частичными соглашениями с участи-

ем нескольких стран, такими как Европейская фармакопея и Группа Помпиду по борьбе со злоупотреблением и незаконным оборотом наркотических средств (33, 34). Интересно, что некоторые соглашения СЕ открыты для присоединения государств, не являющихся членами СЕ, что расширяет их потенциальное применение на международном уровне, в том числе в евразийском контексте. Например, Казахстан ратифицировал несколько соглашений СЕ и имеет статус наблюдателя в ряде других соглашений, в том числе в Европейской фармакопее. В целом разнообразие принятых и применяемых правовых инструментов, которые зачастую являются уникальными на международном уровне, делает СЕ значительным, хотя и не всегда достаточно признанным региональным действующим субъектом в сфере здравоохранения.

Другие крупные инициативы и события в евразийском регионе также могут иметь большое значение для общественного здравоохранения. В частности, следует отметить концепцию и инициативы проекта Нового шелкового пути, быстро приобретающие широкую известность в регионе и за его пределами. До сих пор они рассматривались в основном с точки зрения политики и экономики. Тем не менее, здравоохранение может быть важным аспектом этого проекта ввиду тех путей и механизмов, посредством которых оно укоренилось в повестки дня в области устойчивого развития и международного сотрудничества. Ведь концепция и инициативы проекта Нового шелкового пути по существу находятся на пересечении торговых, экономических, транспортных и инфраструктурных программ и стратегий и в значительной мере включены во внешнюю политику, политику в области развития и инвестиций стран-участниц. Увеличение потока людей, информации, товаров и услуг вдоль Нового шелкового пути окажет позитивное или негативное влияние на такие основные сферы общественного здравоохранения, как инфекционные болезни, безопасность в области здравоохранения, здоровый образ жизни, незаконные вещества, здоровье и окружающая среда, безопасность дорожного движения, а также создаст возможности для расширения торговли продуктами и технологиями здравоохранения, появления новых медицинских центров и медицинского туризма. Другим важным фактором является то растущее значение, которое видные организации, действующие на евразийском пространстве, такие как БРИКС, ЕАЭС и ШОС, придают Новому шелковому пути и общественному здоровью. В целом здоровье можно рассматривать не только как общественное благо, но и как инструмент дипломатии, помогающий связывать друг с другом людей, страны, ценности и выгоды вдоль Нового шелкового пути.

Заключение

Пересечение национального, регионального и глобального здравоохранения приобретает все большую значимость в международных делах в области здравоохранения. Региональные организации, имеющие или не имеющие положительно выраженного мандата в области здравоохранения, занимают в этом процессе уникальное место, хотя оно не всегда достаточно изучено и признано. На основе анализа, проведенного в этой главе, можно сделать следующие общие выводы.

В ней определены восемь организаций и блоков, имеющих отношение к рассматриваемой теме. Только три из них (ЕАЭС, ОЧЭС и СНГ) имеют членов, входящих в Европейский регион ВОЗ.

Членство в пяти других (АТЭС, БРИКС, ОИК, ОЭС и ШОС) охватывает два или более регионов ВОЗ, открывая интересные возможности для дипломатии и международного сотрудничества в области здравоохранения с межрегиональной точки зрения. Кроме того, деятельность БРИКС является примером той роли, которую блок стран, не являющийся формальной организацией и не имеющий строго регионального характера, может играть в евразийском контексте в силу того факта, что некоторые из стран БРИКС находятся в этом регионе мира. Несколько таких организаций (АТЭС, ОИС, ОЧЭС, СЕ и СНГ) имеют парламентские ветви, некоторые из которых имеют свою собственную правосубъектность.

Хотя основные мандаты этих организаций не включают здравоохранение, они ведут работу в этой области через различные механизмы. В большинстве из них проводятся регулярные встречи министров здравоохранения, а в других функционирует рабочая группа старших должностных лиц по вопросам здравоохранения (АТЭС) или координирующий орган из главных санитарных врачей стран-членов (ЕАЭС). Некоторые организации (АТЭС и ОИК) приняли стратегические многолетние планы в области общественного здравоохранения. Помимо того, что они обслуживают политику этих организаций в области здравоохранения, такие стратегии обогащают сочетание регионального и глобального здравоохранения и вносят ценный вклад в стратегическое руководство в интересах здоровья во всем мире. В некоторых случаях региональный вклад подкрепляется лидерством на глобальном уровне, которое демонстрируют некоторые страны-члены в таких ключевых областях, как безопасность в области здравоохранения, всеобщий охват услугами здравоохранения, фармацевтические препараты, НИЗ и социальные детерминанты здоровья.

Используемых правовых инструментов и механизмов немало – от договора об образовании ЕАЭС, в котором некоторые статьи в положительно выраженной форме затрагивают здравоохранение, до юридически обязательных конвенций СЕ и типовых законов Межпарламентской ассамблеи СНГ, не имеющих юридической силы. Организации (ОИС и ОЭС) также опубликовали всеобъемлющие аналитические доклады о состоянии здравоохранения для поддержки процесса разработки политики здравоохранения внутри стран-членов и между ними.

Еще одним важным фактором является одновременное членство в нескольких организациях стран, входящих в большинство описанных выше организаций, и наличие политических связей между ними. Многие организации имеют статус наблюдателя друг у друга и в Генеральной Ассамблее Организации Объединенных Наций; некоторые организации также создали сеть внешних наблюдателей и партнеров, в том числе по вопросам свободной торговли, задачей которой является информационно-пропагандистская работа и развитие сотрудничества в рамках и за пределами евразийского пространства. Кроме того, БРИКС, ЕАЭС и ШОС создали совместное совещание высокого уровня в 2015 г., а также ясно заявили о своей поддержке новой инициативы Экономического пояса Шелкового пути, охватывающего огромный регион от Китая до Средиземного моря. Первый опыт показывает, что одновременное членство в нескольких организациях может создавать определенные помехи. Так, например, члены организаций экономической интеграции со строгой нормативной базой, такие как ЕАЭС и ЕС, могут оказаться не в состоянии выполнять частично дублирующие друг друга обязательства в других организациях. Особое значение имеет то влияние, которое политика экономической интеграции оказывает на здоровье населения, особенно в рамках ЕАЭС, так как некоторые меры (такие как гармонизация налогов, технических стандартов и правил внутреннего рынка) могут оказывать положительное или отрицательное воздействие на важные детерминанты здоровья (такие как употребление табака и алкоголя) и более широкие аспекты трансграничного здоровья.

Кроме того, тот факт, что большинство региональных организаций имеют свой главный мандат в областях, не относящихся к общественному здравоохранению, таких как торговля, экономика, безопасность, развитие и права человека, создает естественные возможности для проявления и действия всеобъемлющего и многосекторального характера общественного здравоохранения. В качестве примеров можно отметить конвенции и решения СЕ, лежащие в основе охраны здоровья населения, биоэтики и соблюдения прав человека, ежегодные встречи высокого уровня АТЭС по вопросам здравоохранения и экономики и правила ЕАЭС относительно общего фармацевтического рынка. Большинство организаций выработали свои позиции и решения по многим вопросам, тесно связанным со здоровьем, таким как продовольствие, транспорт, миграция и окружающая среда, и во многих случаях включили цели здравоохранения в повестку дня политических саммитов организаций. Многосекторальные и трансграничные аспекты здоровья будут играть все более заметную роль по мере того, как на значительных территориях евразийского пространства будут раз-

ворачиваться экономическая интеграция, с одной стороны, и крупные инфраструктурные и коммуникационные проекты (например, связанные с концепцией Нового шелкового пути и инвестиционными возможностями, появляющимися благодаря Новому банку развития БРИКС), с другой стороны.

В целом всеобъемлющие и трансграничные характеристики здравоохранения и усиление взаимосвязей между здравоохранением, внешней политикой, экономикой и развитием создают уникальное пространство, на котором региональные организации и блоки могут содействовать укреплению здоровья населения и международному сотрудничеству в области здравоохранения. Это, в свою очередь, расширяет возможности для укрепления дипломатии в области здравоохранения на уровне межсекторальных и межгосударственных отношений в целях защиты и укрепления интересов общественного здоровья перед лицом нередко конкурирующих целей и задач государств. Это также способствует развитию механизмов глобального стратегического руководства в интересах здоровья, которое приобретает все большую значимость в области глобального здравоохранения.

Библиография *

1. Kickbusch I. Global health diplomacy: how foreign policy can influence health. *Brit Med J*. 2011;342:d3154.
2. Amaya A, Rollet V, Kingah S. What's in a word? The framing of health at the regional level: ASEAN, EU, SADC and UNASUR. *Glob Soc Policy* 2015;15(3):229–60. doi:10.1177/1468018115599816.
3. Kickbusch I, Cassar Szabo M. A new governance space for health. *Glob Health Action* 2014;7:23507 (<http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.23507>).
4. Healthy Asia Pacific 2020. In: Asia-Pacific Economic Cooperation [website]. Singapore: APEC Health Working Group; 2017 (<http://www.apechwg.org/about-hwg/healthy-asia-pacific>).
5. Leaders' declarations. In: Asia-Pacific Economic Cooperation [website]. Singapore: APEC Secretariat, 2017 (http://www.apec.org/Meeting-Papers/Leaders-Declarations/2015/2015_aelm.aspx).
6. Health Working Group. Guidelines for engagement between the health working group and the private sector (draft for public comment). Singapore: APEC Secretariat; 2017 (<http://apec.org/Home/Groups/SOM-Steering-Committee-on-Economic-and-Technical-Cooperation/Working-Groups/Health>).
7. Итоги российского председательства в БРИКС. Источник: Официальный веб-сайт российского председательства в БРИКС [веб-сайт]. Москва: Правительство Российской Федерации; 2017 (<http://brics2015.ru/news/20160212/885593.html>).
8. Kickbush I. BRICS's contribution to the global health agenda. *Bull World Health Organ*. 2014;92:463–4. doi:<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13127944>.
9. Резолюция A/RES/64/255 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций. Повышение безопасности дорожного движения во всем мире. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2010 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/UN_GA_resolution-54-255-ru.pdf).
10. Резолюция A/RES/66/2 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций. Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций, 2012 (http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/diseases_politdecl.shtml).
11. Improving road safety. In: Health topics [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/country-work/improving-road-safety>).

* Все электронные ссылки в данной книге приведены по состоянию на 9 мая 2017 г., если не указано иное.

12. Проект по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Источник: Вопросы и темы здравоохранения [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/who-european-office-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-ncd-office>).
13. Shambhu A, Barber S, Lopez Acuna D, Menabde N, Migliorini L, Molina J et al. BRICS and global health. *Bull World Health Organ.* 2014;92:386–A. doi:<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.140889>.
14. BRICS bank hands \$811m in green energy loans. Shanghai: New Development Bank; 2017 ([http://www.ndb.int/brics-bank-hands-\\$811m-in-green-energy-loans.php](http://www.ndb.int/brics-bank-hands-$811m-in-green-energy-loans.php)).
15. Документы. Источник: Официальный сайт Председательства России в БРИКС [веб-сайт]. Москва: Правительство Российской Федерации; 2017 (<http://brics2015.ru/documents>).
16. Harmer A, Buse K. The BRICS – a paradigm shift in global health? *Contemporary Politics* 2014;20(2):127–45 (<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13569775.2014.907988>).
17. Совет по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ. Источник: Интернет-портал СНГ [веб-сайт]. Минск: Содружество Независимых Государств; 2017 (<http://www.e-cis.info/page.php?id=7942>).
18. О Межпарламентской Ассамблее государств-участников Содружества Независимых Государств. Источник: Межпарламентская Ассамблея СНГ [веб-сайт]. Минск: Содружество Независимых Государств; 2017 (http://iacis.ru/activities/documents/modelnye_kodeksy_i_zakony).
19. Economic Cooperation Organization (ECO) [website]. Tehran: Economic Cooperation Organization; 2017 <http://www.eco.int/>
20. Geneva Declaration on Better Health for ECO Region in post-2015. Tehran: Economic Cooperation Organization; 2015 (http://www.eco.int/general_content/85858-2nd-ECO-Health-Ministerial-Meeting-Geneva-May-2015.html?t=General-content)
21. ECO and FAO signed project document for technical assistance to control transboundary livestock diseases. In: Economic Cooperation Organization (ECO) [website]. Tehran: Economic Cooperation Organization; 2015 (http://www.ecosecretariat.org/ftproot/Press_RIs/2015/jan/211.htm).
22. ECO Consultative Ministerial Meeting on Environment in Nairobi. In: Economic Cooperation Organization (ECO) [website]. Tehran: Economic Cooperation Organization; 2014 (http://www.ecosecretariat.org/ftproot/Press_RIs/2014/June/env.htm).
23. ECO disaster risk management. In: Economic Cooperation Organization (ECO) [website]. Tehran: Economic Cooperation Organization; 2017 (<http://www.ecosecretariat.org/DRM/index.htm>).
24. Safranbolu Declaration on Enhancing Regional pre-COP 21 Ambition on Climate Change. Tehran: Economic Cooperation Organization; 2015 (http://www.ecosecretariat.org/ftproot/Press_RIs/2015/March/Safranbolu%20Declaration%20_Final_.pdf).
25. Договор о Евразийском экономическом союзе. Москва: Евразийский экономический союз, 2014 (<https://docs.eaeunion.org/Pages/DisplayDocument.aspx?s=bef9c798-3978-42f3-9ef2-d0fb3d53b75f&w=632c7868-4ee2-4b21-bc64-1995328e6ef3&l=540294ae-c3c9-4511-9bf8-aaf5d6e0d169&EntityID=3610>).
26. Правовой портал. Источник: Евразийский экономический союз [веб-сайт]. Москва: Евразийский экономический союз, 2017 (<https://docs.eaeunion.org/en-us/Pages/AllDocuments.aspx>).
27. О взаимодействии государств-членов Евразийского экономического союза по вопросам сопряжения ЕАЭС и Экономического пояса Шелкового пути. Москва: Евразийский экономический союз, 2017 (<http://www.eurasiancommission.org/ru/Lists/Decisions/DispForm.aspx?ID=495>).
28. OIC strategic health programme of action 2014–2023 (OIC-SHPA) has been adopted. Ankara: Statistical, Economic and Social Research and Training Centre for Islamic Countries; 2017 (<http://www.sesric.org/health/event-detail.php?id=942>).
29. OIC health report 2015. Ankara: Statistical, Economic and Social Research and Training Centre for Islamic Countries; 2015 (<http://www.sesric.org/files/article/514.pdf>).
30. Tashkent Summit of the Shanghai Cooperation Organization. Tashkent: Ministry of Foreign Affairs of the Republic of Uzbekistan; 2016 (<http://www.mfa.uz/en/press/sco-uzbekistan/sconews/7761>).

31. European Social Charter. In: Council of Europe [website]. Strasbourg: Council of Europe; 2017 (<http://www.coe.int/en/web/turin-european-social-charter>).
32. The Oviedo Convention: protecting human rights in the biomedical field. In: Council of Europe [website]. Strasbourg: Council of Europe; 2017 (<http://www.coe.int/en/web/bioethics/oviedo-convention>).
33. The European Pharmacopeia. Background & mission. In: Council of Europe [website]. Strasbourg: Council of Europe; 2017 (<https://www.edqm.eu/en/european-pharmacopoeia-background-50.html>).
34. The Pompidou Group – co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs. In: Council of Europe [website]. Strasbourg: Council of Europe; 2017 (<http://www.coe.int/T/DG3/Pompidou>).



6. Туркменистан: практический опыт в дипломатии в области здравоохранения

Bahtygul Karriyeva

Введение

В этой главе рассказывается о недавнем опыте Туркменистана в дипломатии в области здравоохранения и об условиях, обеспечивающих горизонтальную согласованность внешней политики страны и ее политики в сфере здравоохранения. В отношении здравоохранения Туркменистан придерживается концепции учета интересов здоровья во всех стратегиях, поддерживая хорошие рабочие отношения с целым рядом секторов за пределами здравоохранения. Основными особенностями внешней политики страны являются принципы позитивного нейтралитета и открытых дверей, обеспечивающие глобальную безопасность на основе концепций безопасности, целостности и неделимости, а также на основе стратегического партнерства с Организацией Объединенных Наций и другими международными и региональными организациями. Туркменистан также привержен укреплению сотрудничества и устойчивого развития, особенно в Центральной Азии. Он сотрудничает с ВОЗ и другими учреждениями системы Организации Объединенных Наций в решении сложных глобальных проблем здравоохранения через систему Организации Объединенных Наций, особенно в продвижении глобальной повестки дня в области борьбы с НИЗ. Имея удобное расположение вдоль Шелкового пути, Туркменистан принимает множество международных форумов и инициировал ряд международных диалогов, благодаря чему он стал ключевой движущей силой в продвижении интересов здравоохранения как одного из действенных дипломатических инструментов объединения и развития сотрудничества стран, расположенных вдоль Шелкового пути. Подход Туркменистана к глобальной дипломатии в области здравоохранения отражает проблемы, стоящие перед страной, ее понимание глобальных проблем в области здравоохранения и готовность и способность решать эти проблемы.

В течение 20 лет Туркменистан сохраняет статус постоянного нейтралитета. Этот основной принцип внешней политики Туркменистана способствует укреплению мира и безопасности в регионе и обеспечению благополучия населения страны. Государственная социальная поли-

тика направлена на предоставление каждому гражданину равных возможностей для достойного уровня жизни и развития. Для усиления аспекта здравоохранения в своей внешней политике и сотрудничестве в целях развития Туркменистан придерживается концепции учета интересов здоровья во всех стратегиях, не разрабатывая для этого какой-либо конкретной стратегии или документа с изложением политики. Страна прилагает большие усилия для укрепления глобального здравоохранения посредством развития межсекторальных национальных программ и стратегий. Факторы, которые обеспечивают согласованность курсов политики в области здравоохранения и внешней политики страны, включают политическую поддержку здравоохранения на высоком уровне, согласованность действий на международном уровне и активное участие министерства здравоохранения в решении вопросов глобального здравоохранения.

Туркменистан планирует принимать еще более активное участие в региональных и международных проектах сотрудничества и готовится к выполнению важной миссии в качестве связующего звена для торговли и транзита в связи с проектом Нового шелкового пути (этот аспект также обсуждается в главе 5). Расширение сотрудничества в экономической сфере также обеспечит долгосрочную стабилизацию и рост регионального сотрудничества. Инициирование диалога по вопросам, находящимся на стыке здравоохранения, внешней политики, инвестиций и торговли в Центральной Азии, будет содействовать усилению дипломатии в области здравоохранения. Эта инициатива расширит участие Туркменистана в решении вопросов глобального здравоохранения.

Политика здравоохранения

Конституция Туркменистана гарантирует для граждан фундаментальное право на охрану здоровья, которое лежит в основе национальной политики здравоохранения. Недавние реформы системы здравоохранения привели к заметным успехам в профилактике заболеваний и содействии здоровому образу жизни. Основа успеха была заложена в 1995 г., когда была начата реализация первой стратегии здравоохранения. Укрепление первичного звена медико-санитарной помощи путем развития семейной медицины стало одним из краеугольных камней системы здравоохранения. Двадцать лет спустя была разработана и одобрена правительством новая национальная стратегия здравоохранения на 2015–2025 гг. (1), которая основана на принципах основ европейской политики Здоровье-2020 (2). Основными приоритетами этой стратегии являются профилактика заболеваний и укрепление систем здравоохранения в целях достижения долгой жизни и наивысшего уровня здоровья в любом возрасте. Новая национальная стратегия здравоохранения Туркменистана отражает как сегодняшние задачи здравоохранения, так и положения и принципы политики Здоровье-2020. В ходе ее разработки проводились широкие консультации внутри страны при систематической поддержке со стороны Европейского регионального бюро ВОЗ. Основное внимание в этой стратегии уделяется борьбе со всеми угрозами здоровью во всех секторах и развитию системы ответных мер на принципах общегосударственного подхода и участия всего общества, улучшению многосекторального и межведомственного сотрудничества, обеспечению согласованности действий различных министерств и ведомств, улучшению системы управления здравоохранением и общих показателей функционирования сектора здравоохранения.

Для разработки национального плана действий в 2014 г. был создан национальный межведомственный комитет высокого уровня, в который вошли представители 44 министерств и ведомств. Это способствовало широкому участию всех секторов в выработке мер в отношении ключевых детерминант здоровья.

Межсекторальное стратегическое руководство было признано необходимым условием укрепления здоровья населения посредством внешней политики и сотрудничества в целях развития (3). Было налажено хорошее сотрудничество с секторами образования, социальной поддержки, спорта и окружающей среды, а также с национальными НПО и гражданским обществом. Механизмы межсекторального сотрудничества в области здравоохранения на национальном уровне принимают форму координационных комитетов, ответственных за проведение программ в различных областях здравоохранения, таких, например, как иммунизация или борьба с НИЗ, ВИЧ/СПИДом и туберкулезом. В рамках конкретных программ или для выпол-

нения конкретной задачи создаются другие структурные механизмы, обеспечивающие межсекторальное сотрудничество, такие как межведомственные комитеты, комитеты экспертов, научные учреждения, состоящие из представителей различных секторов государственного управления и НПО, и т.д. По вопросам здравоохранения регулярно проводятся официальные консультации и межсекторальные конференции.

Внешняя политика

Внешняя политика Туркменистана является логическим продолжением внутренней политики. Концепция внешней политики Туркменистана на 2017–2023 гг. (4) особенно подчеркивает важность стабильности в центральноазиатском регионе и охватывает следующие пять основных направлений международного сотрудничества:

- защита и укрепление всеобщего мира и безопасности;
- более активные усилия по обеспечению энергетической безопасности и выполнение положений резолюций Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций о надежном и стабильном транзите энергоносителей;
- сотрудничество в транспортном секторе с целью создания транспортных коридоров для превращения Центральной Азии в континентальный транспортно-транзитный узел;
- деятельность в сфере, относящейся к гуманитарным вопросам и правам человека;
- экология и охрана окружающей среды с акцентом на дипломатической роли Туркменистана в вопросах, относящихся к экологии и управлению водными ресурсами.

Внешняя политика Туркменистана основана на принципах позитивного нейтралитета и открытых дверей, концепции целостности и неделимости глобальной безопасности и стратегического партнерства с Организацией Объединенных Наций и другими международными и региональными организациями, такими как Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе, Движение неприсоединения, СНГ, ОИС и ОЭС.

Основные принципы позитивного нейтралитета – это завоевание международного признания независимости страны, взаимное невмешательство во внутренние дела государств и соблюдение нейтралитета во внешних конфликтах. Резолюция A/RES/50/80 (5) Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций признает и поддерживает постоянный нейтралитет Туркменистана – это первое такое признание, официально выраженное Организацией Объединенных Наций. 3 июня 2015 г. 193 государства-члена Организации Объединенных Наций единодушно подтвердили постоянный нейтралитет Туркменистана (6). Эти две резолюции отражают признание международным сообществом пользы нейтралитета для мира, стабильности и сотрудничества в Центральной Азии.

Концепция целостности и неделимости глобальной безопасности признает, что ни одна страна не может обеспечить себе безопасность в условиях отсутствия безопасности в регионе, на континенте и во всем мире. Аналогичным образом, политическая и военная безопасность не будет долгосрочной и полноценной без экономической, энергетической и продовольственной безопасности, поддержания готовности к экологическим и антропогенным рискам и принятия ответных мер или без противодействия международному терроризму, организованной преступности, распространению оружия массового уничтожения и другим глобальным проблемам (7). С этой точки зрения одним из важнейших компонентов глобальной безопасности является энергетическая безопасность (7).

Основываясь на опыте политического и дипломатического миротворчества под эгидой Организации Объединенных Наций, Туркменистан предложил свою территорию и свои добрые услуги для ведения переговоров между противоборствующими сторонами. После открытия в 2007 г. Регионального центра Организации Объединенных Наций по превентивной дипломатии в Центральной Азии (РЦПД ООН) со штаб-квартирой в Ашхабаде Туркменистан расширил возможности для разработки и реализации структурных моделей взаимодействия между странами на основе общепризнанных норм международного права (8). Миссия Центра заключается в реализации концепции превентивной дипломатии посредством расширенного диалога,

осуществлении мер по укреплению доверия и развития подлинного партнерства в решении существующих и возникающих вызовов и проблем в Центральной Азии. Его работа дополняет деятельность в рамках Стамбульского процесса, направленную на укрепление безопасности путем содействия сотрудничеству между странами в регионе так называемого «Сердца Азии», включающего Афганистан.

Правительство Туркменистана приняло политику открытых дверей для развития и поддержания дружественных двусторонних отношений, особенно с соседними странами в Центральной Азии и в бассейне Каспийского моря. Туркменистан расширяет сотрудничество с четырьмя другими странами, граничащими с Каспийским морем, для решения вопросов, связанных с его правовым статусом, с защитой и рациональным использованием его водных и биологических ресурсов, а также с предотвращением и ликвидацией чрезвычайных ситуаций в этом районе. Туркменистан также поощряет иностранные инвестиции и экспортную торговлю, особенно через развитие транспортных коммуникаций в направлении из Центральной Азии на юг с доступом к морским терминалам на Индийском океане (9) и поддерживает проекты в области транспорта, торговли, инфраструктуры, связи и энергетики в Туркменистане, в регионе и за его пределами.

Особенно большое значение для Туркменистана имеют хорошие отношения с Афганистаном. Позиция Туркменистана основана на твердой убежденности в том, что ситуация в Афганистане может быть урегулирована только мирными политическими средствами и на основе широкого всестороннего национального диалога путем продвижения мер по укреплению доверия, ориентированных на развитие инфраструктурных проектов и торговли (8). Важнейшие составляющие поддержки афганского народа – это оказание гуманитарной помощи и помощи в подготовке квалифицированных национальных кадров для работы в различных секторах экономики и социальной сферы, включая здравоохранение.

Опыт Туркменистана в решении глобальных вопросов здравоохранения и в дипломатии в области здравоохранения

Позиция Туркменистана в отношении дипломатии в области глобального здравоохранения отражает стоящие перед ним проблемы, его понимание глобальных вызовов в области здравоохранения, а также его готовность и способность решать их. Туркменистан играет очень активную роль в тех пунктах глобальной повестки дня в области здравоохранения, в которых, как принято считать, пересекаются проблемы внешней политики и глобального здравоохранения (10) – постконфликтные или чрезвычайные ситуации и решение проблем безопасности здравоохранения. В качестве примеров такой деятельности можно назвать оказание гуманитарной и медицинской помощи после землетрясений на Гаити и в Непале, помощь правительству Сьерра-Леоне во время эпидемии, вызванной вирусом Эбола, и помощь Афганистану в восстановлении его экономики, строительстве медицинских учреждений и закупке медицинского оборудования. Граждане Афганистана могут бесплатно получать медицинскую помощь на границе с Туркменистаном.

Кроме того, Туркменистан проводит курс на достижение цели национальной безопасности в области здравоохранения и полного внедрения ММСП на основе использования существующих структур в стране, что требует межсекторального взаимодействия (11). Туркменистан был первой страной в Европейском регионе ВОЗ, которая добровольно предложила провести оценку базовых возможностей для глобальной безопасности здравоохранения. В июне 2016 г. группа международных экспертов и представителей министерств (в том числе здравоохранения и иностранных дел) и заинтересованных сторон, ответственных за эпиднадзор и за реагирование на угрозы для здоровья населения, в сотрудничестве с другими секторами (такими как охрана здоровья животных, туризм и транспорт) совместно оценила имеющиеся у Туркменистана возможности выявлять и реагировать на события, представляющие опасность для здоровья населения, используя набор критериев для количественной оценки оперативных возможностей и показателей функционирования.

Недавно Туркменистан расширил свое участие в глобальном здравоохранении, помогая решать проблемы здоровья населения в рамках руководящих органов ВОЗ и региональных и международных инициатив в области здравоохранения, а также путем укрепления трансграничного и технического сотрудничества в сфере здравоохранения с соседними странами в Центральной Азии.

Опыт участия Туркменистана в трансграничном сотрудничестве был одним из основных факторов успешного процесса, в результате которого в 2010 г. Туркменистан был официально сертифицирован ВОЗ как страна, свободная от малярии (11). Этот успех был основан на стратегическом подходе страны, который включал стратегию трансграничного сотрудничества, целенаправленную деятельность, проводимую совместно с представителями соседних стран (Афганистан, Исламская Республика Иран и Узбекистан), участие в трансграничных встречах по малярии и обмен информацией и опытом со странами и партнерами.

Для обеспечения того, чтобы Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. (12) охватывала вопросы здравоохранения, Туркменистан провел два раунда национальных консультаций, посвященных главным акцентам в повестке дня на период после 2015 г. и механизмам разработки и реализации такой глобальной системы будущего развития, в которой вопросы охраны здоровья населения являются одним из приоритетных направлений деятельности. Туркменистан активно приступил к процессу «национализации» ЦУР путем разработки структурированного подхода из трех этапов. Первый этап включал 17 дней консультаций (по одной ЦУР в день) в марте 2016 г., в ходе которых представители соответствующих министерств и учреждений Организации Объединенных Наций провели углубленные дискуссии по задачам и показателям ЦУР и были определены те из них, которые рекомендовалось принять (13). В сентябре 2016 г. правительство Туркменистана официально утвердило 17 ЦУР, 148 задач ЦУР и 198 показателей ЦУР, которые должны быть реализованы в течение следующих 15 лет (14).

Для поддержки достижения ЦУР Туркменистан провел первую глобальную конференцию по устойчивым транспортным системам – это была инициатива Генерального секретаря Организации Объединенных Наций (15, 16). Развитие международных транспортных коридоров в качестве основы для регионального и межрегионального сотрудничества является одним из приоритетов внешней политики Туркменистана (см. выше). На этой конференции были рассмотрены все виды транспорта – автомобильный, железнодорожный, воздушный и водный, а также транспорт в городских и сельских районах, общественный транспорт, связь между энергетикой и транспортом, оказание помощи странам в особых ситуациях, безопасность дорожно-транспортного движения и финансирование развития устойчивого транспорта (16).

Туркменистан тесно сотрудничает с ВОЗ и другими учреждениями системы Организации Объединенных Наций в решении сложных глобальных проблем здравоохранения, особенно в продвижении глобальной повестки дня в области борьбы с НИЗ. В 2013 г. в стране была проведена европейская министерская конференция ВОЗ, на которой была принята Ашхабадская декларация по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020 (17). В 2014 г. Туркменистан принял национальную стратегию для реализации целей Ашхабадской декларации в 2014–2020 гг. и соответствующий план действий. Для эффективной работы в этом направлении на национальном уровне необходимо согласованное участие многих заинтересованных сторон в сфере здравоохранения, включая различные государственные органы и широкий круг других действующих субъектов. Опираясь на этот прогресс и готовясь к третьему совещанию высокого уровня по НИЗ в 2018 г., страна использует эту возможность для разработки консолидированной модели межсекторального и многостороннего сотрудничества, которая могла бы служить примером для всех других стран.

Для поддержки реализации Ашхабадской декларации (17) Туркменистан и Региональное бюро разработали проект на период с апреля 2015 г. по март 2018 г., который основывается на приверженности Туркменистана борьбе против табака и его лидирующей роли в этом процессе. Цель состоит в том, чтобы продолжить и усилить принятые в стране стратегии борьбы против табака и возглавить работу по ускорению прогресса в Европейском регионе ВОЗ (18).

Одним из важных элементов практического подхода Туркменистана к выполнению своих обязательств в области глобального здравоохранения является усиление здравоохранительного аспекта в образовании дипломатов. Министерство здравоохранения и медицинской промышленности организовало в стране обучающие мероприятия, посвященные дипломатии в области здравоохранения для повышения осведомленности дипломатов о проблемах глобального здравоохранения и укрепления здоровья населения как одной из главных составляющих внешней политики. Первое такое мероприятие состоялось в июне 2014 г. во время первого визита в Туркменистан Генерального директора ВОЗ Маргарет Чен. Она встретилась со студентами Института международных отношений министерства иностранных дел и Туркменского государственного медицинского университета и прочитала лекцию о глобальном здравоохранении и дипломатии в области здравоохранения.

В конце ноября 2014 г. министерство здравоохранения и медицинской промышленности провело в Ашхабаде пятидневный учебный курс по дипломатии в области здравоохранения для руководящих работников, организованный программой по глобальному здравоохранению Института международных исследований и развития в сотрудничестве с Региональным бюро. Участники – 38 государственных служащих из Армении, Беларуси, Грузии, Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана, Туркменистана и Узбекистана – использовали принципы дипломатии в области здравоохранения при обсуждении таких важных вопросов, как последствия глобализации, переговоры по ЦУР, роль международных организаций и структур в новых независимых государствах, значение европейских приоритетов ВОЗ для региона, сотрудничество в деле борьбы с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) и НИЗ.

Проведение неформальных диалогов с участием представителей секторов здравоохранения, иностранных дел и развития имеет приоритетное значение для перехода к всеобъемлющим, эффективным и устойчивым формам стратегической согласованности в действиях этих различных секторов (1). В июле 2015 г. в 20-ю годовщину Национальной программы здравоохранения министерство здравоохранения и медицинской промышленности провело в Ашхабаде международный форум «Концепция здорового будущего: развивая наши успехи», который был организован под эгидой Президента Туркменистана Гурбангулы Бердымухамедова. Делегации высокого уровня со всех уголков мира приняли участие в обсуждении прогресса в здравоохранении и путей решения проблем общественного здоровья, вызывающих первоочередную озабоченность. Под общим лозунгом выработки эффективных подходов к улучшению здоровья всех слоев населения была организована специальная сессия, посвященная внешней политике и здравоохранению. Участники обсудили различные подходы и механизмы, которые позволяют государственным органам решать глобальные проблемы здравоохранения и добиваться лучших результатов в переговорах с международными организациями в секторе здравоохранения и в других секторах. В итоговом документе была отмечена необходимость использования механизмов внешней политики для укрепления здоровья населения, улучшения понимания глобальных проблем и достижения лучших результатов в области здравоохранения на международных переговорах.

Новая инициатива в дипломатии в области здравоохранения: здравоохранение и Новый шелковый путь

Туркменистан планирует стать региональным транзитным узлом для Центральной Азии в результате реализации крупных проектов в транспортном секторе, включая строительство железнодорожных линий, проходящих через Исламскую Республику Иран, Туркменистан и Казахстан, а также Туркменистан, Афганистан и Таджикистан. Эти железнодорожные линии, наряду с расположением Туркменистана на восточном берегу Каспийского моря, сделают страну воротами для импорта и экспорта товаров в Центральной Азии. Для реализации запланированных проектов строительства железнодорожных линий крайне важным является участие Туркменистана в международной программе развития транспорта «Транспортный коридор Европа-Кавказ-Азия

(ТРАСЕКА)». Эта программа охватывает ЕС и 14 стран Восточной Европы, Южного Кавказа и Центральной Азии. Включение программы ТРАСЕКА в транспортную систему страны значительно сократит время доставки грузов по сравнению с традиционным маршрутом их транспортировки из портов восточной и юго-восточной Азии в европейские порты, что упрочит положение Туркменистана как важного регионального и континентального транзитного и транспортного узла. Одним из обсуждаемых проектов является строительство центральноазиатской мультимодальной автомагистрали с доступом в Турцию через транспортный коридор на Южном Кавказе.

Кроме того, энергетическая и транспортная политика Туркменистана способствует продвижению выдвинутой Китаем концепции Экономического пояса Шелкового пути (19). Президент Китая Си Цзиньпин предложил совместно построить Новый шелковый путь в ходе своих визитов в Центральную и Юго-Восточную Азию в сентябре и октябре 2013 г. Концепция предполагает пять направлений совместных действий – политическая координация, транспортные отношения, торговля, финансы и культурные отношения – на основе совместных консультаций, осуществления проектов и получения преимуществ (20). Ускорение строительства Шелкового пути и Экономического пояса может способствовать экономическому процветанию стран, находящихся вдоль этого пути, и экономическому сотрудничеству в регионе, усилению обменов и взаимному обогащению знаниями между разными цивилизациями и укреплению мира и развития во всем мире. Эта концепция также предусматривает укрепление сотрудничества между соседними странами в целях обмена эпидемиологической информацией, технологиями профилактики и лечения и использование программ подготовки медицинских работников для улучшения возможностей совместного преодоления чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения. Страны Центральной Азии, включая Туркменистан, поддержали эту концепцию, поскольку она хорошо вписывается в планы строительства новых железнодорожных линий (21).

Подходы, предлагаемые для реализации концепции «Один пояс, один путь», включают обмен и сотрудничество между политическими партиями, парламентами и НПО, содействие дружеским обменам между законодательными органами, основными политическими партиями и политическими организациями стран, расположенных вдоль Шелкового пути и Пояса, обмена и сотрудничество между городами, совместную исследовательскую работу и проведение вызывающих общественный интерес мероприятий, касающихся образования, здравоохранения, сокращения бедности, биоразнообразия и охраны окружающей среды (20). Спортивные обмены и поддержка заявок от стран, расположенных вдоль Шелкового пути и Пояса, на проведение крупных международных спортивных мероприятий – это один из приоритетов деятельности по стимулированию общественной поддержки реализации этой инициативы. Туркменистан расширяет и продвигает практическое сотрудничество в этой области, как, например, он это делал во время организации пятых Азиатских игр в закрытых помещениях и по боевым искусствам (Ашхабад, сентябрь 2017 г.). Риски для здоровья населения, связанные с проведением массовых мероприятий, требуют значительных инвестиций в обеспечение эпидемиологической готовности и возможности принятия ответных мер в принимающих странах и местных сообществах. Однако такие мероприятия могут оставлять после себя хорошее наследие для общественного здравоохранения в виде улучшений в системе охраны общественного здоровья, в услугах медико-санитарной помощи и в состоянии окружающей среды. В ходе планирования и подготовки к Играм Туркменистан активно сотрудничал со странами, расположенными вдоль Шелкового пути и Пояса, чтобы изучить их опыт организации крупных спортивных мероприятий.

Укрепление здоровья как эффективный инструмент дипломатии, используемый для сплочения и взаимодействия стран вдоль Шелкового пути, стало очень важным направлением дипломатии Туркменистана в области здравоохранения. Идея расширения инициатив проекта Нового шелкового пути от экономических и политических аспектов до здравоохранения была выдвинута на Международном форуме по вопросам здравоохранения в 2015 г. В ходе диалога можно было бы изучить полезность охраны здоровья как инструмента дипломатии для сплочения и стимулирования участия стран вдоль этого пути в новом историческом периоде глобализации, чтобы показать, что намеченной динамике экономического роста во всем регионе за счет роста трансграничной торговли и модернизации инфраструктуры вдоль Нового шелкового пути долж-

ны соответствовать инвестициям в медицинские учреждения и упрочение связей между ними. Трансграничное сотрудничество в области здравоохранения и согласованность политики здравоохранения в странах, расположенных вдоль Нового шелкового пути, значительно увеличит экономические и социальные выгоды от финансовых и инфраструктурных инвестиций и повысит уровень здоровья и благополучия населения. Возможности для дальнейшего сотрудничества могут включать обмен информацией и знаниями в области здравоохранения, включая программы и стратегии обучения медицинских работников, обеспечение трансграничной безопасности в области здравоохранения посредством реализации ММСП и подготовки к массовым мероприятиям, а также трансграничную торговлю медицинскими изделиями и медицинскими услугами.

Заключение

Будучи одной из ключевых стран на Шелковом пути, Туркменистан имеет все необходимое для инициирования обсуждения возможностей для улучшения здоровья населения во всех странах, расположенных на этом пути. В повестке дня правительства вопросы охраны здоровья населения занимают приоритетное место, и страна прилагает активные усилия для реализации глобальной повестки дня в области здравоохранения. Туркменистан придерживается принципов равенства, справедливости в международных делах и широкого сотрудничества во имя прогресса и развития. Позитивный нейтралитет Туркменистана сыграл важную роль в обеспечении его активной роли в регионе в целях содействия стабильности, развитию добрососедских отношений и регионального сотрудничества, особенно в сфере энергетики и транспорта. Туркменистан также привержен укреплению сотрудничества и поддержке устойчивого развития, особенно в Центральной Азии.

Туркменистан имеет большой опыт проведения международных конференций и форумов и инициирования международных диалогов, что создает основу для конструктивного взаимодействия. Все эти факторы указывают на то, что инициатива Нового шелкового пути, призванная начать диалог о здравоохранении как эффективном инструменте дипломатии для объединения и вовлечения стран в этот процесс, станет реальностью в ближайшем будущем.

Библиография *

1. Государственная программа Президента Туркменистана «Здоровье» на 2015–2025 годы и национальный план действий по реализации государственной программы Президента Туркменистана «Здоровье» на 2015–2017 гг. Ашхабад: Министерство здравоохранения и медицинской промышленности, 2015.
2. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Источник: Вопросы и темы здравоохранения [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>).
3. Strengthening health in foreign policy and development cooperation. Meeting report, Berlin, Germany, 28–29 April 2015. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2015/strengthening-health-in-foreign-policy-and-development-cooperation>).
4. Концепция внешнеполитического курса Туркменистана на 2017–2023 гг. Ашхабад: Министерство иностранных дел; 2017.
5. Резолюция A/RES/50/80 Генеральной Ассамблеи ООН. Permanent neutrality of Turkmenistan. Нью-Йорк: United Nations; 1995 (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N96/761/25/PDF/N9676125.pdf?OpenElement>).
6. Резолюция A/RES/69/285 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций. Постоянный нейтралитет Туркменистана. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций, 2015. (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/285&referer=/english/&Lang=R)

* Все электронные ссылки в данной книге приведены по состоянию на 9 мая 2017 г., если не указано иное.

7. Комаков Т.Б. Туркменистан: стратегия мира и развития. Баку: Издательство Sarb-Qarb; 2014 (www.eastwest.az)
8. Выступление Президента Туркменистана Гурбангулы Бердымухамедова на Шестидесят четвертой сессии Генеральной Ассамблеи ООН. Ашхабад: Правительство Туркменистана; 2009 (<http://www.turkmenistan.ru/node/8396>).
9. Приоритетные позиции Туркменистана на Семидесятой сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций. Ашхабад: Правительство Туркменистана; 2015 (<http://www.tm.undp.org/content/turkmenistan/en/home/presscenter/articles/2015/09/15/priority-positions-of-turkmenistan-at-the-70th-session-of-the-un-general-assembly.html>).
10. Health 2020: foreign policy and health. Synergy between sectors: ensuring global health policy coherence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/285027/foreignaffairs_E.pdf).
11. Achieving elimination in Turkmenistan. Geneva: World Health Organization; 2012 (Eliminating malaria case-study 1; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75848/1/9789241504300_eng.pdf).
12. Повестка дня в области устойчивого развития. Страница сайта Цели устойчивого развития [веб-сайт]. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2017 (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/about/development-agenda/>).
13. The Sustainable Development Goals are coming to life – stories of country implementation and United Nations support. New York (NY): United Nations Development Group; 2016 (<https://undg.org/wp-content/uploads/2016/07/SDGs-are-Coming-to-Life-UNDG.pdf>).
14. The Government of Turkmenistan approves Sustainable Development Goals (SDGs) to be implemented over the next 15 years. Ashgabat: United Nations Country Team in Turkmenistan; 2016 (<http://tm.one.un.org/content/unct/turkmenistan/en/home/presscenter/The-GoT-Approves-Sustainable-Development-Goals.html>).
15. Резолюция A/RES/70/197 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций. На пути к обеспечению всестороннего взаимодействия между всеми видами транспорта в целях содействия созданию устойчивых мультимодальных транзитных коридоров. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций, 2016 (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/197%20&referer=/english/&Lang=R).
16. Global Sustainable Transport Conference 2016, Ashgabat, 26–27 November 2016. In: Sustainable development knowledge platform [website]. New York (NY): United Nations; 2017 (<https://sustainabledevelopment.un.org/Global-Sustainable-Transport-Conference-2016>).
17. Ашхабадская декларация по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/ncd-background-information/ashgabat-declaration-on-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-the-context-of-health-2020>).
18. Making tobacco a thing of the past: taking action. Annual progress report: April 2015–March 2016. Implementation of the Ashgabat Declaration: towards a tobacco-free European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.
19. Syhai V. Роль энергетической стратегии Туркменистана в продвижении китайской концепции «Экономического коридора шелкового пути». Внешняя политика и дипломатия Туркменистана, 2016;1:14–8.
20. Vision and actions on jointly building Silk Road Economic Belt and 21st-century Maritime Silk Road. Beijing: National Development and Reform Commission, Ministry of Foreign Affairs and Ministry of Commerce of the People's Republic of China; 2015 (http://en.ndrc.gov.cn/newsrelease/201503/t20150330_669367.html).
21. Syao T. Revitalize spirit of Great Silk Road and create excellent future of Chinese–Turkmen relations by joint efforts. Turkmenistan Foreign Policy and Diplomacy. 2015;2:91–6.

7. **Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы: межправительственное сотрудничество в области здравоохранения, способствующее укреплению мира, экономическому развитию и процветанию общества**

Alain Nellen

Введение⁶

Межстрановое сотрудничество в области общественного здравоохранения может служить полезным механизмом для выявления и решения проблем здравоохранения, общих для всех стран и регионов. ВОЗ утверждает: «Оно предполагает создание, адаптацию, передачу и совместное использование знаний и опыта в целях улучшения здоровья населения, причем при максимально эффективном использовании имеющихся ресурсов и возможностей» (1).

Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы (SEEHN), которая представляет собой межправительственную инициативу по сотрудничеству в области здравоохранения в одном из субрегионов Европейского региона ВОЗ, была создана в 2001 г. для того, чтобы укрепить национальные системы здравоохранения и стабильность в субрегионе и содействовать процессу интеграции стран в ЕС. В этой главе утверждается, что различные виды деятельности в рамках SEEHN служили эффективным механизмом постконфликтного восстановления. Являясь платформой для укрепления доверия, SEEHN позволила странам Юго-Восточной Европы сесть за один стол, чтобы объединить ресурсы и утвердить общее видение целей путем реализации совместных региональных проектов, направленных на решение общих проблем и задач здравоохранения. SEEHN способствовала долгосрочному партнерству между странами-членами и многочисленными другими странами, международными

⁶ Эта глава является модифицированной версией моей магистерской диссертации. Я хотел бы выразить искреннюю благодарность д-ру Maria Ruseva (исполняющей обязанности руководителя секретариата Сети здравоохранения Юго-Восточной Европы и кооптированному члену Исполнительного комитета) и г-же Neda Milevska Kostova (исполнительному директору, Центр исследований региональной политики и сотрудничества Studiorum, бывшая югославская Республика Македония), которые предоставили мне разъяснения и литературу, в которых я крайне нуждался в процессе подготовки диссертации. Я также хочу поблагодарить всех партнеров, которые принимали участие в интервью, за их время и их ценный вклад. Наконец, я выражаю глубочайшую благодарность профессору Ilona Kickbusch и профессору Mihály Kókény (редакторам этой публикации), которые пригласили меня провести это исследование и наставляли меня во время подготовки моей диссертации.

организациями и НПО, которые оказывали SEEHN техническую и финансовую поддержку. С течением времени SEEHN перенесла акценты в своей методике на укрепление здоровья населения как неотъемлемой части экономического развития на основе общегосударственного подхода и участия всего общества. Несмотря на то, что SEEHN обладает огромным потенциалом как устойчивая инициатива, целиком принадлежащая субрегиону, перед этой сетью стоят прежние и новые внутренние и внешние проблемы, которые ставят ее перед угрозой застоя в работе и подрывают ее устойчивость. В частности, SEEHN прилагает более активные усилия для обеспечения постоянной политической приверженности и участия стран в многочисленных партнерствах.

Основная цель SEEHN заключается в укреплении национальных секторов здравоохранения в Юго-Восточной Европе. Кроме того, ее деятельность направлена на содействие межстрановому сотрудничеству в субрегионе, на укрепление институциональных механизмов стран-членов и на подготовку субрегиона к интеграции в ЕС (2). Поэтому данная глава состоит из двух частей. Во-первых, в ней анализируются наиболее заметные сильные стороны и достижения SEEHN, излагается эволюция методологических подходов SEEHN, используемых для достижения своих целей в постоянно меняющемся политическом, социальном и экономическом ландшафте, и рассматривается роль регионального сотрудничества и внешних партнеров в процессе обеспечения регионального примирения, мира и стабильности в Юго-Восточной Европе. Во-вторых, в этой главе рассматриваются прошлые и предстоящие проблемы, с которыми сталкивается SEEHN как региональная сеть, и приводятся уроки и выводы из опыта, рекомендации и пути дальнейшего развития сотрудничества для лиц, формирующих политику глобального здравоохранения.

Сильные стороны и достижения SEEHN

Методология SEEHN: процесс пересмотра, обновления и ратификации

Институциональная структура SEEHN сложилась на основе неординарного партнерства между странами-учредителями, которое было создано под эгидой и благодаря стратегическому руководству Совета Европы, Банка развития Совета Европы и Европейского регионального бюро ВОЗ (табл. 7.1) (3, 4). Можно, однако, утверждать, что создание SEEHN само по себе было достижением. Конфликты в бывшей Югославии не только разрушили системы здравоохранения в регионе, но и открыли эпоху политической нестабильности, напряженности и недоверия между странами.

Тем не менее, SEEHN удалось облегчить межправительственное сотрудничество политическими средствами, обеспечивая лидерство в подготовке основных политических документов и в разработке политики. Высшим политическим органом SEEHN является форум министров здравоохранения стран Юго-Восточной Европы. Такие форумы были проведены в Дубровнике, Хорватия, в 2001 г., Скопье, бывшая югославская Республика Македония, в 2005 г., Баня-Лука, Босния и Герцеговина, в 2011 г. и в Кишиневе, Республика Молдова, в 2016 г. На своем форуме страны-члены SEEHN рассматривают, обновляют и ратифицируют свой мандат субрегионального сотрудничества в области здравоохранения в виде обязательств, принимаемых в присутствии внешних партнеров (6–8).

Как показано на рис. 7.1, в SEEHN подчеркивается, что сектор здравоохранения выполняет функцию механизма постконфликтного восстановления (6–10). С течением времени SEEHN перенесла акценты в своей методике на укрепление здоровья населения как неотъемлемой части экономического развития на основе общегосударственного подхода и участия всего общества и на достижение ЦУР для улучшения здоровья населения и повышения справедливости и подотчетности в вопросах здравоохранения (11). SEEHN удалось включить здравоохранение в региональную повестку дня в области экономического развития, включив в новую стратегию развития в Юго-Восточной Европе на период до 2020 г., принятую министрами экономики стран региона в ноябре 2013 г. (10), компонент здравоохранения с различными направлениями деятельности. Это был первый в истории региона случай, когда здо-

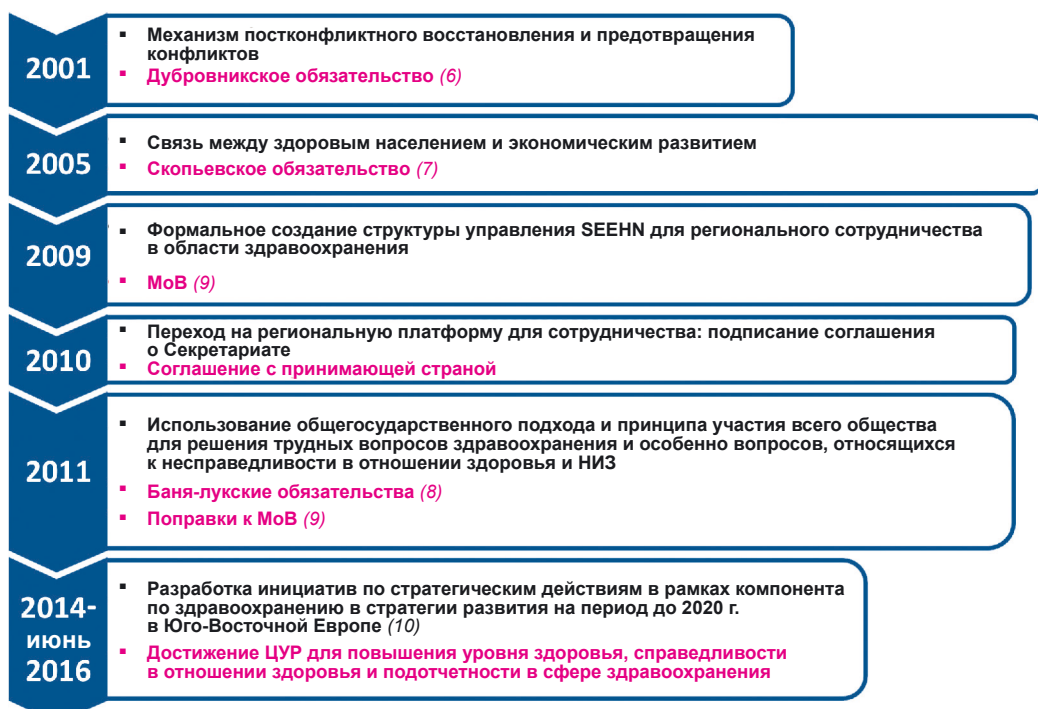
Таблица 7.1. Страны-члены SEEHN

Страна-член	Год присоединения
Албания	2001
Болгария	2001
Босния и Герцеговина	2001
Бывшая югославская Республика Македония	2001
Израиль	2011
Республика Молдова	2002
Румыния	2001
Сербия ^а	2006 ^а
Хорватия ^а	2001
Черногория ^б	2006

^а Хорватия вышла из SEEHN в 2016 г. (5).

^б Черногория присоединилась к Сети в качестве части Федеративной Республики Югославии.

Рисунок 7.1. Эволюция методологии SEEHN



ровье стало неотъемлемой частью стратегии экономического роста. Это событие отражает изменяющееся отношение к здравоохранению, а именно, переход от рассмотрения сектора здравоохранения как узкого и затратного сектора к осознанию того, что этот сектор вносит большой вклад в обеспечение трудовой занятости населения и может использоваться правительствами в качестве хорошей отправной точки для достижения такой высокой цели, как построение более справедливых, инклюзивных и сплоченных обществ (3). Creech et al. (12)

подчеркивают дополнительное преимущество сетевого принципа стратегического руководства: «Те, кто работают в партнерстве, могут успешнее обогащать содержание своих программ, расширять их, активизировать их работу на местах и продолжать поддерживать их».

Региональные проекты:

здравоохранение как мост к достижению мира (2002–2011 гг.)

С момента своего создания до 2011 г. SEEHN способствовала техническому сотрудничеству в разработке политики и передовой практики в рамках девяти проектов, направленных на решение проблем общественного здравоохранения, представляющих общий интерес (табл. 7.2). Страны-члены взяли на себя обязательство возглавить какой-либо один проект и для этого создать региональное проектное бюро технического сотрудничества по выбранным направлениям деятельности, что способствовало выработке у них чувства принадлежности, ответственности и лидерства. Это было крайне важным фактором в поощрении их совместной работы по инициативам других стран-членов в целях повышения благосостояния в странах и укрепления сотрудничества и доверия между правительствами.

Для того, чтобы содействовать региональному сотрудничеству, координировать его и осуществлять надзор, региональные проектные бюро собирали вместе представителей профессионального сообщества и/или экспертов из всех стран-членов и отдельных внешних

Таблица 7.2. Региональные проекты SEEHN, 2002–2011 гг.

Ведущая страна	Тема проекта	Период (годы)	Партнеры/доноры
Албания	Эпидемиологический надзор и борьба с инфекционными заболеваниями	2002–2008	Бельгия, Греция, Европейское региональное бюро ВОЗ, Нидерланды, Франция
Болгария	Информационные системы для медицинского обслуживания на местном уровне	2005–2008	Греция, Европейское региональное бюро ВОЗ, Женевская инициатива, Институт «Открытое общество», Швейцария
Босния и Герцеговина	Охрана психического здоровья	2002–2008	Бельгия, Венгрия, Греция, Европейское региональное бюро ВОЗ, Италия, Словения, Швейцария, Швеция
Бывшая югославская Республика Македония	Услуги общественного здравоохранения	2007–2011	Банк развития Совета Европы, Европейское региональное бюро ВОЗ, Израиль, Словения, Соединенное Королевство
Республика Молдова	Охрана здоровья матери и новорожденного	2007–2010	Европейское региональное бюро ВОЗ, Норвегия
Румыния	Безопасность крови	2004–2011	Европейское региональное бюро ВОЗ, Ирландия, СЕ, Словения, Швейцария
Сербия	Помощь детям с ограниченными возможностями по месту жительства	2009–2011	Бельгия, Европейское региональное бюро ВОЗ
Сербия	Безопасность пищевых продуктов и питание	2002–2008	Бельгия, Греция, Европейское региональное бюро ВОЗ, Италия, Словения, Швейцария
Хорватия	Борьба против табака	2005–2007	Европейское региональное бюро ВОЗ, Норвегия, Словения

партнеров для обмена знаниями, оценки состояния национальных систем здравоохранения и оказания помощи министерствам здравоохранения в формировании политики и проведении реформ. Один из наиболее успешных региональных проектов был осуществлен в области охраны психического здоровья под руководством Боснии и Герцеговины (13). Такое сотрудничество принесло региону ряд дополнительных выгод. Например, благодаря ему уменьшился риск того, что отдельная страна будет проводить контрпродуктивные реформы, так как «региональный подход является более действенным в повышении осведомленности общественности и борьбе со стигмой, поскольку этот процесс приобретает больший авторитет и более широкие масштабы» (13).

Кроме того, сотрудничество между региональным профессиональным сообществом и внешними партнерами, особенно в рамках первого поколения региональных проектов (2002–2005 гг.), отражает положения разработанной ВОЗ концепции здравоохранения как моста к достижению мира (14). При таком подходе вопросы охраны здоровья населения включаются в усилия по восстановлению мира во время или после конфликта и предоставляется поддержка сообществу медицинских работников в реализации инициатив по разработке многосекторальной и многоаспектной политики. Согласно этой концепции, «медицинский персонал из противоборствующих сторон прилагает совместные усилия для реализации инициатив в таких областях, как формирование политики, обучение кадров и предоставление услуг» (14). Как показано в табл. 7.3, этот аргумент может также применяться к региональным проектам SEEHN.

Региональные центры развития здравоохранения (с 2010 г. по настоящее время)

Многие из упомянутых выше проектов были проведены успешно и смогли удовлетворить ожидания SEEHN. Поэтому большинство региональных проектных бюро (со своими экспертами) были преобразованы в региональные центры развития здравоохранения (РЦРЗ). Другие были интегрированы в существующие национальные учреждения в соответствующих технических областях. На момент написания этой статьи SEEHN располагала девятью РЦРЗ, каждый из которых действует в определенной области общественного здравоохранения, вызывающей обеспокоенность во всем субрегионе (рис. 7.2). Эти центры расположены в следующих городах: Тирана (инфекционные заболевания), Сараево (психическое здоровье), София (УПП), Загреб (донорство органов и трансплантация), Кишинев (кадровые ресурсы здравоохранения), Подгорица (НИЗ), Орадя (безопасность крови), Белград (аккредитация и непрерывное улучшение качества медико-санитарной помощи) и Скопье (услуги общественного здравоохранения). РЦРЗ действуют как подсеть институциональных агентов в рамках SEEHN⁷. Каждый из этих центров имеет конкретных внешних партнеров и возглавляется одной страной-членом SEEHN. Деятельность РЦРЗ осуществляется в сотрудничестве с национальными партнерами (также называемыми национальными координаторами⁸) в других странах-членах.

Кроме того, РЦРЗ являются жизненно важными действующими субъектами в обеспечении технического субрегионального сотрудничества путем «поддержки работы по достижению планируемых стратегических целей на субрегиональном и европейском уровнях, повышения научной обоснованности работы SEEHN в сфере общественного здравоохранения и развития и укрепления институционального потенциала в странах Юго-Восточной Европы и даже в более широком масштабе» (17). Подобно проектам в 2002–2011 гг., региональное сотрудничество через РЦРЗ имеет значительную ценность для стран-членов SEEHN, по-

⁷ Меморандум о взаимопонимании 2009 года содержит подробное описание функций и ключевых ролей РЦРЗ и критериев их назначения (9).

⁸ Национальный координатор – это специалист, который обеспечивает поддержание связей с SEEHN и отвечает за координацию деятельности в конкретной стране и на межстрановом уровне (15). Национальные координаторы также могут быть связаны между собой и становиться агентами теоретического понятия промежуточного уровня модульности. Creechet et al. (16) утверждают, что это понятие «позволяет различным группам разрабатывать частично обособленные знания и субъективные восприятия решаемой проблемы, которые затем могут передаваться другим группам внутри сети», и, таким образом, укрепляет стратегическое руководство, способствуя полноценному решению проблем.

Таблица 7.3. Сравнение примеров реализации концепции ВОЗ «Здравоохранение как мост к достижению мира» и методов, используемых в региональных проектах SEEHN

Примеры реализации концепции ВОЗ (14)	Методы, используемые в проектах SEEHN
<p>Политика в области здравоохранения: реинтеграция демобилизованных солдат или групп меньшинств в национальную систему здравоохранения</p>	<p>Обеспечение справедливости в отношении здоровья: основная цель SEEHN, воплощенная во всех обязательствах сети и поэтому являющаяся фундаментальной для всех стратегий, касающихся проектов</p>
<p>Политика в области здравоохранения: разработка стратегических планов реформирования системы здравоохранения с участием всех партнеров в рамках постконфликтного восстановления страны.</p>	<p>SEEHN: под эгидой Пакта стабильности для инициативы Юго-Восточной Европы по социальной сплоченности, поэтому присутствовали важные для послевоенного восстановления действующие субъекты, особенно в вопросах здравоохранения (Европейское региональное бюро ВОЗ, СЕ и Банк развития Совета Европы)</p>
<p>Обучение: совместные рабочие группы по техническим вопросам</p>	<p>Сотрудничество национальных групп экспертов (при поддержке внешних партнеров) в рамках региональных проектов по разработке, укреплению или реформированию конкретных стратегий и законоположений в области общественного здравоохранения</p>
<p>Обучение: содействие регулярным контактам между медицинскими работниками всех сообществ посредством проведения многочисленных межрегиональных технических конференций, технических рабочих совещаний и семинаров с участием представителей разных сообществ</p>	<p>Учебные семинары/создание потенциала: один из основных элементов большинства проектов</p>
<p>Обучение: обмены, способствующие развитию международных связей между специалистами различных профилей</p>	<p>Механизм сотрудничества в рамках региональных проектов: развитие доверия, обмен знаниями и выработка общего видения с прочными рабочими и образовательными связями с внешними партнерами, которые поддерживали этот процесс</p>

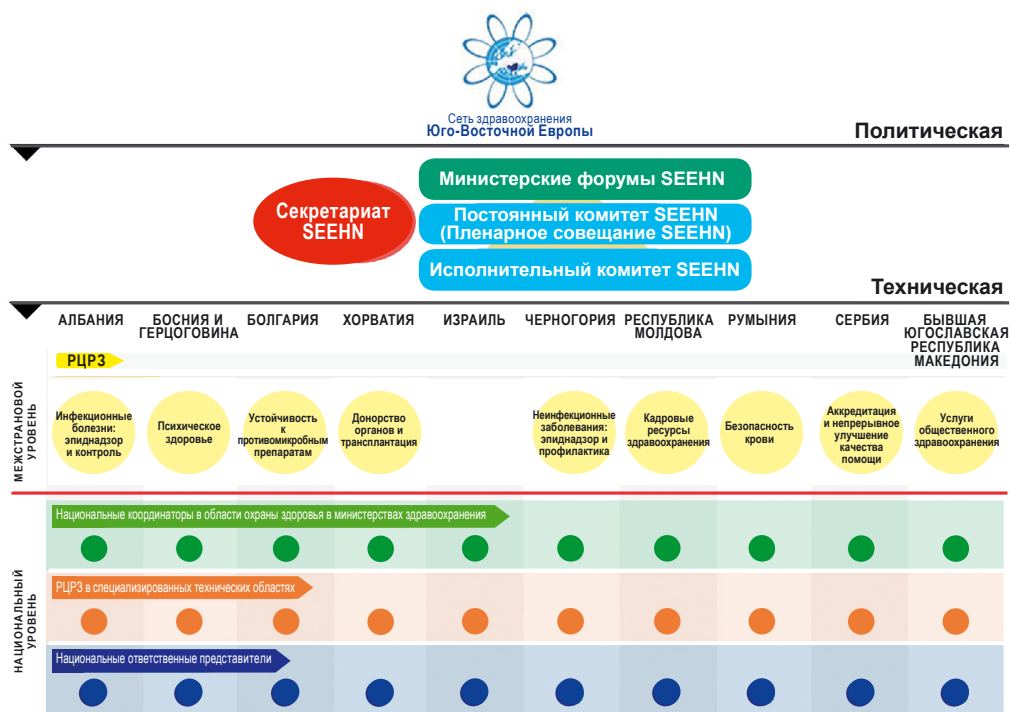
сколько каждая из них может извлечь выгоду из специальных научных знаний других, не нуждаясь при этом в создании или сохранении своих собственных центров во всех технических областях здравоохранения на таком же высоком научном уровне. Например, РЦРЗ по донорству органов и трансплантационной медицине в Хорватии тесно сотрудничал со странами-членами SEEHN в разработке, внедрении и постоянном обновлении национальных планов действий, которые служат независимыми и устойчивыми моделями для содействия донорству и трансплантации (дополнительную информацию см. Raley et al. (15)).

Однако часто из-за ограниченных управленческих и финансовых возможностей не все РЦРЗ одинаково развиты и активны в своей работе. В идеале министры здравоохранения стран SEEHN должны официально взять на себя обязательство финансировать РЦРЗ и пересматривать действующий управленческий механизм для обеспечения их устойчивого функционирования. Полноценное функционирование РЦРЗ жизненно важно для SEEHN, чтобы избежать снижения или стагнации ее оперативного потенциала.

Внешние партнеры

Необходимость участия стран-членов на высоком политическом уровне была признана с момента создания SEEHN. Поэтому SEEHN не только стала платформой для сотрудничества,

Рис. 7.2. Политическая и техническая структура управления SEEHN на сегодняшний день



Источник: SEEHN (18).

но также позволила странам-членам сотрудничать с различными международными организациями, другими странами Европы, НПО и специализированными учреждениями-партнерами (Табл. 7.4). У внешних партнеров был большой стимул для сотрудничества с SEEHN: для них это партнерство по совместной работе, которое открывает им двери в страны региона, в то время как сеть SEEHN может извлечь пользу из новых идей, представленных ее партнерами.

С момента создания SEEHN ее партнеры оказывают сильную политическую, техническую и/или финансовую поддержку и демонстрируют дух сотрудничества. Благодаря укреплению доверия партнеры вносят значительный вклад в деятельность SEEHN, принимая участие в долгосрочных программах сотрудничества. Партнеры поддерживали SEEHN в укреплении региональной политики в области здравоохранения и осуществлении проектов в области здравоохранения, а также помогли создавать и поддерживать РЦРЗ в соответствии со своими финансовыми возможностями и техническими знаниями. Для руководства многими проектами использовались согласованные на международном уровне принципы, цели и стандарты, что позволило расширить возможности для выработки политики, гармонизации проводимых мероприятий и информационно-разъяснительной деятельности. В этой связи Mauger & Murko (13) утверждают, что «благодаря этому подходу облегчается передача опыта и знаний о том, что и как нужно делать, и одновременно затрудняются возможности той или иной страны игнорировать консенсусное видение или откладывать проведение необходимых реформ».

Европейское региональное бюро ВОЗ с самого начала было ключевым партнером SEEHN, предоставлявшим политическую, управленческую, техническую и финансовую поддержку для создания ее структуры управления, выполнявшим функции Секретариата и оказывавшим

Таблица 7.4. Список внешних партнеров SEEHN, по году их присоединения к сети

Партнеры		Статус (дата присоединения)
Полное название	Тип	
Совет Европы	Региональная организация	Партнер-учредитель (2001 г.)
Банк развития Совета Европы	Региональный банк развития	Партнер-учредитель (2001 г.)
Европейское региональное бюро ВОЗ	Региональная организация, подразделение специализированного учреждения Организации Объединенных Наций	Партнер-учредитель (2001 г.)
Бельгия, Венгрия, Греция, Ирландия, Италия, Нидерланды, Норвегия, Словения, Соединенное Королевство, Франция, Швейцария, Швеция	Страны	Страны-партнеры в разные периоды, что объясняется различной продолжительностью проектов и инициатив, в которых они участвовали, в основном в 2002–2011 гг.
Международная организация по миграции	Международная организация	Партнер (2005 г.), подписавший Меморандум о взаимопонимании в 2013 г.
Партнерство Северного измерения в области общественного здоровья и социального благополучия	Партнерство для реализации рамочных стратегий и программ	Подписание меморандума о взаимопонимании (2007 г.)
Европейский форум здравоохранения в Гаштайне	Региональный форум	Подписание меморандума о взаимопонимании (2012 г.)
EuroHealthNet	Региональная сеть	Подписание меморандума о взаимопонимании (2012 г.)
Международная сеть больниц и медицинских служб, содействующих укреплению здоровья	Сеть	Подписание меморандума о взаимопонимании (2012 г.)
Проект NOPE	НПО	Подписание меморандума о взаимопонимании (2012 г.)
Совет регионального сотрудничества (преемник Пакта стабильности для Юго-Восточной Европы)	Региональная организация	Подписание меморандума о взаимопонимании (2013 г.)
Studiorum	НПО	Подписание меморандума о взаимопонимании (2013 г.)
Европейский центр Организации Объединенных Наций по вопросам мира и развития	Научно-исследовательское учреждение	Подписание меморандума о взаимопонимании (2014 г.)
Юго-Восточная Европейская сеть по здоровью работников	Региональная сеть	Подписание меморандума о взаимопонимании (2014 г.)
Европейская комиссия	Региональная организация	Наблюдатель

оперативную поддержку различным региональным проектам. В ходе своей эволюции SEEHN приняла несколько планов и рамочных основ деятельности, разработанных ВОЗ. Так, критически важными для нынешней и будущей деятельности SEEHN являются принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях, основы европейской политики Здоровье-2020, план действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с НИЗ и Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения (19–21). В обозримом будущем Региональное бюро, вероятно, будет оказывать техническую поддержку SEEHN в реализации политики Здоровье-2020 в Юго-Восточной Европе (10), мобилизации ресурсов с другими потенциальными партнерами и в укреплении потенциала РЦПЗ (22).

Проблемы в сохранении устойчивости SEEHN и пути их решения

Партнерства и сложные сценарии развития событий

В течение первого послеконфликтного десятилетия Юго-Восточная Европа привлекала внимание многих внешних партнеров, особенно стран, которые были готовы поддержать реализацию региональных проектов, направленных на охрану здоровья населения, так как охрана здоровья рассматривалась как мост к достижению мира. Однако с течением времени общая картина помощи, оказываемой странами-партнерами, изменилась, о чем свидетельствует меньшее количество ресурсов, доступных для SEEHN, и выбор в 2016 г. других приоритетов. В результате за последние годы количество стран-партнеров SEEHN сократилось до двух: Словения и Швейцария. Словения в основном предоставляет техническое руководство и делится своим опытом в процессе участия в мероприятиях SEEHN (д-р М. Ruseva, исполняющая обязанности главы Секретариата SEEHN и кооптированный член Исполнительного комитета SEEHN, личная переписка, 1 апреля 2015 г.). Через Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству Швейцария участвует в многочисленных партнерствах; ее вклад в SEEHN частично связан с общей стратегией сотрудничества Агентства в сфере развития в различных секторах и областях в Юго-Восточной Европе и с программой внешней политики Швейцарии в области здравоохранения (г-жа М. Zaric, сотрудник по программам здравоохранения в представительстве Агентства в Боснии и Герцеговине, личная переписка, 21 мая 2015 г.) (см. также главу 1).

SEEHN постепенно перешла на полностью региональное самоуправление: в 2008 г. Совет регионального сотрудничества взял на себя функции управления деятельностью SEEHN, в МоВ 2009 г. (9) были оговорены вопросы создания РЦПЗ и Секретариата SEEHN, а в 2010 г. было подписано соглашение с принимающей страной относительно Секретариата SEEHN. Тем не менее, до тех пор, пока страны-члены не будут иметь политические и финансовые ресурсы, необходимые для обеспечения устойчивого самостоятельного ведения дел в рамках SEEHN, эта сеть по-прежнему будет нуждаться в прочных связях с внешними партнерами. Таким образом, зависимость SEEHN от поддержки со стороны Регионального бюро и ограниченного числа внешних партнеров может создать угрозу застоя в ее способности вести оперативную работу. Например, в соответствии с основными документами с изложением политики SEEHN, центральное место в ее методологических подходах занимает преодоление несправедливости в отношении здоровья, и поэтому расширение знаний в этой области через партнеров на всех ступенях управления имеет жизненно важное значение для разработки всеобъемлющих стратегий здравоохранения. Участие местных действующих субъектов может быть обеспечено с помощью РЦПЗ. Кроме того, такой подход имеет решающее значение для поддержания в SEEHN всестороннего процесса формирования политики, так как он позволяет создать многоуровневую и многосекторальную платформу для совместной работы, которая может помочь реализовать цели, намеченные в планах действий в области здравоохранения в рамках стратегии Юго-Восточная Европа-2020 (10) и надежно обеспечить здоровье, благополучие и процветание в Юго-Восточной Европе в контексте достижения ЦУР.

Политическая приверженность и оперативность дипломатии в области здравоохранения

Политическая приверженность со стороны министров здравоохранения стран-членов имеет решающее значение для успеха работы SEEHN в будущем и для интеграции стран в ЕС⁹. Однако из-за частой смены министров и представителей министерств здравоохранения, столь характерной для многих стран-членов SEEHN, ориентиры политической приверженности могут смещаться. Участники 34-го пленарного заседания SEEHN, например, считали, что эта постоянная смена подрывает деятельность SEEHN, поскольку требует непрерывного процесса укрепления доверия и восстановления приверженности в странах, в которых важную роль играли независимые консультанты, такие как Региональное бюро и Совет регионального сотрудничества (SEEHN, неопубликованная информация, 2014 г.). Директор ЕРБ ВОЗ Жужанна Якаб начала собирать министров здравоохранения стран-членов SEEHN два раза в год на специальные совещания и во время международных мероприятий, таких как сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения и сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (д-р М. Ruseva, исполняющая обязанности главы Секретариата SEEHN и кооптированный член Исполнительного комитета SEEHN, личная переписка, 1 апреля 2015 г.).

Постоянно сохраняющаяся политическая приверженность имеет для будущего развития огромное значение. Поскольку страны в Юго-Восточной Европе относительно невелики и имеют ограниченные ресурсы, им, как правило, трудно влиять на формирование европейской и глобальной политики в области здравоохранения. Выявление общих проблем и целей дает этим странам возможность выступать единым фронтом в ходе международных переговоров по вопросам стратегического руководства здравоохранением. Эта практика имеет непосредственное отношение к глобальной дипломатии в области здравоохранения, которую Buss et al. (23) определили как цель объединения процессов «многоуровневых и многосторонних переговоров, которые формируют и регулируют глобальную политическую среду в области здравоохранения». Выступая с единых позиций, страны-члены SEEHN могут напрямую влиять на ландшафт европейской политики здравоохранения, как это было сделано ими в совместных заявлениях на 62-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ, которые в значительной степени способствовали разработке проектов резолюций по ряду вопросов (24, 25). Опыт участия в европейских переговорах по политике в области здравоохранения придает странам-членам SEEHN большой вес как влиятельным партнерам на переговорах на ежегодных сессиях Всемирной ассамблеи здравоохранения, когда они выступают на них единым фронтом.

Коммуникация и оперативность в межсекторальном сотрудничестве и деятельности Секретариата

Веб-сайт SEEHN все еще далек от завершения с точки зрения наличия достаточно обновленных и динамичных материалов о деятельности SEEHN, РЦРЗ и внешних партнеров SEEHN (см. библиографию). Однако благодаря усовершенствованным методам управления знаниями веб-сайт имеет все предпосылки для того, чтобы стать ценным инструментом электронной (цифровой) дипломатии в области здравоохранения. Через веб-сайт и участие в социальных сетях SEEHN может информировать о своей повседневной работе сектор здравоохранения и другие государственные сектора, международное сообщество, НПО, бизнес-сектор, академические круги и широкую общественность. Это особенно важно в пропаганде принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях. Использование новых коммуникационных технологий может сыграть важную роль, так как это поможет SEEHN привлечь общественное внимание, а также получить необходимую финансовую, техническую и политическую поддержку.

⁹ Болгария и Румыния вступили в ЕС в 2007 г. а Хорватия – в 2013 г. Албания, Черногория, Сербия и бывшая югославская Республика Македония являются странами-кандидатами, а Босния и Герцеговина является потенциальным кандидатом.

На момент написания этой главы деятельность SEEHN в основном ограничивалась сектором здравоохранения и ей не хватало участия других государственных секторов. Поскольку SEEHN является международной сетью, можно было бы порекомендовать ей установить и поддерживать взаимодействие с министерствами иностранных дел. Несмотря на то, что в 2012 г. и в 2014 г. SEEHN организовала для своих стран-членов два предназначенных для руководителей всеобъемлющих курса по вопросам дипломатии в области здравоохранения, среди участников курса было мало лиц, определяющих политику в других секторах, кроме здравоохранения. Это указывает на упущенную возможность пропагандировать дипломатию в области здравоохранения среди различных государственных секторов. Например, SEEHN координировала учебный курс 2014 г. с ВОЗ и Высшим институтом международных исследований и развития (Швейцария) при поддержке Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству. В состав преподавателей курса входили региональные и международные эксперты по вопросам стратегического руководства глобальным здравоохранением и дипломатии в области здравоохранения, а цели курса заключались в том, чтобы улучшить навыки участников в ведении межсекторальных переговоров путем изучения роли дипломатии в области здравоохранения и обсуждения новых инструментов и технологий для дипломатии (25).

В целом, неполная прозрачность прошлой и будущей деятельности SEEHN может быть результатом передачи функций Секретариата SEEHN из Регионального бюро странам-членам. Недостаточное количество сотрудников ограничивало управленческую, координационную и административную поддержку SEEHN со стороны Секретариата, однако эту проблему удалось решить, когда в первой половине 2016 г. были приняты на работу еще восемь штатных сотрудников. Для стабильного функционирования и достижения конечной цели SEEHN – стать самодостаточной – необходимо во главу угла ставить административную поддержку и поощрение и координацию мероприятий.

Заключение

Эволюцию SEEHN можно охарактеризовать как пример успеха в прошлом с неопределенным будущим. Перед SEEHN стоят непреодоленные старые и возникающие новые внутренние и внешние проблемы, несущие в себе риск застоя в ее деятельности, что подрывает ее устойчивость в долгосрочной перспективе. Хотя SEEHN имеет инновационную структуру стратегического руководства, обладающую большим потенциалом, этот потенциал не реализуется из-за того, что у РЦРЗ разные уровни развития и/или активности, часто вследствие ограниченности управленческих и финансовых возможностей. Поэтому SEEHN должна пересмотреть механизмы, обеспечивающие оперативные, управленческие и финансовые возможности РЦРЗ. Ввиду частой смены министров и изменений в министерствах здравоохранения в странах-членах, жизненно важную роль в продолжающемся процессе обеспечения политической приверженности целям и задачам SEEHN играют внешние партнеры, такие как Европейское региональное бюро ВОЗ. Кроме того, Секретариат SEEHN должен быть реальным и постоянным административным и координирующим органом. Функционирующий Секретариат должен сосредоточиться на развитии механизмов более эффективного управления знаниями, в частности, в области продвижения и пропаганды деятельности SEEHN, а также повышения уровня прозрачности этой деятельности. Поэтому рекомендуется проводить более активную информационно-разъяснительную работу среди межсекторальных партнеров, особенно для того, чтобы обеспечить участие министерств иностранных дел. Оперативно действующий Секретариат и до тонкостей продуманная и активная коммуникационная стратегия помогут добиться того, чтобы SEEHN привлекала внимание многих секторов и общественности на многих уровнях, что может привести к росту финансовой, технической и политической поддержки, необходимой для сохранения способности содействовать субрегиональному сотрудничеству. Это особенно важно для решения таких сложных задач в области здравоохранения, как достижение целей стратегии Юго-Восточная Европа-2020 (10) и повышение уровня здоровья, благополучия и процветания в Юго-Восточной Европе в контексте достижения ЦУР.

Наконец, оказалось, что те причины, по которым была создана SEEHN как сеть межстранового сотрудничества, обернулись дополнительной пользой. Во-первых, сетевой принцип сотрудничества, предполагающий выявление общих проблем в области здравоохранения, которые необходимо решать, и международных тенденций в области стратегического руководства здравоохранением, которым необходимо следовать, ведет к укреплению доверия и обмену идеями и концепциями. При том политическом ландшафте, который был в регионе в 2001 г., это сотрудничество способствовало примирению, миру и стабильности в Юго-Восточной Европе. Во-вторых, коллективные действия по укреплению систем здравоохранения путем объединения ресурсов и знаний могут быть более рациональными, чем индивидуальные действия, и это способствует прочному партнерству между всеми заинтересованными сторонами. В-третьих, межстрановое сотрудничество может служить инструментом для выработки коллективных позиций в международных переговорах по вопросам стратегического руководства здравоохранением, благодаря чему мнения отдельных стран приобретают больший международный вес. Это может иметь особое значение для малых стран с общими интересами и/или ограниченными ресурсами.

Последняя информация

В 2017 г. произошло несколько важных событий, способствующих укреплению SEEHN. На совещании, которое состоялось в апреле в Республике Молдова, министры здравоохранения SEEHN подписали новый документ, имеющий большое значение для будущего, – Кишиневские обязательства о сотрудничестве. Девять стран SEEHN договорились:

- увеличить государственное финансирование здравоохранения несмотря на экономические трудности;
- координировать меры по улучшению здоровья людей, предусматривающие достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения, применение общегосударственного подхода и принципа участия всего общества и борьбу с неравенствами в отношении здоровья – всё это с целью реализации связанных со здоровьем целей и задач Повестки дня в области устойчивого развития до 2030 г.;
- создать трансграничный механизм для согласованного реагирования на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения;
- создать субрегиональную обсерваторию по кадрам здравоохранения для поощрения и контроля трансграничной мобильности медицинских работников, гармонизации их квалификации и предотвращения оттока молодых специалистов в более богатые регионы с целью сохранения в Юго-Восточной Европе такого количества медицинских работников, которого будет достаточно для удовлетворения потребностей стареющего населения в услугах здравоохранения.

Кроме того, министры назначили сотрудников для улучшения повседневного управления и пересмотрели правила работы руководящих органов и групп экспертов в целях улучшения функционирования SEEHN.

Библиография *

1. Сотрудничество между странами. Источник: Деятельность ВОЗ в странах [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (<http://www.who.int/country-cooperation/what-who-does/inter-country/ru/>).
2. Regional cooperation for public health. The South-eastern Europe Health Network: the past, the present and the future. Briefing note. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/124909/Regionalcoop.pdf).
3. SEEHN founding story. In: myHistro [website]. Skopje: South-eastern Europe Health Network; 2016 (<http://www.myhistro.com/story/seehn-founding-story/147935>).

* Все электронные ссылки в данной книге приведены по состоянию на 9 мая 2017 г., если не указано иное.

4. Ruseva M, Chichevalieva S, Harris M, Milevska Kostova N, Jakubowski E, Klugef H et al. The South Eastern Europe Health Network: a model for regional collaboration in public health (review article). *South Eastern European Journal of Public Health* 2014;1. doi:10.12908/SEEJPH-2014-34. (<http://www.seejph.com/index.php/seejph/article/view/54/45>).
5. Summary report of the 38th plenary and second high-level pre-forum meeting of the SEE Health Network. In: *South-Eastern Europe Health Network [website]*. Skopje: South-eastern Europe Health Network; 2017 (<http://seehn.org/web/wp-content/uploads/2017/02/38-SEEHN-PLenary-REPORT.pdf>).
6. The Dubrovnik Pledge. Meeting the health needs of vulnerable populations in south east Europe. Skopje: South-eastern Europe Health Network; 2001 (<http://seehn.org/web/wp-content/uploads/2014/04/Dubrovnik-Pledge2001.pdf>).
7. The Skopje Pledge. Skopje: South-eastern Europe Health Network; 2005 (<http://seehn.org/web/wp-content/uploads/2014/04/Skopje-Pledge-2005.pdf>).
8. The Banja Luka Pledge. Skopje: South-eastern Europe Health Network; 2011 (<http://seehn.org/web/wp-content/uploads/2014/04/Banja-Luka-Pledge-2011.pdf>).
9. Memorandum of understanding on the future of the South-eastern Europe Health Network in the framework of the South East European Co-operation Process (2008 and beyond). Skopje: South-eastern Europe Health Network; 2009 (<http://seehn.org/web/wp-content/uploads/2014/04/MoU-2009.pdf>).
10. South east Europe 2020: Jobs and prosperity in a European perspective. Sarajevo: Regional Cooperation Council; 2013 (<http://www.rcc.int/files/user/docs/reports/SEE2020-Strategy.pdf>).
11. 37th plenary of the SEE Health Network and high-level pre-forum meeting, 28–29 June 2016, Sarajevo, Bosnia and Herzegovina. In: *South-Eastern Europe Health Network [website]*. Skopje: South-eastern Europe Health Network; 2017 (<http://seehn.org/37th-plenary-sarajevo-bosnia-and-herzegovina>).
12. Creech H, Vetter T, Matus KJM, Seymour IR. The governance of non-legal entities: an exploration into the challenges facing collaborative, multistakeholder enterprises that are hosted by institutions. Winnipeg: International Institute for Sustainable Development; 2008.
13. Maurer D, Murko M. Approaching mental health care reform regionally: the mental health project for south-eastern Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/102399/E92163.pdf).
14. How is health as a bridge for peace implemented? In: *Humanitarian health action [website]*. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/hac/techguidance/hbp/about_how/en).
15. Raley L, Spasovski G, Zupan J. The South Eastern Europe Health Network (SEEHN) and the work of the Regional Health Development Centre (RHDC) Croatia on organ donation and transplant medicine networking regional professionals. *Organs Tissues Cells* 2013;16(2):131–6.
16. Creech H, Huppé GA, Knoblauch D. The frontiers of networked governance. Winnipeg: International Institute for Sustainable Development; 2012.
17. Tozija F. South-eastern Europe Health Network: policy dialog for evidence in health. *Arh Hig Rada Toksikol.* 2013;64(4):631–3 (<http://hrcak.srce.hr/file/164848>, accessed 15 May 2016).
18. SEEHN structure. Governance of the SEE Health Network in 2014. In: *South-eastern Europe Health Network [website]*. Skopje: South-eastern Europe Health Network; 2017 (<http://seehn.org/about-the-see-health-network/organization/seenh-structure/>).
19. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Источник: Вопросы и темы здравоохранения [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>).
20. План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с инфекционными заболеваниями, 2012–2016 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/174654/e96638-Rus.pdf?ua=1).
21. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/171773/RC62wd12rev1-Rus-updated.pdf?ua=1).

22. Ruseva M. SEEHN – history, achievements, current status, challenges and needs [presentation]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
23. Buss P, Kickbusch I, Silberschmidt G. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. Bull World Health Organ. 2007;85(3):161–244 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/85/3/06-039222/en>).
24. Отчет о шестьдесят второй сессии Европейского регионального комитета ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/174584/RC62-Report-Rus-final-version.pdf?ua=1).
25. Joint statements. In: South-eastern Europe Health Network [website]. Skopje: South-eastern Europe Health Network; 2017 (<http://seehn.org/category/publications/jstatements>).
26. Milevska Kostova N, Jakubowski E, Kökény M, Kickbusch I. Policy briefing. Building regional capacity in global health: the role of the South-eastern Europe Health Network. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/270735/FINAL_Report-Global-Health-Diplomacy_-rev-by-WHO-PUB-16-Feb2015.pdf).

8. Страны Центральной Азии: обеспечение статуса Европы как региона, свободного от полиомиелита

Maksut K. Kulzhanov

Дипломатия в области здравоохранения – важный компонент деятельности стран в XXI веке по улучшению здоровья населения и сокращению неравенств в отношении здоровья. В современном глобализованном и взаимосвязанном мире взаимодействие между различными игроками является необходимым условием для решения проблем общественного здравоохранения. Охрана здоровья населения не ограничивается решением чисто технических вопросов, а становится важным элементом внешней политики стран и общей глобальной политики. Поэтому работники здравоохранения и лица, формирующие политику здравоохранения, должны использовать правильные аргументы и навыки для отстаивания необходимости консенсуса, ориентированного на определенный результат, и для достижения такого консенсуса. Обычно это дается нелегко, поскольку соответствующие переговоры ведут дипломаты, а не специалисты общественного здравоохранения. Сегодня у глобальной дипломатии в области здравоохранения три важных аспекта:

- достижение компромисса и консенсуса в многосторонних переговорах по вопросам, связанным со здравоохранением, в условиях, когда существуют другие интересы, ценности и принципы;
- использование ценностей здоровья для достижения целей внешней политики, включая обеспечение безопасности, и наоборот;
- использование деятельности в сфере здравоохранения как моста к достижению мира в конфликтных и кризисных ситуациях.

Для понимания того, каким видится здравоохранение в XXI веке, все эти аспекты должны быть приведены в соответствие с различными традициями, культурами и подходами к здравоохранению в странах.

Хорошим примером для демонстрации дипломатии в области здравоохранения в действии является вспышка полиомиелита в Центральной Азии в 2010 г.

Сохранение статуса региона, свободного от полиомиелита, является одной из основных целей Европейского плана действий в отношении вакцин, 2015–2020 г. (1). В июне 2002 г. все 53 государства-члена Европейского региона ВОЗ были сертифицированы как страны без эндемической передачи дикого полиовируса. С тех пор в Регионе произошло как минимум два случая заноса вируса полиомиелита. Вспышка полиомиелита, начавшаяся в 2010 г. в Таджикистане и распространившаяся на три другие страны, привела более чем к 400 случаям заболевания.

В апреле 2010 г. правительство Таджикистана сообщило о резком увеличении числа случаев острого вялого паралича (ОВП), который является самым распространенным признаком полиомиелита. 16 апреля 2010 г. ВОЗ направила в Таджикистан группу международных экспертов для расследования предполагаемой вспышки и оказания технической поддержки правительству в партнерстве с ЮНИСЕФ и Центрами по контролю и профилактике заболеваний Соединенных Штатов Америки. Генетическое секвенирование показало, что дикий полиовирус типа 1, обнаруженный в Таджикистане, наиболее тесно связан с вирусными штаммами, ранее идентифицированными в штате Уттар-Прадеш, Индия.

В течение 2010 г. в Таджикистане было зарегистрировано 457 лабораторно подтвержденных случаев заболевания, вызванного диким полиовирусом типа 1, включая 29 случаев с летальным исходом. Затем вспышка распространилась на соседние страны и в 2010 г. лабораторные исследования подтвердили 14 случаев полиомиелита в Российской Федерации, три случая в Туркменистане и один в Казахстане. В ходе мероприятий по иммунизации в ответ на вспышку полиомиелита в Регионе было распределено более 45 миллионов доз моновалентной оральной полиовакцины (ОПВ) 1-го типа и трехвалентной ОПВ. Российская Федерация сообщила о последнем подтвержденном случае полиомиелита в Регионе с той же датой начала заболевания 25 сентября 2010 г. (2).

26 апреля 2010 г. Министерство здравоохранения Казахстана, совместно с ВОЗ и ЮНИСЕФ, сформировало целевую группу по обеспечению готовности к полиомиелиту. 17 мая министерство приняло решение провести один раунд дополнительных мероприятий по иммунизации (ДМИ), чтобы охватить свыше 1 820 341 ребенка в возрасте 0–6 лет, и кампанию социальной мобилизации, ориентированную на население в целом, особенно на родителей детей в возрасте младше 6 лет. ВОЗ и ЮНИСЕФ оказывали поддержку министерству в планировании и проведении этих мероприятий. Кроме того, Казахстан попросил ЮНИСЕФ поддержать мероприятия по социальной мобилизации перед началом кампании по дополнительной иммунизации с помощью таких средств, как разработка и производство информационных, образовательных и коммуникационных материалов для целевых групп населения.

Правительство Узбекистана на самом высоком уровне признало, что данная вспышка подвергла риску все страны Центральной и Восточной Азии. Представители ВОЗ и ЮНИСЕФ встретились с министром здравоохранения Адхамом Икрамовым, чтобы подчеркнуть важность проведения серии из трех массовых кампаний иммунизации и предложить свою помощь в закупках вакцин, в оперативном планировании, в вопросах материально-технического обеспечения, а также в вопросах коммуникации и социальной мобилизации.

Узбекистан принял решение провести два раунда ДМИ для своих 2,8 миллиона детей в возрасте младше 5 лет и субнациональную кампанию по иммунизации, ориентированную на районы, граничащие с Таджикистаном и Афганистаном. ЮНИСЕФ заказал первоначальную партию вакцин в количестве 3,3 млн доз ОПВ, которые были доставлены в страну 2 мая 2010 г.

ВОЗ тесно сотрудничала с правительствами Казахстана, Кыргызстана, Туркменистана и Узбекистана в целях предотвращения возможного распространения вспышки в восточной части Центральной Азии. При активном участии своих партнеров ВОЗ оказывала странам техническую и полевую поддержку в течение всей вспышки. Страны проводили национальные дни иммунизации (НДИ): по два раунда в Казахстане, Кыргызстане и Российской Федерации, три раунда в Туркменистане, пять раундов в Узбекистане и шесть раундов в Таджикистане. Шесть стран также договорились синхронизировать проведение раундов дополнительной иммунизации весной 2011 г.

Кроме того, ВОЗ сыграла роль моста между странами в дипломатии в области здравоохранения: ее усилиями был достигнут консенсус в субрегионе и обеспечено сотрудничество между странами с различным политическим устройством и со своей историей отношений, которые были не всегда дружественными.

При поддержке ЮНИСЕФ и ВОЗ правительства стран Центральной Азии начали разрабатывать коммуникационную стратегию. Проведение национальных кампаний по иммунизации потребовало широкомасштабной мобилизации кадровых ресурсов и механизмов материально-технического обеспечения, которые, скорее всего, также были необходимы для проведения других запланированных мероприятий общественного здравоохранения в этих странах. Общая цель заключалась в обеспечении коммуникации и социальной мобилизации, чтобы сдержать передачу дикого полиовируса в Центральной Азии и защитить от заражения всех детей в возрасте до 5 лет путем повышения уровня коллективного иммунитета посредством высококачественных ДМИ и укрепления программы плановой иммунизации.

Основная проблема коммуникации заключалась в том, чтобы предоставить семьям, журналистам и даже членам медицинского сообщества убедительные аргументы относительно необходимости внезапного проведения национальных кампаний по иммунизации против полиомиелита в дополнение к обычному календарю прививок для детей. Основные мероприятия были сосредоточены на информационно-разъяснительной деятельности, активной работе со средствами массовой информации и социальной мобилизации. Уроки, полученные в ходе коммуникационных мероприятий в связи со вспышкой полиомиелита, могут быть использованы для укрепления программ плановой иммунизации, других мер общественного здравоохранения и дипломатии в области здравоохранения в странах.

Согласно серии исследований, проведенных в субрегионе, 70% населения получает информацию по телевидению. Поэтому телевидение необходимо широко использовать для размещения соответствующих редакционных сообщений и социальной рекламы. Министерством здравоохранения было необходимо регулярно направлять в печатные СМИ, особенно на местном уровне, рекламные материалы, пресс-релизы и информацию о кампаниях по иммунизации с целью охвата семей в сельских районах.

Информационно-разъяснительная деятельность в основном была сосредоточена на подготовке информационной записки для кабинетов министров, членов парламентов, руководителей областных и районных администраций и лидеров местных сообществ в целях обеспечения полноценной и межсекторальной поддержки на всех уровнях. Большое значение имела работа непосредственно со средствами массовой информации. Органы здравоохранения вплоть до районного уровня и медиа-организации могут мобилизовать региональные СМИ для того, чтобы они более активно распространяли информацию, новости и интересные репортажи, касающиеся кампаний по иммунизации.

Меры по социальной мобилизации были необходимы для поддержки министерства здравоохранения в его усилиях, направленных на то, чтобы побудить министерство образования предоставлять соответствующую информацию родителям детей ясельного и дошкольного возраста. Согласно сообщениям, охват детей дошкольного возраста составлял около 17%. Поэтому для информирования населения был реализован ряд других стратегий, включая привлечение детей более старшего возраста, которые выполняли роль одного из каналов интерактивного общения с членами их семей.

Не менее важным для коммуникационных вмешательств были стандартизированные сообщения, которые министерство здравоохранения могло использовать для того, чтобы во время НДИ среди населения распространялись правильные сообщения. Цель такой коммуникационной деятельности заключалась в том, чтобы предоставить семьям правильную и полезную информацию, без распространения слухов или создания паники. Рабочая группа по вопросам коммуникации адаптировала эти сообщения для использования в информационных, образовательных и коммуникационных материалах, а также для обучения персонала по вопросам коммуникации.

Европейская региональная комиссия по сертификации ликвидации полиомиелита (3) провела свое 24-е заседание в январе 2011 г. в Санкт-Петербурге, Российская Федерация, для обзора эпидемиологической ситуации в странах, пострадавших от вспышки полиомиелита (Казахстан, Российская Федерация, Таджикистан и Туркменистан) и оценки мер реагирования, предпринятых с целью предотвращения дальнейшего распространения полиомиелита в Европейском регионе ВОЗ. Комиссия рассмотрела данные о нынешней эпидемиологической ситуации в шести государствах-членах (Казахстан, Кыргызстан, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан), чтобы определить, сохранит ли Европейский регион свой статус территории, свободной от полиомиелита.

Комиссия отметила, что Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан предприняли решительные и адекватные меры в ответ на чрезвычайно крупную вспышку, хотя нынешний успех, достигнутый благодаря проведению ДМИ, был хрупким. Центральнoазиатским странам (Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан) и Российской Федерации необходимо было приложить активные усилия для того, чтобы запланировать и осуществить все меры для улучшения охвата плановой иммунизацией полиовакциной и усиления эпиднадзора за ОВП. Комиссия дала высокую оценку Казахстану и Российской Федерации за то, что они своевременно обнаружили занос дикого полиовируса и немедленно приняли соответствующие ответные меры, и рекомендовала им провести дополнительные мероприятия по иммунизации в пострадавших регионах в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Региональная комиссия по сертификации призвала к большей прозрачности и сотрудничеству со стороны национальных органов в сфере предоставления данных об ОВП и расследования случаев ОВП. Если одна или несколько стран не направят образцы от пациентов с ОВП в региональную референс-лабораторию полиомиелита в Москве, Российская Федерация, для подтверждения диагноза и дифференциации вируса, это может поставить под угрозу статус сертификации всего Региона. ВОЗ и министерства здравоохранения продолжают работу с соответствующими органами для возобновления и/или систематизации отправки лабораторных образцов в ближайшем будущем (4).

В заключение Региональная комиссия по сертификации признала, что в Таджикистане произошла крупная вспышка, вызванная диким полиовирусом типа 1 из северной Индии, с последующим ее распространением в соседние и отдаленные страны. На основе представленных данных Комиссия высоко оценила действия стран, включая выделение большого количества персонала и финансовых средств для прекращения дальнейшей передачи полиовируса.

После получения новых докладов от шести стран Региональная комиссия по сертификации установила, что Европейский регион продолжает сохранять статус территории, свободной от полиомиелита (3). Все шесть государств-членов заявили о своей готовности предоставить на рассмотрение Комиссии необходимые фактические данные и подробную информацию.

Процесс мониторинга и анализа

ВОЗ документально зафиксировала передовую практику и уроки из этой вспышки и использовала их для обучения персонала. После того, как вспышка показала необходимость повышения уровня готовности, в нескольких странах были проведены суб- и межрегиональные симуляционные учения по реагированию на вспышки полиомиелита (POSE):

- в Боснии и Герцеговине в 2011 г. для представителей Боснии и Герцеговины, Сербии и Черногории;
- в Украине в 2013 г. для представителей Армении, Азербайджана, Грузии и Украины, наблюдателя от Российской Федерации и экспертов из европейских референс-лабораторий по диагностике полиомиелита;
- в Румынии в 2015 г. для представителей Венгрии, Республики Молдова, Румынии, Словакии и Чехии;

- в Казахстане в 2015 г. для представителей Кыргызстана, Российской Федерации, а также Китая и Монголии (из региона Западной части Тихого океана ВОЗ);
- в Казахстане в 2016 г. для представителей Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана, Туркменистана и Узбекистана.

В феврале 2013 г. национальные учения POSE были проведены в Соединенном Королевстве.

Учения POSE (5) представляют собой двухдневные штабные учения, призванные помочь государствам-членам критически проанализировать и обновить свои национальные планы по реагированию на обнаружение завозных диких полиовирусов и вакцинных полиовирусов, включая применение ММСП (6). В ходе POSE отрабатываются вопросы коммуникации, координации и сотрудничества на международном и национальном уровнях и выявляются любые недостатки в механизмах обеспечения готовности к вспышкам полиомиелита и реагирования на них. В каждом учении предлагается конкретный сценарий с различными этапами развития вспышки – от обнаружения подозреваемого случая полиомиелита до дальнейшего распространения вспышки, в том числе на территорию других стран. Участникам предлагается осуществить имитацию приведения в действие планов готовности страны к сдерживанию вспышки полиомиелита. Учения POSE завершаются сценарием действий после завершения вспышки – примерно через 25 недель после сообщения о последнем случае заболевания.

Кроме того, в учениях POSE участвуют наблюдатели из штаб-квартиры ВОЗ, страновых офисов ВОЗ и партнерских организаций. Давая возможность практической тренировки, учения POSE позволяют:

- подчеркнуть важность коммуникации как ключевого элемента любых ответных мер;
- указать на необходимость наличия планов коммуникации в кризисных ситуациях;
- пересмотреть национальные планы с новой точки зрения и с использованием новой методологии;
- подчеркнуть важность поддержания трансграничной связи/связи между странами и установления партнерских отношений как элемента готовности к реагированию на вспышки.

Европейское региональное бюро ВОЗ планировало организовать проведение дополнительных региональных и межрегиональных учений POSE (7).

Уроки и выводы из опыта ликвидации вспышки и последующие шаги

Вспышка 2010 г. послужила хорошим примером успешного реагирования в странах Центральной Азии. Она также показала необходимость открытого взаимного сотрудничества между странами и международными организациями, в рамках которого ВОЗ координирует распространение информации между странами, и решимость всех заинтересованных сторон как можно быстрее взять ситуацию под контроль.

Вспышка 2010 г. также стала хорошим примером использования принципов дипломатии в области здравоохранения в реальных условиях. Дипломатия в области глобального здравоохранения объединяет дисциплины общественного здравоохранения, международных отношений, управления, права и экономики и сосредоточена на переговорах, которые определяют и регулируют глобальные политические условия в интересах здравоохранения. На острие дипломатии в области глобального здравоохранения находится взаимозависимость между здравоохранением, внешней политикой и торговлей. Ее основные цели включают поддержку разработки более систематизированного и упреждающего подхода к выявлению и пониманию ключевых нынешних и будущих изменений, которые влияют на глобальное общественное здоровье, а также наращивание потенциала государств-членов для поддержки необходимых коллективных действий по использованию всех возможностей для уменьшения рисков для здоровья (8).

Страны остаются основными действующими субъектами, которые должны переориентировать свои стратегии здравоохранения и региональных отношений таким образом, чтобы согласовать свои национальные интересы с дипломатическими, эпидемиологическими и этическими реалиями в Центральной Азии. Для такого согласования необходимо, чтобы правительства приняли меры по адаптации к процессам глобализации, в частности, посредством преодоления фрагментарности компетенций в вопросах политики в национальных системах руководства (9). Это, в свою очередь, требует дополнительных усилий для развития дипломатии в области здравоохранения на региональном уровне. Странам следует собраться и обсудить общие проблемы и общие действия по предотвращению болезней и улучшению здоровья населения и даже разработать трансрегиональные документы, содержащие соглашения о готовности к реагированию на риски и угрозы для здоровья на региональном уровне.

Полиомиелит не признает границ, и после вспышки 2010 г. в Таджикистане, с которым Узбекистан и другие страны Центральной Азии имеют протяженную границу, эти страны подвержены риску заноса и передачи полиовируса. Хотя в 2002 г. Европейский регион был сертифицирован как территория, свободная от полиомиелита, полиовирус все еще циркулирует во многих странах мира. Дети должны быть немедленно защищены; каждый ребенок в мире в возрасте до 5 лет должен получить прививку от полиомиелита, даже если ему были сделаны все плановые прививки. Вакцинация всех детей в возрасте 0–5 лет с помощью быстро проводимых кампаний по иммунизации против полиомиелита повысит уровень иммунитета всех детей и защитит их от полиомиелита.

На своем 30-м заседании в мае-июне 2016 г. Региональная комиссия по сертификации (3) отметила, что готовность к вспышкам и значительные улучшения в охвате эпиднадзором и иммунизацией по-прежнему имеют огромное значение для того, чтобы полиовирус никогда не смог вернуться в Европейский регион. Выводы Комиссии согласуются с оценкой глобального Комитета ММСП по чрезвычайной ситуации в связи с международным распространением полиовируса, который в августе 2016 г. заявил, что распространение полиовируса по-прежнему представляет собой чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение (10). В мае 2016 г. Комиссия рассмотрела статус всех стран, пострадавших от дикого полиовируса или от циркулирующих вакцинных полиовирусов, и пришла к выводу о необходимости продолжения всех возможных мероприятий в поддержку успешного завершения заключительных этапов ликвидации полиомиелита.

Подчеркивая необходимость постоянной бдительности, председатель Региональной комиссии по сертификации профессор David Salisbury заявил: «Все страны по-прежнему подвергаются риску в той или иной степени и должны принимать надлежащие меры» (3). Комиссия, состоящая из пяти членов, призвала к принятию неотложных мер для противодействия тенденции к снижению показателей охвата вакцинацией и качества эпиднадзора в некоторых странах, чтобы предотвратить возобновление передачи полиомиелита в случае заноса дикого полиовируса или появления вакцинных штаммов, и к тому, чтобы все государства-члены провели учения POSE.

В 2013 г. Всемирная ассамблея здравоохранения одобрила всеобъемлющий стратегический план ликвидации полиомиелита и осуществления завершающего этапа в 2013–2018 гг. (11), который содержит руководящие принципы активизации глобальных усилий по ликвидации всех полиовирусов и сертификации оставшихся регионов ВОЗ как территорий, свободных от полиомиелита, к концу 2018 г. Основными целями плана являются поэтапное прекращение использования ОПВ, начиная с ОПВ, содержащей вирус типа 2. К началу 2014 г. был достигнут значительный прогресс по всем четырем поставленным в плане целям.

Семнадцать нижеприведенных стран в Европейском регионе переходят на двухвалентные ОПВ: Азербайджан, Албания, Армения, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Сербия, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина и Черногория. Беларусь и Польша перейдут на календарь прививок с использованием только инак-

тивированной полиовакцины. Все страны Центральной Азии договорились отказаться от использования ОПВ (7), что можно рассматривать как проявление их готовности содействовать устойчивому решению проблемы полиомиелита в Европейском регионе.

Во всех этих ситуациях дипломатия в области здравоохранения должна играть важную роль. Вспышка полиомиелита в 2010 г. может быть использована в учебном курсе в качестве примера того, как дипломатия в области здравоохранения может влиять на принятие мер по ликвидации вспышек. Это может быть хорошим способом выработки практических навыков у лиц, формирующих политику в области здравоохранения.

Библиография *

1. Global polio eradication initiative: implementing the polio eradication and endgame strategic plan 2013–2018. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/poliomyelitis>).
2. 2010 polio outbreak in Tajikistan: a reminder of the continued need for vigilance as the Region marks 10 years of polio-free status. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/poliomyelitis/news/news/2012/7/2010-polio-outbreak-in-tajikistan-a-reminder-of-the-continued-need-for-vigilance-as-the-region-marks-10-years-of-polio-free-status>).
3. European Regional Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication. In: Health topics [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/poliomyelitis/activities/certification-and-maintenance-of-polio-free-status-in-the-european-region/european-regional-commission-for-the-certification-of-poliomyelitis-eradication>).
4. Maintaining polio-free status of European Region as part of the global polio endgame strategy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/poliomyelitis/maintaining-polio-free-status-of-european-region-as-part-of-the-global-polio-endgame-strategy>).
5. Polio outbreak simulation exercise: how to test national preparedness plans using the POSE model. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/poliomyelitis/publications/2015/polio-outbreak-simulation-exercise-how-to-test-national-preparedness-plans-using-the-pose-model-2015>).
6. Международные медико-санитарные правила (2005), третье издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/ru/>).
7. Европейские страны, которые примут участие в глобальном переходе на двухвалентную полиовакцину. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/news/news/2016/04/european-countries-to-participate-in-global-polio-vaccine-switch>).
8. Dreger N, McClintock E, Moffitt M. Negotiating health development: a guide for practitioners. Geneva: World Health Organization; 2000 (<http://www.who.int/trade/resource/negotiating/en>).
9. Drager N, Fidler DP. Foreign policy, trade and health: at the cutting edge of global health diplomacy. Bull World Health Organ. 2007;85(3):162 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636230>).
10. Statement on the 10th IHR Emergency Committee regarding the international spread of poliovirus. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/10th-ihc-emergency/en>).
11. About the polio endgame strategic plan. In: Immunization, vaccines and biologicals [website]. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/immunization/diseases/poliomyelitis/endgame_objective2/about/en).

* Все электронные ссылки в данной книге приведены по состоянию на 9 мая 2017 г., если не указано иное.

9. Восточная Европа: взгляд на кризис ВИЧ/СПИДа с позиции дипломатии в области здравоохранения

Michel Kazatchkine

За последние 30 лет благодаря мобилизации усилий во всем мире по борьбе с ВИЧ/СПИДом удалось добиться поистине исторических достижений в области глобального здравоохранения. Научный прогресс быстро воплощается в крупномасштабные программы профилактики и лечения практически во всех социально-экономических условиях. Сегодня более 18 миллионов людей в СНСУД во всем мире имеют доступ к антиретровирусной терапии. Всего 15 лет назад этот показатель не превышал одного миллиона. За последние 15 лет количество новых случаев инфекции и случаев смерти, связанных со СПИДом, сократилось на 35–40% (1). Благодаря дородовой профилактике произошло снижение числа случаев передачи ВИЧ от матери ребенку до уровня ниже 2–5% (2).

Через 15 лет после самой первой специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН, посвященной конкретной проблеме здоровья – ВИЧ/СПИДу, – мир объявил о намерении искоренить СПИД как угрозу общественному здоровью в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. (3).

На фоне этих заметных достижений сохраняются признаки, которые одновременно несут угрозу для системы ответных мер против СПИДа и подчеркивают ее слабость. Несмотря на усилия в области профилактики, каждый год около двух миллионов человек впервые инфицируются ВИЧ. Значительная доля инфицированных не знает своего диагноза, а три из пяти ВИЧ-положительных людей не получают лечения. Прогресс во всем мире остается крайне неравномерным, и определенные группы населения – например, молодые девушки в Африке, мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами, и люди, употребляющие инъекционные наркотики, – по-прежнему больше других подвергаются риску ВИЧ-инфекции именно потому, что их труднее охватить услугами по профилактике, лечению и уходу. Помимо этого, во всем мире снижается уровень политических обязательств инвестировать в ответные меры по борьбе с ВИЧ/СПИДом. Ослабевает движение активистов. Сокращается международное финансирование программ борьбы со СПИДом.

В разворачивающейся на наших глазах истории развития эпидемии наш мир стоит на перепутье. Без активизации и ускорения мер профилактики и лечения количество ВИЧ-инфицированных людей будет расти, а показатели смертности, в настоящее время составляющие 1,5 миллиона человек в год, могут снова устремиться вверх.

В этом контексте особую обеспокоенность вызывает эпидемия в Восточной Европе и Центральной Азии. В этой главе отражены основные черты эпидемии ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии и представлены краткие примеры дипломатии в области здравоохранения в целях реагирования на эпидемию в регионе.

Восточная Европа и Центральная Азия: эпидемия продолжает расти

Восточная Европа и Центральная Азия – единственный регион в мире, где продолжается рост эпидемии ВИЧ. За последние пять лет количество ежегодно выявляемых новых случаев увеличилось на целых 57% (4).

Более 1,5 миллиона человек живут с ВИЧ в регионе, в который входят 12 стран восточной части Европейского региона ВОЗ: Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украина. На Российскую Федерацию и Украину вместе приходится 90% случаев ВИЧ-инфекции в этом регионе.

В Российской Федерации (численность населения: 146 миллионов человек) официально зарегистрировано 836 000 человек, живущих с ВИЧ (5). При этом, согласно оценкам, сделанным на основе математического моделирования, этот показатель на самом деле составляет 1,1–1,4 миллиона человек, и общая распространенность ВИЧ-инфекции приближается к 1% населения. Органы здравоохранения в Екатеринбурге, четвертом по величине городе России, недавно объявили, что каждый 50-й житель города является носителем ВИЧ-инфекции (6). В 2015 г. в стране было выявлено 100 000 новых случаев.

На Украине (численность населения: 45 миллионов человек), согласно оценкам, с ВИЧ живут 220 000 человек (4). В 2015 г. было зарегистрировано 13 000 новых случаев (7). При этом эпидемия немного пошла на спад: в 2015 г. число новых случаев было несколько ниже, чем в предыдущие годы.

Главным фактором роста эпидемии во всем регионе является небезопасное употребление инъекционных наркотиков – на этот путь передачи приходится более 70% всех суммарных случаев ВИЧ-инфекции. В последние годы рост эпидемии также обусловлен повышением числа случаев передачи вируса гетеросексуальным путем. Новые случаи среди женщин регистрируются как у сексуальных партнеров потребителей наркотиков, так и в результате генерализованной эпидемии в ряде областей с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции.

Доступ к антиретровирусному лечению в регионе остается низким – на уровне 21% от оценочного количества людей, живущих с ВИЧ (1). Оказание помощи людям, живущим с ВИЧ, является задачей специализированных региональных СПИД-центров, в которых применяется вертикальная модель предоставления медико-санитарных услуг, ориентированная на интересы поставщиков услуг.

Доступ к профилактике ВИЧ-инфекции далеко не достаточен, если не считать программы профилактики вертикальной передачи. Как описано ниже, доступ к снижению вреда для людей, употребляющих инъекционные наркотики, в регионе остается крайне ограниченным.

Наконец, в регионе также сохраняются одни из самых высоких в мире показателей распространенности коинфекций ВИЧ/ТБ и ВИЧ/МЛУ-ТБ. Последние 10 лет распространенность коинфекции ВИЧ и туберкулеза неуклонно растет: в настоящее время 12% новых случаев туберкулеза выявляется среди ВИЧ-положительных людей (8). Также высока распространенность коинфекции ВИЧ и гепатита С: среди ВИЧ-положительных людей, употребляющих инъекционные наркотики, она составляет более 70%, тогда как доступ к лечению гепатита остается весьма ограниченным.

Сложный социальный контекст для основных затронутых групп населения

С самого начала эпидемии ВИЧ/СПИДа выявились слабости и дисфункции социальных институтов в обществах во всем мире. Эпидемия в Восточной Европе и Центральной Азии не является исключением: здесь высоки уровни стигматизации и дискриминации, которые наслаиваются на структурные, культурные, социальные и политические барьеры, препятствующие принятию ответных мер против ВИЧ/СПИДа.

Эпидемия в регионе развивается по так называемой концентрированной модели, что означает, что ВИЧ несоразмерно сильнее поражает определенные группы населения. Эти группы крайне стигматизированы (мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами), зачастую маргинализированы и либо остаются вне закона (секс-работники), либо подвергаются криминализации (люди, употребляющие инъекционные наркотики). Из-за стигмы, криминализации и маргинализации до людей в этих уязвимых группах трудно дойти, у них нет возможности получать информацию о профилактике, они неохотно обращаются за услугами в государственные учреждения из-за того, что боятся столкнуться с дискриминацией в медицинских учреждениях и/или стать жертвами сговора между работниками здравоохранения и полицией.

Стигматизацией и криминализацией также объясняется, почему до сих пор крайне ограничены данные о распространенности и частоте случаев ВИЧ-инфекции среди уязвимых континентов. Ограниченность данных, в свою очередь, препятствует разработке стратегий профилактики.

В соответствии с имеющимися результатами исследований, распространенность ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами, в регионе составляет 6–9%. Исследование, проведенное недавно в Москве, Российская Федерация, показало, что распространенность ВИЧ-инфекции среди МСМ составляет 15,6%, причем лишь 25% ВИЧ-положительных мужчин до исследования знали о своем статусе (9). В число факторов, связанных с неведением относительно своего ВИЧ-статуса, входит требование проходить обследование на ВИЧ, введенное некоторыми работодателями: это подчеркивает негативное воздействие стигмы на доступ к лечению и уходу. Двойная стигма, связанная с гомосексуальностью и ВИЧ, и боязнь нарушения конфиденциальности затрудняют доступ мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами, к медицинской помощи. Эти основные поражаемые ВИЧ группы населения не доверяют государственной системе, в то время как специализированные НПО и программы консультирования лицами равного статуса встречаются в регионе редко и стоят сегодня перед проблемой сокращения финансирования, поступающего из международных источников.

Распространенность ВИЧ-инфекции среди секс-работников, по оценкам, составляет порядка 10% и в 20 раз выше среди секс-работниц, употребляющих инъекционные наркотики. В отчете по результатам исследования среди секс-работников, проведенного с участием членов сообщества в 16 странах региона, приводятся факты, свидетельствующие о том, что они ежедневно подвергаются вымогательству, штрафам и насилию со стороны полиции и клиентов (10). В нем также отмечается, что полиция регулярно использует факт хранения презервативов в качестве так называемой улики и конфискует или уничтожает шприцы. В нем приводятся данные из региона, показывающие причинную связь между неудовлетворительными методами работы полиции и более низкими возможностями снижения риска, недостаточным доступом к услугам и повышенным риском инфицирования ВИЧ. В нем также показано, как опасения секс-работниц о том, что об употреблении ими наркотиков или о роде их занятий станет известно полиции или органам опеки, мешает им обратиться за услугами и войти в систему предоставления помощи.

Распространенность ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, в регионе превышает 20%, а в отдельных районах с высокой степенью поражения может достигать 50–70% (4). Эпидемия среди потребителей инъекционных наркотиков началась во второй половине 90-х гг. после распада СССР, когда в Российской Федерации и других восточно-европейских странах резко возросли показатели безработицы, бедности и преступности. Этот период характеризовался возникновением новых наркорынков, что привело к повышению доступности наркотиков и спроса на них. В начале 2000-х годов возникли такие острые соци-

альные проблемы и проблемы общественного здоровья, как ВИЧ/СПИД и нарушения здоровья, связанные с наркотиками.

Стратегии и законодательство в области наркотиков во всем регионе построены на применении запретительных правовых норм. Работа полиции и охрана правопорядка нацелены на потребителей наркотиков, которые постоянно опасаются ареста и помещения под стражу. В результате они уходят в подполье и вводят наркотики в небезопасных и негигиеничных условиях или в спешке.

Снижение вреда и дипломатия в области здравоохранения

ВОЗ, Управление ООН по наркотикам и преступности и Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) совместно рекомендовали к внедрению комплекс мер по снижению вреда для снижения риска инфицирования ВИЧ, гепатитом или туберкулезом и улучшения лечения и помощи людям, употребляющим инъекционные наркотики (11). В этом комплексе мер наиболее важными являются программы обмена игл и шприцев, опиоидной заместительной терапии и антиретровирусного лечения. Существуют убедительные свидетельства того, что предоставление стерильных материалов для инъекции и опиоидной заместительной терапии снижает уровень совместного использования принадлежностей для инъекции и предупреждает передачу ВИЧ-инфекции. В комплексе с антиретровирусной терапией эти меры снижают риск инфицирования ВИЧ, уменьшают смертность, способствуют инициации антиретровирусного лечения и поддержанию приверженности, снижают наркозависимость в долгосрочной перспективе, снижают число преступлений и нарушений общественного порядка и повышают качество жизни (12). Также имеются неопровержимые свидетельства того, что такие меры, как создание мест контролируемого употребления наркотиков, выдача налоксона и программы назначения героина по медицинским показаниям, должны быть важным дополнением к комплексу мер, рекомендуемых ООН.

Несмотря на доказательства действенности и растущее международное признание мер по снижению вреда как научно обоснованной стратегии минимизации рисков для здоровья, связанных с употреблением инъекционных наркотиков, в Российской Федерации и ряде других стран Восточной Европы и Центральной Азии сохраняется сопротивление и противодействие мерам по снижению вреда со стороны органов здравоохранения и наркоконтроля. Некоторые социальные сети и часть политического руководства в регионе утверждают, что программы обмена игл стимулируют потребление наркотиков, хотя фактические данные свидетельствуют об обратном. Концепция снижения вреда разделила регион на два лагеря и демонстрирует напряженность в отношениях между политикой и научными данными.

Российская Федерация занимает жесткую позицию против снижения вреда, аргументируя это тем, что реализация таких мер в неявной форме легализует незаконное наркопотребление, и выступает против опиоидной заместительной терапии на том основании, что, поскольку метадон действует как агонист опиоидных рецепторов, его применение лишь заменит один тип опиоидной аддикции на другой.

В последние 10 лет Российская Федерация выступает против снижения вреда на всех региональных и международных форумах, включая ежегодные совещания Комиссии по наркотическим средствам и Специальную сессию Генеральной ассамблеи ООН по наркотикам и ее Совещание высокого уровня по вопросам борьбы со СПИДом (последние два мероприятия состоялись в 2016 г.). Кроме того, Россия запретила опиоидную заместительную терапию в Крыму в первые же дни после временной оккупации полуострова. Это решение привело к смерти как минимум 10% людей, ранее получавших метадонное лечение.

Украина же, наоборот, более 10 лет осуществляет широкомасштабные программы помощи со стороны лиц равного статуса и обмена игл для потребителей наркотиков, а также предоставляет опиоидную заместительную терапию. В последние годы в стране наблюдается существенное снижение числа новых случаев ВИЧ-инфицирования среди людей, употребляющих инъекционные наркотики.

Меры по снижению вреда, включающие обмен игл и опиоидную заместительную терапию, также осуществляются в Армении, Беларуси, Грузии, Кыргызстане, Республике Молдова и Таджикистане. Казахстан недавно после многолетней апробации включил меры по снижению вреда в свою национальную стратегию по борьбе со СПИДом. Однако по всему региону масштабы таких программ совершенно недостаточны, и они сопровождаются, с одной стороны, разногласиями среди медиков и в освещении в социальных СМИ, а с другой стороны – скептицизмом и противодействием в парламентах. Большинство программ снижения вреда были инициированы благодаря финансовой поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, однако в настоящее время объемы финансирования во всем регионе сокращаются, поскольку, в соответствии с классификацией Всемирного банка, большинство стран региона сегодня отнесены к категории стран со средним уровнем доходов.

В прошлом правительства стран Западной Европы, оказавшись перед лицом эпидемии ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, также столкнулись с серьезным сопротивлением граждан против концепции снижения вреда. Введение снижения вреда в национальные стратегии здравоохранения было политическим решением, основанным на данных научных исследований и прагматизме. Со временем прагматизм убедил народ Швейцарии в необходимости поддержать на референдуме новые подходы к политике в отношении наркотиков.

Вопросы, связанные со стратегиями борьбы с наркотиками, снижением вреда, опиоидной заместительной терапией и группами населения, подвергающимися наибольшему риску, продолжают занимать центральное место в диалоге между ООН, экспертами в этой области, органами здравоохранения и правительствами в регионе. В 2008 г. тогдашний Генеральный секретарь ООН Пан Ги Мун отметил (13):

«В странах, где отсутствуют законы, защищающие секс-работников, потребителей наркотиков и мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами, лишь часть населения имеет доступ к профилактике. И наоборот, в странах, где обеспечивается правовая защита и защита прав человека в отношении этих групп, услуги доступны гораздо большему числу людей. В результате в этих странах наблюдается меньше случаев инфекций, ниже потребность в антиретровирусной терапии и ниже уровень смертности. Лишать эти группы населения защиты – не только неэтично, но и неразумно с точки зрения здравоохранения. Это вредит нам всем».

Уроки для глобальной дипломатии в области здравоохранения

Тот, кто хочет лучше понять контекст, факты, действующих лиц и аргументы, может извлечь несколько уроков, касающихся глобальной дипломатии в области здравоохранения. Во-первых, неприятие снижения вреда со стороны некоторых правительств показывает, насколько политика может быть далека от фактических данных и, соответственно, каким сложным зачастую может оказаться диалог между наукой и формированием политики. Во-вторых, за разработку стратегических решений проблем, связанных со здравоохранением, часто отвечают министерства, не связанные со здравоохранением: в Восточной Европе и Центральной Азии это обычно министерства внутренних дел. В-третьих, когда предстоит принять стратегическое решение (поддерживать или не поддерживать снижение вреда), важно одновременно создать механизм оценки для контроля и накопления фактических данных, которые могут быть использованы для подтверждения или корректировки политики. Роль науки и фактических данных не должна прекращаться после определения содержания принимаемого решения, а должна продолжаться при оценке последствий этого решения.

И если дипломатия в области здравоохранения, связанная со снижением вреда, сделала лишь несколько маленьких шагов в сторону принятия стратегий с использованием фактических данных, то другие инициативы в регионе на пересечении здравоохранения и политики породили больше результатов и надежды. Это включает инициативы по обеспечению доступа к услугам здравоохранения для мигрантов в Центральной Азии и для населения в зонах конфликта в Восточной Украине.

Миграция в Центральной Азии

В Центральной Азии наблюдаются большие внутрирегиональные миграционные потоки. Регион также входит в один из крупнейших коридоров трудовой миграции в мире: сотни тысяч сезонных рабочих и лиц, работающих на более или менее постоянной основе, ежегодно отправляются из стран Центральной Азии в Российскую Федерацию (14). В странах Центральной Азии отмечаются одни из самых высоких в мире показателей МЛУ-ТБ и растет эпидемия ВИЧ (7, 8). Региональная дипломатия в области здравоохранения становится для стран Центральной Азии чрезвычайно важной для улучшения трансграничного сотрудничества в деле соблюдения прав мигрантов на охрану здоровья как действенная мера борьбы с заболеваниями (см. также главы 5 и 6).

Мигранты – будь то работники, покидающие страны Центральной Азии на несколько месяцев, или работники, проживающие в принимающей стране в течение более длительного времени, – имеют ограниченный доступ к государственной системе медико-санитарной помощи, а значит и к услугам по поводу ВИЧ-инфекции и туберкулеза. В последние годы в Казахстане была принята новая политика, в соответствии с которой всем зарегистрированным мигрантам в стране обеспечивается доступ к лечению туберкулеза, по крайней мере до получения пациентами отрицательного результата анализа мокроты. И хотя это уже можно назвать значительным прогрессом, многие проблемы по-прежнему остаются: это и условия, в которых пациентам, возвращающимся в свои страны происхождения, приходится завершать лечение, и отсутствие доступа к медицинской помощи у многих людей, работающих нелегально. Ко второй категории относятся многие сезонные рабочие.

В Российской Федерации приняты правила, предусматривающие обязательный профилактический медицинский осмотр и требование наличия у зарегистрированных мигрантов медицинской страховки до въезда на ее территорию. Легальные мигранты имеют доступ к медицинской помощи по месту регистрации трудовых контрактов. Однако многие люди работают в течение короткого времени без регистрации.

Миграция открыто признана одним из факторов риска туберкулеза и МЛУ-ТБ (15). Она также делает людей более уязвимыми к ВИЧ-инфекции. Более 60% людей, получивших диагноз ВИЧ-инфекция в Армении за последние три года, какое-то время работали в Российской Федерации.

Находясь на пересечении интересов общественного здоровья и экономики, дипломатия в области здравоохранения ставит своей целью повысить информированность политических и экономических лидеров и мобилизовать усилия ответственных лиц, принимающих решения в области здравоохранения и политики, для обеспечения согласованных ответных мер и предупреждения распространения заболеваний через миграционные коридоры.

В Центральной Азии важную лидирующую роль в дипломатии в области здравоохранения по вопросам трансграничного здоровья играет Казахстан. Под эгидой Министерства здравоохранения Казахстана и при поддержке Агентства США по международному развитию и Глобального фонда на переговорах между Казахстаном и граничащими с ним Кыргызстаном и Таджикистаном обсуждаются двусторонние соглашения об обеспечении доступа к лечению и уходу для трудовых мигрантов и надлежащем информировании пациентов по возвращении в родные страны (16).

Организация Объединенных Наций способствует проведению этих переговоров, которые позволят значительно улучшить ситуацию в области охраны здоровья и прав человека, особенно если они включают вопросы предоставления доступа к лечению для мигрантов, работающих на нелегальной основе. В настоящее время получение диагноза туберкулез, МЛУ-ТБ или ВИЧ-инфекция слишком часто влечет за собой депортацию из страны. В случае успеха нынешние и будущие усилия, предпринимаемые на уровне региона в дипломатии в области здравоохранения, позволят повысить уровень национальной и региональной безопасности, улучшить международный имидж региона и, что самое важное, будут способствовать обеспечению более высокого уровня здоровья для всех.

Восточная Украина

В Восточной Украине проблема доступа к препаратам для лечения ВИЧ-инфекции и лекарственно-устойчивого туберкулеза существует с самого начала конфликта на этой территории. В ноябре 2014 г. внимание международного сообщества и ВОЗ было привлечено к рискам возникновения вспышки полиомиелита и недостаточному уровню безопасности продуктов крови. Будучи Специальным посланником Генерального секретаря ООН по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии, в июне 2015 г. я выразил обеспокоенность по поводу угрозы резкого прекращения доступа к антиретровирусным препаратам для тысяч пациентов на Донбассе (17).

В Донецкой и Луганской областях еще до конфликта отмечались самые высокие в Украине и в Европе показатели заболеваемости и распространенности ВИЧ-инфекции и лекарственно-устойчивого туберкулеза. До конфликта средства для закупки основной части антиретровирусных препаратов выделялись министерством здравоохранения Украины. Препараты для лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза закупались на средства Глобального фонда и переправлялись в Донецк и Луганск через украинскую НПО, являющуюся основным реципиентом гранта Глобального фонда.

Однако в конце 2014 г. центральные власти прекратили финансировать закупку лекарств для Донецкой и Луганской областей. Медицинские учреждения Донецка и Луганска предоставляли пациентам лечение из сохранившихся запасов до июля 2015 г., когда прекращение поставок было признано угрозой в области общественного здравоохранения, требовавшей немедленного реагирования.

Летом 2015 г. в результате активных дипломатических усилий с привлечением представителей действующей власти Донецкой и Луганской областей, украинского правительства, Европейской комиссии, ООН и Глобального фонда было найдено чрезвычайное гуманитарное решение в виде предоставления ЮНИСЕФ чрезвычайного гранта Глобального фонда в объеме 3,6 млн долларов США, покрывшего годовую потребность обеих территорий в антиретровирусных препаратах и лабораторных реагентах. Благодаря гранту Глобального фонда было консолидировано финансирование закупок препаратов для лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза через украинскую НПО на период до конца 2017 г. Так с помощью дипломатии в области здравоохранения было найдено решение, обеспечившее антиретровирусным лечением более 10 000 пациентов с ВИЧ-инфекцией в Донецкой и Луганской областях и около 500 пациентов в год, живущих с МЛУ-ТБ и туберкулезом с пред-широкой лекарственной устойчивостью.

Тем не менее, на последующий после лета 2017 г. период ситуация для примерно 12000 пациентов в этих областях остается неопределенной. Также остается критической ситуация с доступом к лечению туберкулеза и МЛУ-ТБ в пенитенциарной системе Донецка, где по требованию нового руководства закрылась программа «Врачи без границ». Вскоре территория может снова столкнуться с резкими перебоями в лечении и последующим региональным кризисом общественного здравоохранения.

Дипломатия в области здравоохранения продолжает активно использоваться для поиска решений этих проблем в области здравоохранения. Вначале она заключалась в информировании действующего руководства Донецкой и Луганской областей, украинского правительства и международного сообщества о серьезном и остром характере сложившейся ситуации. Затем она способствовала поиску возможных источников финансирования для предоставления чрезвычайной поддержки этим областям, что в конечном итоге позволило объединить усилия Глобального фонда, ЮНИСЕФ, ВОЗ, ЮНЭЙДС, украинского правительства и негосударственных партнерских организаций Украины для создания механизма, с помощью которого удалось покрыть потребности в лекарственных препаратах на весь 2017 г.

Наконец, сегодня эти усилия также обращены к украинскому правительству и министерствам иностранных дел Российской Федерации, Франции и Германии (так называемый нормандский формат), с тем, чтобы попытаться включить вопросы финансирования дорогостоящих препаратов для лечения туберкулеза и ВИЧ-инфекции в переговоры в Минске, Беларусь, о будущем статусе Донецкой и Луганской областей в составе Украины (18, 19).

Библиография*

1. AIDS by the numbers. Geneva: UNAIDS; 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/AIDS-by-the-numbers>).
2. On the fast-track to an AIDS-free generation. Geneva: UNAIDS; 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/GlobalPlan2016>).
3. Повестка дня в области устойчивого развития. Страница сайта Цели устойчивого развития [веб-сайт]. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2017 (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/about/development-agenda/>).
4. Prevention gap report. Geneva: UNAIDS; 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap>).
5. Справка: ВИЧ-инфекция в РФ на 30.06.2016 г. Фонд «СПИД.ЦЕНТР»; 2016 (<https://spid.center/articles/757>).
6. «Эпидемия ВИЧ в Екатеринбурге не объявлялась». ТАСС. 2 ноября 2016 (<http://tass.ru/obschestvo/3753006>).
7. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2015. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/publications/2016/hiv-aids-surveillance-in-europe-2015-2016>).
8. Global tuberculosis report 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf).
9. Wirtz AL, Zelaya CE, Latkin C, Peryshkina A, Galai N, Mogilniy V et al. The HIV care continuum among men who have sex with men in Moscow, Russia: a cross-sectional study of infection awareness and engagement in care. *Sex Transm Infect.* 2016;92:161–7.
10. Failures of justice. State and non-state violence against sex workers and the search for safety and redress. A community-based research project of the Sex Workers' Rights Advocacy Network in central and eastern Europe and central Asia. Budapest: Sex Workers' Rights Advocacy Network; 2015 (<http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/Failures%20of%20Justice%20State%20and%20Non-State%20Violence,%20SWAN%20-%20September%202015.pdf>).
11. Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161724/9789289051392_rus.pdf?sequence=1).
12. Beg M, Strathdee SA, Kazatchkine M. State of the art science addressing injecting drug use, HIV and harm reduction. *Int J Drug Policy* 2015;26(Suppl. 1):S1–4. doi:10.1016/j.drugpo.2014.11.008.
13. Secretary-General, in address to international AIDS conference, urges enforcement of legislation outlawing discrimination against people living with HIV. New York (NY): United Nations; 2008 (<http://www.un.org/press/en/2008/sgsm11727.doc.htm>).
14. Mapping on irregular migration in central Asia 2014. Astana: International Organization for Migration; 2015 (iom.kg/wp-content/uploads/2015/01/IDFPublicationeng.pdf).
15. Migration and tuberculosis: a pressing issue. Geneva: International Organization for Migration; 2013 (<https://www.iom.int/files/live/sites/iom/files/What-We-Do/docs/Migration-Tuberculosis-A-Pressing-Issue.pdf>).
16. Joyamergen O. Bol'nykh tuberkulozom sredi migrantov men'she ne stanovitsya [Tuberculosis among migrants is not decreasing]. *Radio Azattyq.* 8 December 2016 (<http://rus.azattyq.org/a/tuberkulez-centralnaya-azia-trudovye-migranty/28163869.html>) (in Russian).
17. Kazatchkine M. An AIDS crisis in Ukraine. *New York Times.* 27 July 2015 (http://www.nytimes.com/2015/07/27/opinion/an-aids-crisis-in-ukraine.html?_r=2).
18. Ukraine talks in Minsk: "need flexibility on both sides". Berlin: Federal Foreign Office; 2016 (http://www.auswaertiges-amt.de/EN/Aussenpolitik/Laender/Aktuelle_Artikel/Ukraine/161129_Minsk.html).
19. Kazatchkine M. Time to prioritise HIV/AIDS and MDR-TB in eastern Ukraine as supplies run out. In: *BMJ opinion* [weblog]. London: BMJ Publishing Group Ltd; 2016 (<http://blogs.bmj.com/bmj/2016/03/21/time-to-prioritise-hiv-aids-and-mdr-tb-in-eastern-ukraine-as-supplies-run-out>).

* Все электронные ссылки в данной книге приведены по состоянию на 9 мая 2017 г., если не указано иное.

10. Российская Федерация: межсекторальное сотрудничество в сфере обеспечения безопасности дорожного движения

Светлана Аксельрод
Виктория Мадьянова
Елена Юрасова
Виталий Полушкин
Виктор Кондратьев

Введение

Безопасность дорожного движения – это одна из тех глобальных проблем общественного здоровья, которые не могут быть решены только усилиями медицинских работников, а требуют сотрудничества со многими заинтересованными сторонами. Более того, дипломатия в области здравоохранения не всегда может сводиться к дипломатическим усилиям только органов и организаций здравоохранения. Иногда делу охраны здоровья населения служит также деятельность других государственных структур, таких как министерство внутренних дел. Поскольку долгосрочные меры по снижению числа дорожно-транспортных происшествий считаются мерами первичной профилактики, содействие таким мерам на политическом уровне следует рассматривать как дипломатию в области здравоохранения. В этой главе показано, как усилия министерств, не относящихся к здравоохранению, улучшают позиции сектора здравоохранения и представляют собой пример дипломатии в области здравоохранения.

Проблема безопасности дорожного движения, вероятно, так же стара, как и само дорожное движение, но огромный рост числа автомобилей на душу населения в начале XXI века с последующим резким увеличением числа дорожно-транспортных происшествий (ДТП) с человеческими жертвами стал причиной того, что эта проблема вышла сейчас на первый план в повестке дня Организации Объединенных Наций. Опубликованный в 2004 г. Всемирный доклад ВОЗ о предупреждении дорожно-транспортного травматизма (1) позволил привлечь внимание стран к этой проблеме и указал на необходимость принятия мер. Это стало началом дипломатического сотрудничества на высоком уровне в вопросах безопасности дорожного движения. Однако этому процессу предшествовали действия самих стран, которые включали принятие внутренних мер по обеспечению безопасности дорожного движения и усилия по внесению этого вопроса в международную повестку дня.

Меры, предпринимавшиеся в СССР (1970–1990 гг.)

При Советской власти безопасность дорожного движения считалась проблемой, которой должно заниматься министерство внутренних дел. В середине 70-х годов, когда проблема безопасности дорожного движения впервые обратила на себя внимание, была образована правительственная комиссия, возглавляемая министерством внутренних дел. Была создана целая сеть правил, руководств и учреждений по безопасности дорожного движения, включая ряд учреждений, предназначенных для оказания медицинской помощи. Поскольку почти половина водителей в СССР были профессиональными водителями, эти учреждения уделяли большое внимание созданию основы для психофизиологических проверок и определения функциональной способности водителя. В рамках созданной сети партнеров проводился определенный международный обмен информацией, в основном с восточными странами, но также и с Соединенными Штатами Америки. До 90-х годов система работала эффективно, хотя показатели использования дорог постоянно возрастали.

В тот период дорожно-транспортные происшествия не считались проблемой сектора здравоохранения, поэтому усилия дипломатии в области здравоохранения были ограничены разработкой общих стандартов медицинской помощи по поводу травм. Работники здравоохранения сами выполняли эту работу, а координировалась она главными специалистами министерства здравоохранения, которые были директорами ведущих институтов травматологии и неотложной помощи. Эти институты выступали в качестве координационного пункта, через который медицинские учреждения обменивались данными, делились опытом на международном уровне и совместно с сотрудниками министерства разрабатывали государственные стандарты медицинской помощи.

Признание проблемы на федеральном уровне (1990–2005 гг.)

В 90-е годы прежняя система была в значительной степени разрушена, и возникли проблемы с безопасностью дорожного движения. Количество автотранспортных средств на душу населения увеличилось с 5,5 на 1000 человек в 1970 г. до 132,4 на 1000 в 2000 г., что сопровождалось соответствующим увеличением числа ДТП (2). В период с 1997 по 2003 г. министерства здравоохранения, внутренних дел и транспорта разрабатывали многочисленные программы по профилактике дорожно-транспортных происшествий, но из-за отсутствия централизованного финансирования и надлежащего сотрудничества между заинтересованными сторонами ситуация ухудшалась. В частности, показатель смертности от ДТП увеличился до 28,7 на 100 000 населения (2).

Министерство внутренних дел, анализируя проблему, осознало, что ситуация требует многодисциплинарного подхода, предусматривающего привлечение специалистов и органов управления из таких секторов, как полиция, здравоохранение, строительство и автомобильная промышленность, а также соответствующего федерального финансирования и общей поддержки от областей и республик Российской Федерации. Для обеспечения этих условий нужно было добиться, чтобы проблема безопасности дорожного движения была поднята на более высокий уровень государственного управления с последующим принятием государственного документа. Для привлечения внимания к этой проблеме в стране и на глобальном уровне были проведены мероприятия по повышению количества и сферы охвата информационных материалов о безопасности дорожного движения, которые распространялись на самых высоких уровнях федерального правительства.

Внутренние действия были сосредоточены главным образом на формировании системы более подробной и достоверной отчетности по безопасности дорожного движения. Это означало необходимость усовершенствования внутренней государственной иерархии отчет-

ности и создания информационных ресурсов для гражданского общества, которое оказывает политическое влияние по каналам, не связанным с федеральными министерствами. Сотрудничество между министерствами внутренних дел и здравоохранения внесло большой вклад в создание базы для дипломатических действий, поскольку министерство здравоохранения играло решающую роль в сборе статистики здравоохранения. Это сотрудничество также заложило основу для дальнейшей выработки общего видения безопасности дорожного движения.

Дипломатические действия были самой интересной составляющей этого процесса по повышению приоритетности вопросов безопасности дорожного движения. Дипломатические шаги преследовали ряд целей: вовлечь влиятельное министерство иностранных дел в сотрудничество по обеспечению безопасности дорожного движения, создать надгосударственную основу для действий в этом направлении и вовлечь различные международные организации и НПО в реализацию проектов по обеспечению безопасности дорожного движения в Российской Федерации. Важнейшим элементом этих дипломатических усилий было сотрудничество министерств внутренних дел и иностранных дел в целях внесения значительного вклада России в первые две резолюции Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по безопасности дорожного движения в 2003 и 2004 годах (3, 4).

Принятие этих резолюций имеет два основных последствия. Во-первых, они привлекли внимание высших правительственных эшелонов, благодаря чему на заседании президиума Государственного совета в 2005 г. было одобрено создание правительственной комиссии по безопасности дорожного движения. Во-вторых, в резолюции 2004 г. (4) ВОЗ было предложено стать координатором по вопросам безопасности дорожного движения в рамках системы Организации Объединенных Наций. Это решение значительно расширило участие сектора здравоохранения в обеспечении безопасности дорожного движения; традиционно мандат ВОЗ в стране ограничивал круг ее государственных партнеров министерством здравоохранения.

Федеральные программы повышения безопасности дорожного движения и Московская министерская конференция

Ввиду растущего числа дорожно-транспортных происшествий в период с 2003 по 2006 г. был разработан ряд комплексных программ (5). Результаты этих программ, несмотря на их ограниченность (сокращение ДТП со смертельным исходом на 4,6%), а также дальнейший рост интенсивности дорожного движения побудили федеральное правительство принять первую федеральную программу повышения безопасности дорожного движения на 2006–2012 гг.

Чтобы разработать эту программу, необходимо было выработать общее видение безопасности дорожного движения. Министерство здравоохранения и ВОЗ первыми предприняли шаги в этом направлении, подготовив и опубликовав ряд заявлений, которые были полностью приняты министерством внутренних дел. Сначала оно согласилось с тем, что безопасность на дорогах является проблемой общественного здоровья, оказывающей прямое воздействие на население. Затем оба министерства пересмотрели определения травматизма и смертности в результате ДТП, что позволило получать статистику, сопоставимую со статистикой других стран. Наконец, они договорились о механизме будущего сотрудничества: министерство внутренних дел как традиционный координатор в сфере обеспечения безопасности дорожного движения будет продолжать выполнять эту роль в рамках федеральной программы, а министерство здравоохранения при содействии ВОЗ будет координировать включение глобального опыта в государственную программу повышения безопасности дорожного движения.

Включение глобального опыта в государственные программы повышения безопасности дорожного движения началось в 2010 г., когда в двух субъектах федерации в западной части России было начато проведение четырехлетнего пилотного проекта по повышению безопасности дорожного движения. Этот проект осуществлялся консорциумом международных

партнеров, состоявшим из ВОЗ, университета Джона Хопкинса и Глобального партнерства по безопасности дорожного движения, совместно с министерствами внутренних дел и здравоохранения (6). Финансовая поддержка этому проекту была оказана Фондом Bloomberg Philanthropies. Этот проект был частью глобального проекта «Безопасность дорожного движения в десяти странах» и был направлен на минимизацию трех факторов риска посредством совершенствования законодательства о безопасности дорожного движения и мер по обеспечению его соблюдения и изменения поведения участников дорожного движения с помощью кампаний социальной рекламы. Важной и необычной частью проекта был инструмент мониторинга и оценки, который позволил использовать прямые показатели поведения пользователей и данные государственной статистики, получаемые от министерств внутренних дел и здравоохранения. Меры вмешательства в рамках проекта включали пакет общих мер, направленных на снижение трех основных факторов риска и имевших целью повысить уровень использования ремней безопасности и детских удерживающих устройств и уменьшить число водителей, превышающих установленные ограничения скорости.

В результате реализации программы были отмечены изменения в поведении участников дорожного движения и улучшения в межсекторальном сотрудничестве. Основными трудностями были недостаточное участие сектора здравоохранения и ограниченное число факторов риска ДТП и травматизма (например, вождение в нетрезвом виде), которые были охвачены программой. Это привело к последующему включению ряда положений первой программы в недавно разработанную федеральную программу «Повышение безопасности дорожного движения в 2013–2020 годах».

Обе федеральные программы имели смешанные бюджеты – с федеральными, областными и внебюджетными ассигнованиями – в сумме около 1,5 млрд долл. США в 2006–2012 гг. и 1 млрд долл. США на 2012–2020 гг. Финансирование почти в равных долях из федерального и областных бюджетов оказалось эффективным способом активного вовлечения областных правительств в реализацию федеральной программы. Это даже побудило некоторые области к принятию своих собственных подпрограмм, что стало дополнительным вкладом в достижение результатов федеральной программы. С другой стороны, многие области, которые не могли позволить себе софинансирование, не смогли принять участие в федеральной программе.

Растущая интеграция национального и глобального контекстов, кульминацией которой стало проведение первой Всемирной министерской конференции по безопасности дорожного движения в Москве в 2009 г., способствовала дальнейшему развитию этой темы в Российской Федерации. Конференция приняла Московскую декларацию, в которой Генеральной Ассамблее Организации Объединенных Наций было предложено объявить Десятилетие действий по обеспечению безопасности дорожного движения 2011–2020 гг.

Сегодня сотрудничество между министерствами здравоохранения и внутренних дел продолжается. Оба министерства достигли согласия в том, что безопасность на дорогах является проблемой общественного здоровья на федеральном и областном уровнях. Теперь задача состоит в том, чтобы сохранить достигнутый баланс сил и обеспечить в этой области лидирующую роль ВОЗ и министерства здравоохранения.

Проблемы и насущные задачи

Каждый год новый бюджет дает жизнь многочисленным федеральным и областным подпрограммам повышения безопасности дорожного движения, и перечислить их все почти невозможно. В этой главе упоминаются лишь самые сложные проекты, чтобы показать многообразие аспектов безопасности дорожного движения.

Сеть неотложной медицинской помощи

Автомобильные дороги в стране имеют свои особенности: это дороги большой протяженности, проходящие через малонаселенные территории с редкой сетью медицинской помощи, включающей пункты скорой помощи на трассе, а также широкое использование санитарной авиации. Это потребовало создания медицинской сети, которая могла бы опе-

ративно выделять достаточное количество машин скорой помощи, выбирать наиболее подходящие больницы и определять способы доставки пациентов в эти больницы.

Эта сеть начала функционировать в 2006 г. Транспортно-логистическая схема включает: три уровня медицинских учреждений (от минимально оснащенных учреждений 3-го уровня до высокоспециализированных учреждений 1-го уровня), организованных так, чтобы полностью закрыть все критические зоны дорожно-транспортных происшествий; средство оценки тяжести травм и навигационную систему, которая направляет автомобиль или вертолет скорой помощи в нужный травматологический центр по кратчайшему маршруту. Это потребовало плодотворного сотрудничества между многими медицинскими учреждениями, которые находятся в ведении различных министерств (министерство здравоохранения и министерство по чрезвычайным ситуациям), операторами системы спутниковой связи и областными правительствами. Этот результат был достигнут благодаря тому, что правительственная комиссия по безопасности дорожного движения приняла положения, касающиеся этой сети.

Усиление мер по борьбе с вождением в состоянии алкогольного опьянения

В Российской Федерации одним из основных факторов риска травматизма, в том числе травм в результате дорожно-транспортных происшествий, является управление транспортным средством в состоянии опьянения. Министерство внутренних дел предприняло важные шаги по ужесточению законодательства против управления транспортным средством в состоянии опьянения и обеспечению его соблюдения, а также по снижению доступности алкогольной продукции в магазинах в зависимости от времени суток и возраста покупателей. По действующему законодательству установлен уровень допустимого содержания алкоголя в крови водителя ниже 0,016 мг/л, что эквивалентно 0,03 г/дл, и это для всего населения, без каких-либо специальных норм для начинающих водителей. Согласно международным рекомендациям, уровень содержания алкоголя в крови не должен превышать 0,05 г/дл для всего населения и 0,02 г/дл для начинающих водителей. Таким образом, общий уровень содержания алкоголя в крови в РФ ниже, чем во многих европейских странах, но главной трудностью является обеспечение соблюдения этого закона. Последнее обследование в Европейском регионе ВОЗ показало значительное снижение смертности, относимой на счет алкоголя, в Российской Федерации, что подтверждает эффективность многосекторальных мер (2); эти результаты коррелируют с данными дорожной полиции о травматизме и смертности в результате дорожно-транспортных происшествий, связанных с вождением в состоянии алкогольного опьянения.

Меры против водителей, употребляющих наркотики

Хотя с употреблением наркотиков непосредственно связано значительное число дорожно-транспортных происшествий, меры проверки на употребление наркотиков ограничены по нескольким причинам. Во-первых, очень широк список современных лекарственных средств, которые используются для лечения заболеваний, и это значительно усложняет просвещение работников полиции и медицинского персонала по этому вопросу. Во-вторых, до сих пор нет экспресс-тестов на употребление наркотиков, которые позволяли бы проводить сплошные проверки с целью выявления водителей, находящихся под воздействием наркотиков, и которые могли бы реально использоваться полицией на постах ГИБДД. В-третьих, закон в этой области проработан слабо, что создает одинаковое законодательное давление и на водителей, употребляющих алкоголь, и на водителей, употребляющих наркотики. В этой ситуации одна глобальная проблема здоровья переплетается с другой, но главной целью была признана борьба с наркоманией.

Улучшение безопасного поведения пешеходов

Хотя водители и несут юридическую ответственность за большинство ДТП с участием пешеходов, небезопасное поведение пешеходов, особенно детей и молодых взрослых, приводит к многочисленным травмам. Были предприняты значительные усилия по улучшению дорожной инфраструктуры, обеспечению более низкой скорости движения в городах и по совершенствованию законодательства о безопасности дорожного движения и его применения. Профи-

лактическая работа в этой области включала кампании в средствах массовой информации, кампании социальной рекламы, специальные занятия в автошколах и действия по правоприменению, направленные на обеспечение безопасности пешеходов-детей.

Министерство внутренних дел проводит специальные акции, в основном летом, когда число несчастных случаев с участием детей-пешеходов особенно велико. Непрерывное обучение безопасному поведению на дорогах, которое начинается в детском саду и продолжается до окончания школы, имеет целью научить молодых людей ответственности пешеходов за соблюдение правил дорожного движения.

Более широкое использование немоторизованных транспортных средств

Использование немоторизованных транспортных средств, особенно велосипедов, может значительно снизить частоту дорожно-транспортных происшествий в городах, но, по сообщениям ВОЗ, велосипедисты подвергаются высокому риску травм и смерти. Поэтому для поощрения езды на велосипеде требуется, чтобы было значительное число велосипедистов и была создана безопасная для них городская среда.

Меры по содействию езде на велосипеде на общенациональном уровне не предпринимаются, но уже начаты в крупных городах. Несмотря на огромное количество велосипедных дорожек в Москве и наличии системы обмена и проката велосипедов в московских парках и на улицах, велосипедные дорожки до 2015 г. не имели определенного юридического статуса. В новом региональном законе для велосипедных дорожек установлен особый режим движения с преимуществом для велосипедистов, хотя оценивать результаты этой меры слишком рано.

Оценка результатов программы

По поводу оценки результатов даже в рамках одной программы могут возникнуть существенные разногласия. Считается, что некоторые меры, такие как использование ремней безопасности и детских удерживающих устройств или ограничения на управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, вне всякого сомнения, ведут к независимым результатам, однако статистические источники в основном приводят медицинские данные о смертности, заболеваемости и тяжести травм.

Из-за двух типов трудностей предпочтение отдается суррогатным конечным точкам. Трудности первого типа связаны с различиями в классификациях тяжести дорожно-транспортных травм, используемых различными медицинскими учреждениями и министерствами. Предполагается, что эту проблему можно будет решить путем разработки новых универсальных стандартов медицинской помощи, которые согласуются со статистическими определениями министерства внутренних дел.

Вторая трудность возникает, главным образом, на областном уровне, где статистика включает данные, касающиеся водителей из других областей и ДТП на федеральных трассах. Это заставляет областные правительства менять включаемые в отчетность конечные точки на более персонализированные данные местных научных исследований. Для решения этой проблемы будет внедрена новая система отчетности, требующая предоставления гораздо более подробных данных.

Заключение

Дипломатия в области здравоохранения в целях предупреждения травматизма и смертности в результате дорожно-транспортных происшествий в Российской Федерации помогла улучшить действенность мер по повышению безопасности дорожного движения. Ее развитию способствовало сотрудничество внутри системы государственного управления и на глобальном уровне. Эти два направления работы эффективны сами по себе, но одновременно они дополняют политические усилия в каждом из них. В Российской Федерации дипломатия в области здравоохранения способствовала серьезному вовлечению в работу секторов, не относящихся к здравоохранению, что еще раз продемонстрировало неопределимую важность многостороннего сотрудничества при решении таких сложных проблем.

Библиография *

1. Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2004 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42871/4/5777701582_rus.pdf)
2. Global status report on road safety 2015. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/).
3. Резолюция A/RES/57/309 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций. Глобальный кризис в области безопасности дорожного движения. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2003 (<http://www.un.org/ru/documents/ods.asp?m=A/RES/57/309>).
4. Резолюция A/RES/58/289 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций. Повышение безопасности дорожного движения во всем мире. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2004 (<http://www.un.org/ru/documents/ods.asp?m=A/RES/58/289>).
5. Постановление Правительства Российской Федерации № 100 от 20.02.2006 г. О Федеральной целевой программе «Повышение безопасности дорожного движения в 2006 – 2012 годах». Москва: Правительство Российской Федерации; 2006.
6. Кондратьев В., Шикин В., Гришин В., Орлов С., Клявин В., Юрасова Е. и соавт. Межсекторальные действия для повышения безопасности дорожного движения в двух областях Российской Федерации. Панорама общественного здравоохранения, 2015;1(2):192–7 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/287161/Intersectoral-action-to-improve-road-safety-Rus.pdf?ua=1).

* Все электронные ссылки в данной книге приведены по состоянию на 9 мая 2017 г., если не указано иное.

11. ВОЗ: вопросы здоровья в переговорах по изменению климата

Bettina Menne
Vladimir Kendrovski

Введение

Климатическая система однозначно становится теплее, и многие наблюдаемые с 50-х годов прошлого столетия изменения являются беспрецедентными за периоды от нескольких десятилетий до нескольких тысячелетий. Изменению климата способствовала деятельность человека, и это изменение происходит гораздо быстрее и является более опасными, чем думали раньше. На протяжении всего XXI века и далее здоровье и благополучие населения будут зависеть от государственного и общественного выбора оптимальных краткосрочных и долгосрочных мер по сокращению выбросов парниковых газов (ПГ) (смягчение последствий) и мер по обеспечению готовности к нынешним и прогнозируемым последствиям изменения климата и их преодолению (адаптация). В этой главе приводится краткое описание здравоохранительных аспектов соглашений по климату, современной ситуации и последующих шагов.

Аспекты дипломатии в области здравоохранения в соглашениях по климату

Рамочная конвенция ООН об изменении климата является имеющим обязательную юридическую силу многосторонним инструментом в сфере охраны окружающей среды, и все связанные с ним дискуссии проводятся в соответствии с международными правилами дипломатии. Ратифицировавшие Конвенцию государства-члены являются ее Сторонами, тогда как другие юридические лица (такие как учреждения ООН и НПО) выступают в роли наблюдателей. Предлагать формулировки или переговоры по вопросам здравоохранения могут только представители государств-членов в Конвенции или ее органах. Главные представители стран при Конвенции являются сотрудниками министерств охраны окружающей среды, хотя в последние годы более заметным стало присутствие министерств иностран-

ных дел, финансов или внутренних дел. Обычно страны обсуждают свою позицию индивидуально или в группе стран, такой как ЕС. Министры и министерства здравоохранения обычно не уполномочены представлять свои правительства за столом переговоров. Поэтому для продвижения вопросов здравоохранения на переговорах по изменению климата министерства здравоохранения или гражданское общество или группы, имеющие общую заинтересованность, должны проводить лоббирование представителей своей страны при Конвенции или действовать опосредованно через организации, имеющие статус наблюдателей, такие как ВОЗ.

На сессиях Европейского регионального комитета ВОЗ в 1999, 2004 и 2010 гг., а также на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2008 г. представители министерств здравоохранения договорились об активизации действий в сфере изменения климата и охраны здоровья. Для привлечения внимания к последствиям изменения климата для здоровья ВОЗ призвала к действиям, посвященным этой проблеме, во Всемирный день здоровья 7 апреля 2008 г. В 2010 г. ВОЗ учредила неформальную группу «Друзья общественного здоровья», в которую вошли волонтеры из национальных делегаций и других организаций-партнеров, для участия в открытых и юридически не обязывающих дискуссиях по вопросам здравоохранения в рамках переговоров об осуществлении Рамочной конвенции ООН об изменении климата.

Рамочная конвенция ООН об изменении климата

Конвенция была принята на Конференции ООН по проблемам окружающей среды и развития (Саммите Земли), состоявшейся в Рио-де-Жанейро, Бразилия, в 1992 г. (1). Все государства-члены в Европейском регионе ВОЗ и ЕС ратифицировали Конвенцию. Стороны Конвенции договорились защищать климатическую систему на благо нынешнего и будущих поколений человечества на основе справедливости и в соответствии с их общей, но дифференцированной ответственностью и имеющимися у них возможностями.

Вопросы здравоохранения отражены в двух важных статьях Конвенции (1): в Статье 1 говорится об отрицательном воздействии изменения климата на здоровье человека, а в Статье 4.1 содержится призыв к Сторонам учитывать связанные с изменением климата соображения относительно здоровья «при проведении своей соответствующей социальной, экономической и экологической политики и принятии мер», нацеленных на смягчение последствий изменения климата и адаптацию, и «использовать соответствующие методы, например, оценки последствий, составленные и определенные на национальном уровне».

Принятая в декабре 2005 г. в рамках Конвенции Найробийская программа работы в области воздействий изменения климата, уязвимости и адаптации нацелена на поддержку и активизацию выработки и распространения информации и знаний, на основе которых могут быть приняты стратегии и практические меры в области адаптации к изменению климата. В августе 2016 г. программа объявила сбор данных о воздействии изменения климата на здоровье человека. С момента принятия Конвенции это был второй официальный призыв о сборе практических примеров в сфере здравоохранения; первый призыв в 2003 г. касался инструментов и методов, а второй – примеров наиболее эффективной практики. Информацию представили 30 государств-членов ВОЗ в Европе (28 стран ЕС, Сербия и бывшая югославская Республика Македония). Обсуждение полученных результатов состоялось в ноябре 2016 г. в ходе Конференции Сторон в Марракеше, Марокко. Присланные странами примеры должны войти в сводный отчет за 2017 г., который должен быть представлен на утверждение следующей Конференции Сторон в Бонне, Германия, в ноябре 2017 г.

Стороны Конвенции отчитываются о достигнутом прогрессе каждые пять лет путем представления национальных сообщений, в которых отражены меры национального уровня по сокращению выбросов ПГ и меры адаптации. Учитывая тот факт, что большинство представителей при Рамочной конвенции не являются специалистами в области здравоохранения,

ВОЗ начала разработку национальных страновых профилей. Сначала были созданы профили для стран Европейского региона ВОЗ, а теперь разрабатываются для других стран мира. Страновые профили по климату и здоровью (2) содержат актуальную и достоверную информацию по каждой стране в отношении нынешних и ожидаемых последствий изменения климата для здоровья человека, возможностей получения сопутствующих выгод для здоровья в результате действий по смягчению последствий и осуществляемых странами стратегических мер реагирования. Задача этих профилей – вооружить информацией министров и других ответственных лиц для того, чтобы они могли принимать участие, вести информационно-разъяснительную работу и осуществлять действия в интересах здравоохранения в процессе подготовки своих стран к переговорам и в работе с механизмами отчетности в соответствии с Рамочной конвенцией ООН об изменении климата. Помимо этого, страновые профили являются основой для определения долгосрочных приоритетов, проведения научных исследований и реализации и мониторинга мероприятий в сфере здравоохранения и климата. Выпуск страновых профилей начался относительно недавно, поэтому оценок их воздействия на выполнение многосторонних соглашений по климату и отчетности по их выполнению к настоящему времени не проводилось.

Парижское соглашение

Парижское соглашение (3), подписанное в декабре 2015 г., отражает меняющуюся ситуацию в международной политике по климату: основное внимание в нем уделяется реализации мер, нацеленных на:

...укрепление глобального реагирования на угрозу изменения климата в контексте устойчивого развития и усилий по искоренению нищеты, в том числе посредством удержания прироста глобальной средней температуры намного ниже 2 °С сверх доиндустриальных уровней и приложения усилий в целях ограничения роста температуры до 1,5 °С сверх доиндустриальных уровней, признавая, что это значительно сократит риски и воздействия изменения климата.

В преамбуле признается, что «Сторонам следует, при осуществлении действий в целях решения проблем, связанных с изменением климата, уважать, поощрять и принимать во внимание... право на здоровье» (3).

Определяемые на национальном уровне вклады

Основной инструмент реализации Соглашения – так называемые вклады, определяемые на национальном уровне, в которых прописываются объемы сокращений выбросов ПГ каждой страной или группами стран, такими как ЕС. В Соглашении предусматриваются имеющие юридическую силу обязательства всех Сторон подготавливать, сообщать и сохранять определяемые на национальном уровне вклады и принимать внутренние меры по их достижению, а также по их измерению и представлению отчетности. Пороговый уровень ратификации Парижского соглашения был достигнут 5 октября 2016 г., и 4 ноября Соглашение вступило в силу. Страны, ратифицировавшие соглашение, должны отчитываться о достигнутом прогрессе каждые пять лет.

Сценарии в отношении изменения климата показывают, что для того, чтобы была вероятность ограничения роста глобальной средней температуры до 2 °С, к середине века глобальные выбросы ПГ должны быть сокращены на 40–70% (по сравнению с 2010 г.) (4, 5). Достижение полной декарбонизации потребует гораздо более существенных усилий, чем те, о которых было объявлено к настоящему моменту (5). Европейские государства-члены ВОЗ приняли обязательство о сокращении выбросов ПГ к 2030 г. на 43% по сравнению с 1990 г. Сокращения будут осуществляться в первую очередь за счет секторов, упомянутых в Соглашении: энергетика, транспорт, эксплуатация зданий и промышленность.

В преддверии Конференции Сторон в Париже в декабре 2015 г. 189 Сторон представили свои планируемые вклады, определяемые на национальном уровне, которые охватили 99% всех выбросов. Большинство этих обязательств основаны на руководящих принципах от-

четности по соблюдению Конвенции, в соответствии с которыми Стороны должны готовить кадастры выбросов и поглощения ПГ в пяти обязательных секторах: энергетике; промышленных технологиях и использовании продукции; сельском хозяйстве; землепользовании, изменениях в землепользовании и лесном хозяйстве и удалении отходов. И хотя в Конвенции предусматривается требование к Сторонам принимать во внимание воздействие на здоровье мер по смягчению последствий изменения климата, отчетность по этому вопросу не является обязательной.

Из 189 представленных определяемых на национальном уровне вкладов в 124 упоминаются вопросы здравоохранения, в основном в контексте адаптации к изменению климата (6). Такие представления были получены от 52 европейских государств-членов, но лишь 10 стран (19% – Армения, Беларусь, Грузия, Израиль, Кыргызстан, Монако, Республика Молдова, Сербия, Таджикистан и Туркменистан) упоминают здоровье в разделе, касающемся мер по адаптации.

В представленном вкладе Республики Молдова содержалось наиболее подробное описание потребностей и мер реагирования в области адаптации здравоохранения. Вклад, представленный ЕС как одной из Сторон конвенции, был сосредоточен на мерах смягчения последствий лишь в ключевых секторах экономики, что объясняет относительно низкое внимание вопросам здравоохранения в представленных планируемых вкладах.

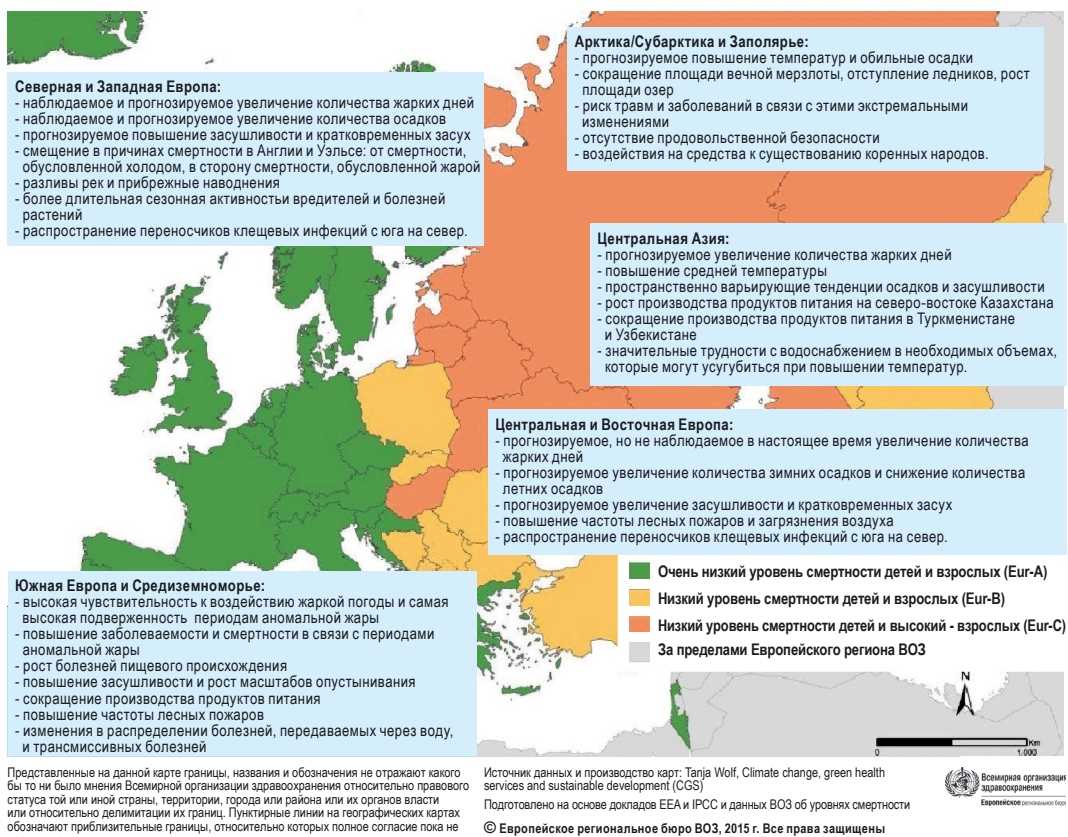
Адаптация

Парижское соглашение (3) также призывает страны значительно усилить мероприятия по адаптации – через сотрудничество на региональном уровне, укрепление адаптационных возможностей, повышение сопротивляемости, снижение уязвимости, углубление понимания и активизацию осуществления мер адаптации – в целях содействия устойчивому развитию и обеспечения адекватного адаптационного реагирования. Национальные планы адаптации должны быть основаны на оценках последствий и уязвимостей, связанных с изменением климата и учитывающих все, что касается уязвимых людей и мест, а также включать системы мониторинга, оценки и обучения. Парижское соглашение также существенно усиливает Варшавский международный механизм по потерям и ущербу. В 2013 г. на Конференции Сторон Конвенции был создан Варшавский международный механизм по потерям и ущербу в результате воздействий изменения климата (7), призванный обеспечить решение проблем, связанных с потерями и ущербом в результате воздействий изменения климата, включая экстремальные и медленно протекающие явления, в развивающихся странах, особенно уязвимых к неблагоприятным последствиям.

На рис. 11.1 показаны прогнозируемые риски, выявленные уязвимости и прогнозируемые последствия изменения климата для здоровья по странам, приславшим результаты своих оценок (8). Эти важные оценки послужили доказательной базой для разработки национальных стратегий в области адаптации и подготовки регулярных национальных сообщений в Секретариат Конвенции и/или помогли привлечь внимание правительств к необходимости предупреждения определенных рисков, таких как периоды аномальной жары или новые инфекционные заболевания.

Европейские страны находятся на разных этапах подготовки, разработки и реализации стратегий или планов действий в области адаптации (9). Из 53 государств-членов Европейского региона ВОЗ 32 страны выполнили межсекторальные национальные оценки уязвимости, воздействия и адаптации. Двадцать четыре страны разработали межсекторальные национальные планы или стратегии адаптации, в 22 из которых вопросы здоровья людей включены в список приоритетов (рис. 11.2) (10). Включение вопросов здоровья зависит от масштабов и характера наблюдаемых последствий для здоровья, оценки нынешней и будущей уязвимости, возможностей для адаптации и готовности принимать какие-либо меры. В Европейском регионе ВОЗ большинство адаптационных мероприятий в сфере здравоохранения, разработанных к настоящему времени, сосредоточены на совершенствовании нынешних функций общественного здравоохранения в целях более эффективного противо-

Рисунок 11.1. Риски, связанные с воздействием изменения климата на здоровье человека, в Европейском регионе ВОЗ

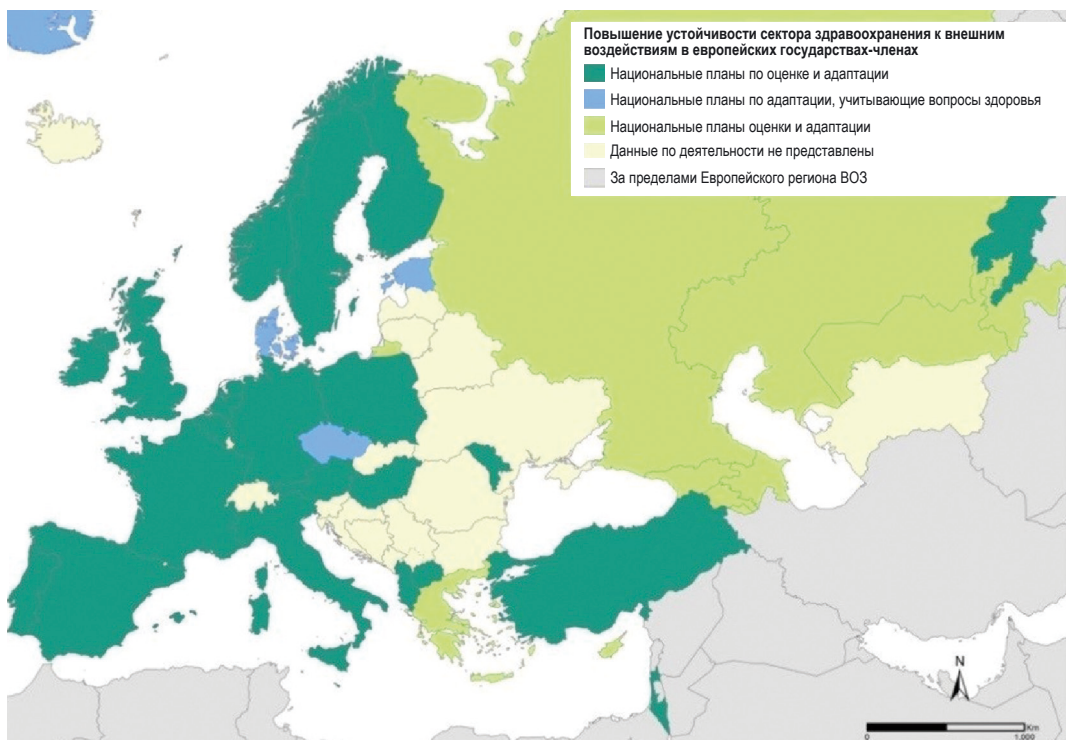


Источник: адаптировано по материалу van Oldenborgh et al. (8)

действия неблагоприятным последствиям для здоровья, связанным с изменением климата, например, на усилении программ эпиднадзора и мониторинга, совершенствовании системы управления рисками стихийных бедствий и обеспечении координации между здравоохранением и другими секторами в решении проблем, связанных со сдвигами в заболеваемости и географическом распространении заболеваний. В настоящее время в долгосрочных стратегиях или краткосрочном планировании в секторе здравоохранения редко учитывается информация о климате. В десяти европейских государствах-членах разработаны национальные или субнациональные планы адаптации с конкретными мерами по охране здоровья (10). Включение мероприятий по охране здоровья в планы адаптации – важный шаг для привлечения финансирования из внутренних и международных источников и определения приоритетных областей при распределении государством выделяемых средств. Для усиления аспектов здоровья при разработке национальных планов адаптации, содействия их утверждению на уровне всего правительства и оценки их эффективности в долгосрочной перспективе необходима и впредь существенная поддержка.

В апреле 2013 г. государства-члены ЕС приветствовали принятие новой стратегии ЕС по адаптации к изменению климата (11). Ее цель – повысить устойчивость стран Европы к изменению климата, а основные усилия в соответствии с этой стратегией сосредоточены на поощрении и поддержке действий, предпринимаемых государствами-членами, мер по обеспечению климатоустойчивости и принятия более обоснованных решений. Параллельно с разработкой стратегии был издан рабочий документ Генерального директората Еврокомиссии по здраво-

Рисунок 11.2. Страны, в которых была проведена оценка уязвимости, воздействия и/или разработаны национальные планы адаптации



Представленные на данной карте границы, названия и обозначения не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Источник данных и производство карт: Tanja Wolf, Climate change, green health services and sustainable development (CGS)
 Подготовлено на основе докладов ЕЕА и ИРСС и данных ВОЗ об уровнях смертности
 © Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015 г. Все права защищены



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (10).

охранению и безопасности пищевой продукции (12), в котором были представлены варианты мер по адаптации в секторе здравоохранения, подготовленные на основе результатов проекта «План действий и информационная система по климату, окружающей среде и охране здоровья», который координировался Европейским региональным бюро ВОЗ.

Эта стратегия в настоящее время пересматривается. Было предложено в 2017 г. опубликовать т.н. информационную доску с оценкой показателей, предусматриваемых в стратегиях осуществления мер по адаптации. В 2010 г. для поддержки стран в осуществлении адаптационных мер была создана Европейская платформа по адаптации к изменению климата (Climate-ADAPT) (13), которая по-прежнему доступна и регулярно обновляется. Продолжается интеграция вопросов здравоохранения, связанных с изменением климата, в экологическую политику ЕС, и для поиска новых политических возможностей будут предприняты дополнительные меры.

На субрегиональном и субнациональном уровне проводятся пилотные проекты по укреплению способности систем здравоохранения адаптироваться к изменению климата (14). Самым крупным из этих проектов является инициатива семи стран по укреплению способности систем здравоохранения к адаптации к изменению климата, финансируемая Международной климатической инициативой. Этот проект заложил прочный фундамент для последующих действий: в нем приведены примеры приоритетов, насущных задач и новых решений в семи странах, принимающих в нем участие (табл. 11.1) (15).

Таблица 11.1. Стратегические меры, предложенные в планах адаптации семи стран и сгруппированные в соответствии с Европейской региональной рамочной программой действий «Защита здоровья в условиях воздействия изменения климата на окружающую среду»

Страна	Мероприятие				
	Аспекты здоровья в других стратегиях	Укрепление систем здравоохранения	Повышение осведомленности	Экологически ориентированные системы здравоохранения	Научные исследования, информация, данные
Албания	<p>Усиление координации между секторами и участвующими сторонами</p> <p>Интеграция аспектов здоровья в национальное планирование на случай чрезвычайных ситуаций</p>	<p>Разработка планов действий на случай экстремальных погодных явлений</p> <p>Улучшение организации действий по решению проблем здоровья, вызванных пылью, ультрафиолетовой радиацией и экстремальной жарой/экстремальным холодом</p>	<p>Обучение специалистов здравоохранения</p> <p>Кампании в средствах массовой информации</p>	<p>Внедрение мер повышения энергоэффективности и новаторских экологических технологий в секторе здравоохранения</p>	<p>Разработка и адаптация информационных систем «Окружающая среда и здоровье» (например, мониторинг качества воздуха)</p> <p>Разработка интегрированных систем эпиднадзора (таких как метеорологическое наблюдение, эпиднадзор за инвазивными видами, болезнями и загрязнением окружающей среды)</p>
Бывшая югославская Республика Македония	<p>Создание межведомственного органа для обеспечения эффективного и рационального использования ресурсов</p> <p>Улучшение координации между учреждениями</p> <p>Улучшение городского планирования (сокращение эффекта городского острова тепла)</p>	<p>Системы раннего оповещения и управления в экстремальных погодных условиях (аномальная жара, загрязнение воздуха, аномальный холод, наводнения и пожары)</p> <p>Укрепление мер профилактики и контроля аллергических заболеваний, вызываемых пылью</p> <p>Снижение риска инфекционных заболеваний, связанных с изменением климата (в т.ч. усиление контроля за внедрением ММСГ)</p> <p>Обеспечение готовности систем здравоохранения (например, к периодам аномальной жары и холода)</p>	<p>Включение учебных модулей по вопросам изменения климата в программы высшего и последипломного медицинского образования</p> <p>Регулярные кампании по просвещению населения</p>	<p>Меры по повышению энергоэффективности в учреждениях здравоохранения</p>	<p>Постоянный и регулярный мониторинг экологических рисков (таких как периоды аномальной жары и загрязнение воздуха)</p> <p>Содействие функциональному обмену данными и информацией</p>

Страна	Мероприятие				
	Аспекты здоровья в других стратегиях	Укрепление систем здравоохранения	Повышение осведомленности	Экологически ориентированные системы здравоохранения	Научные исследования, информация, данные
Казахстан	<p>Обеспечение более активного участия сектора здравоохранения в планировании на случай чрезвычайных ситуаций и подготовке межсекторальных планов с включением аспектов здоровья</p>	<p>Интеграция вопросов изменения климата в политику здравоохранения</p> <p>Укрепление системы услуг в области гигиены окружающей среды, лабораторных услуг и первичной медико-санитарной помощи</p> <p>Разработка планов охраны здоровья в случае экстремальных погодных явлений (таких как наводнения, оползни, песчаные бури и периоды аномальной жары)</p> <p>Адекватное обеспечение кадрами и ресурсами в приоритетных областях</p> <p>Повышение устойчивости инфраструктуры здравоохранения к экстремальным погодным явлениям</p>	<p>Профессиональное развитие выпускников вузов ампании в средствах массовой информации</p> <p>Информация о здравоохранении для других секторов</p>	<p>Внедрение в системы здравоохранения планов повышения энергоэффективности и обеспечения безопасности управления отходами и водными ресурсами</p> <p>Гарантии обеспечения ресурсами в случае экстремальных погодных явлений</p> <p>Климатоустойчивые технологии</p>	<p>Мониторинг качества воздуха, воды и продуктов питания, а также наблюдение за пищевым статусом населения</p> <p>Исследования по вопросам охраны здоровья и изменения климата</p> <p>Укрепление интегрированного эпиднадзора за болезнями, зависящими от климатических условий (болезнями, передаваемыми через воду, и трансмиссивными болезнями)</p>
Кыргызстан	<p>Обеспечение более активного участия сектора здравоохранения в разработке планов действий в чрезвычайных ситуациях в случае экстремальных погодных явлений</p> <p>Разработка межсекторальных планов</p>	<p>Интеграция вопросов изменения климата в политику здравоохранения</p> <p>Укрепление системы услуг в области гигиены окружающей среды, лабораторных услуг и первичной медико-санитарной помощи</p> <p>Разработка планов раннего оповещения и действий в случае экстремальных погодных явлений (таких как наводнения, оползни, песчаные бури и периоды аномальной жары)</p> <p>Усиление профилактики НИЗ (в частности, респираторных/сердечно-сосудистых заболеваний, травматизма)</p> <p>Адекватное обеспечение кадрами и ресурсами в приоритетных областях</p> <p>Повышение устойчивости инфраструктуры здравоохранения к экстремальным погодным явлениям</p>	<p>Интеграция обучения по вопросам изменения климата и здоровья в программы высшего и последиplomного образования</p> <p>Разработка планов коммуникации с другими секторами и населением</p>	<p>Энергоэффективность, безопасное обращение с отходами и доступ к чистой воде в системе медико-санитарной помощи</p> <p>Гарантии обеспечения ресурсами в случае экстремальных погодных явлений</p> <p>Передача технологий</p>	<p>Мониторинг качества воздуха, воды и продуктов питания, а также наблюдение за пищевым статусом населения</p> <p>Исследования по вопросам охраны здоровья и изменения климата</p> <p>Усиление эпиднадзора за болезнями, зависящими от климатических условий (болезнями, передаваемыми через воду, и трансмиссивными болезнями)</p>

Страна	Мероприятие				
	Аспекты здоровья в других стратегиях	Укрепление систем здравоохранения	Повышение осведомленности	Экологически ориентированные системы здравоохранения	Научные исследования, информация, данные
Российская Федерация (северный пилотный регион)	<p>Содействие межведомственному сотрудничеству в разработке и усилении мер в области предупреждения и смягчения последствий изменения климата</p> <p>Координация действий с Министерством по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, центром чрезвычайной медицинской помощи, службами скорой помощи и пожарной охраны</p>	<p>Укрепление служб здравоохранения (таких как экологические и лабораторные службы, общественное здравоохранение и первичная медико-санитарная помощь) и обеспечение оборудованием (например, в сельских районах)</p> <p>Разработка планов действий в случае экстремальных погодных явлений и систем раннего оповещения (например, о периодах аномальной жары)</p> <p>Оптимизация профилактики НИЗ (в т.ч. через формирование культуры здорового образа жизни)</p> <p>Помощь ресурсами учреждениям закрытого типа (в т.ч. следственным изоляторам, колониям, школам-интернатам и домам престарелых) и детям/подросткам</p>	<p>Последипломное образование кадров здравоохранения</p> <p>Обучение спасателей, домохозяек, сотрудников полиции, учителей, ветеринаров, почтовых служащих, работников транспортной службы и сотрудников аптек</p>	–	<p>Улучшение сбора, регистрации и обработки данных</p> <p>Исследования по вопросам охраны здоровья и изменения климата</p> <p>Эпиднадзор за болезнями, зависящими от климатических условий (болезнями, передаваемыми через воду, и трансмиссивными болезнями)</p>
Таджикистан	<p>Улучшение сбора, регистрации и обработки данных</p> <p>Исследования по вопросам охраны здоровья и изменения климата</p> <p>Эпиднадзор за болезнями, зависящими от климатических условий (болезнями, передаваемыми через воду, и трансмиссивными болезнями)</p>	<p>Интеграция вопросов изменения климата в рабочий план Национального совета по здравоохранению</p> <p>Улучшение качества услуг общественного здравоохранения и медико-санитарной помощи (например, очистка сточных вод) и минимизация потерь воды)</p> <p>Улучшение нормативно-правового регулирования, логистической поддержки, доступности ресурсов и управления чрезвычайными ситуациями в больницах, учреждениях первичной медико-санитарной помощи и государственной эпидемиологической службе</p> <p>Оптимизация услуг по охране репродуктивного здоровья</p> <p>Улучшение ведения НИЗ (таких как респираторные и сердечно-сосудистые заболевания)</p> <p>Укрепление организационно-кадрового потенциала для решения вопросов адаптации</p> <p>Разработка комплексных программ профилактики болезней, передаваемых через воду</p> <p>Системы раннего оповещения в случае экстремальных погодных явлений</p>	<p>Обучение работников здравоохранения по вопросам использования географических информационных систем, оценок воздействия на окружающую среду, водопользования и сохранения экосистем</p> <p>Просвещение населения по вопросам изменения климата, НИЗ, безопасности воды, репродуктивного здоровья и инфекционных заболеваний</p> <p>Привлечение средств массовой информации к работе по просвещению населения</p>	<p>Устойчивые системы медико-санитарной помощи</p> <p>Обучение сотрудников проведению мероприятий по смягчения последствий изменения климата</p>	<p>Укрепление систем прогнозирования, моделирования и раннего оповещения</p> <p>Разработка программы научных исследований</p> <p>Мониторинг инфекционных и неинфекционных заболеваний (наблюдение за пищевым статусом детей и молодых девушек, эпиднадзор за заболеваниями, передаваемыми через воду, обеспеченности пищевыми продуктами)</p> <p>Разработка руководящих принципов обеспечения гигиены и безопасности труда в условиях экстремальной жары и холода</p>

Страна	Мероприятие				
	Аспекты здоровья в других стратегиях	Укрепление систем здравоохранения	Повышение осведомленности	Экологически ориентированные системы здравоохранения	Научные исследования, информация, данные
Узбекистан	Укрепление национального потенциала и межведомственного сотрудничества	Разработка систем раннего оповещения и планов реагирования на экстремальные погодные явления Оптимизация ведения НИЗ (обучение работников здравоохранения/ просвещение населения) Корректировка национальных стандартов ведения инфекционных заболеваний	Повышение осведомленности медицинских работников о воздействии изменения климата на здоровье (загрязнение воздуха, сердечно-сосудистые/ респираторные заболевания, аллергены и питание) Просвещение пациентов по вопросам здорового образа жизни, питания и гигиены Распространение информации в СМИ Обучение специалистов для работы с неблагоприятными климатическими факторами	–	Создание базы данных о зависимости состояния здоровья от метеорологических параметров Содействие обмену знаниями и опытом в отношении стратегий по смягчению последствий и адаптации

Источник: Menne et al. (15).

В обзоре 14 проектов по адаптации здравоохранения в СНСУД, шесть из которых были осуществлены в странах Европейского региона ВОЗ (Албании, Казахстане, Кыргызстане, Российской Федерации, Таджикистане и Узбекистане), подчеркивается, что ключом к успеху было межсекторальное сотрудничество и что (16):

результативные проекты отличались четким видением того, как проект по адаптации вписывается в национальные цели развития, и высокой степенью собственной ответственности страны за его реализацию; такие проекты были нацелены на стратегии и меры, которые необходимо осуществить, чтобы сформировать видение страны того, как будет выглядеть ее адаптированность к изменению климата; эти проекты уже имели кадры в области изменения климата и охраны здоровья или сформировали их до начала реализации проекта...

Финансовые потоки

В Парижском соглашении (3) подчеркивается, что финансовые потоки должны быть приведены в соответствие с траекторией развития, характеризующегося низким уровнем выбросов и устойчивостью к изменению климата. В нем также содержится призыв к Сторонам, относящимся к развитым странам, об оказании содействия Сторонам – развивающимся странам в принятии ведущей роли в мобилизации финансовых средств из широкого круга источников для предотвращения изменения климата, а также предписывается сообщать на двухгодичной основе ориентировочную количественную и качественную информацию в отношении того, какая поддержка оказывается развивающимся странам. Финансовые механизмы, созданные в рамках Рамочной конвенции, также служат целям Парижского соглашения.

Финансирование борьбы с изменением климата – это финансовые средства, направляемые национальными, региональными и международными ведомствами на проекты и программы в области смягчения последствий и адаптации к изменению климата. Они включают механизмы поддержки и финансовую помощь для смягчения последствий и адаптации в целях стимулирования и создания условий для перехода к моделям низкоуглеродного, устойчивого к изменению климата роста и развития посредством повышения соответствующего потенциала. При использовании в более узком значении этот термин подразумевает передачу государственных ресурсов от развитых к развивающимся странам в свете их обязательств по Рамочной конвенции ООН об изменении климата (1) предоставлять «новые и дополнительные финансовые ресурсы», а в более широком значении относится ко всем финансовым потокам, связанным с мерами по смягчению последствий и адаптации к изменению климата. В докладе о глобальном положении дел в отношении финансирования борьбы с изменением климата отмечается, что в 2014 г. было потрачено 391 млрд долларов США на проекты в области содействия низкоуглеродному и устойчивому к изменению климата росту (17). Крупнейшими получателями климатического финансирования оставались Восточная Азия и Тихоокеанский регион; на втором месте была Западная Европа. В докладе говорится, что «государственная поддержка является значительной, но в сумме составляет менее трети государственных субсидий на ископаемое топливо» (17).

Во всем мире порядка 3% от всех объемов финансирования проектов, предоставляемого организациями в области развития и финансирования борьбы с изменением климата, в настоящее время направляется на проекты адаптации здравоохранения. На недавнем семинаре, где обсуждался первый опыт межсекторальной работы в области изменения климата и здоровья в целях международного развития, проведенном в мае 2016 г. Фондом развития Северных стран, Всемирным банком и ВОЗ в Хельсинки, Финляндия, был сделан следующий вывод (18):

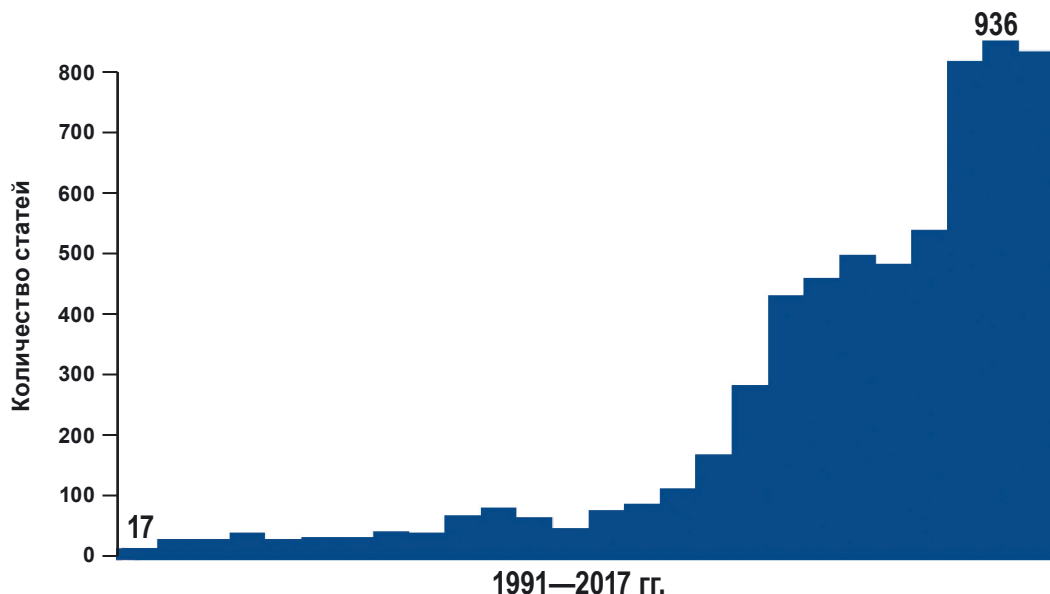
Следует уделять больше внимания тому, чтобы нынешнее финансирование программ в области изменения климата и здравоохранения использовалось для продвижения объединенной повестки дня. Например, систематическая проверка проектов, осуществляемых в рамках климатического финансирования, с точки зрения их потенциального влияния на здравоохранение (с применением «мягкого» подхода) соответствует обязательствам, предусмотренным как в исходной Конвенции, так и в недавно заключенном Парижском соглашении, и является простым способом избежать инвестиций, которые фактически могут негативно повлиять на охрану здоровья, и более точно документировать воздействие межсекторальных мер на здоровье. Аналогичным образом, рассмотрение готовящихся инвестиций в здравоохранение через призму изменения климата позволит улучшить качество программ по охране здоровья.

Из стран Европейского региона, в соответствии с их уровнем развития человеческого потенциала, лишь одна страна (Таджикистан) входит в группу менее развитых стран и, таким образом, соответствует требованиям для получения крупного донорского финансирования, и еще только 15 стран имеют право на получение помощи по Рамочной программе ООН по оказанию помощи в целях развития. Это означает, что в 37 странах финансирование программ в области здравоохранения и изменения климата выделяется из регулярных государственных или областных/провинциальных бюджетов. Опросное исследование, проведенное в 2014 г. Европейским региональным бюро ВОЗ, подтвердило, что основные объемы финансирования в области изменения климата и охраны здоровья фактически предоставляются посредством объединения средств из регулярных бюджетов министерств здравоохранения, выделяемых на профилактические мероприятия в области изменения климата и охраны здоровья.

Научная база

Парижское соглашение (3) призывает страны мобилизовать наилучшие имеющиеся научные знания о мерах по смягчению последствий и адаптации к изменению климата. После 1990 г. количество опубликованных статей по проблеме изменения климата и охраны здоровья (их поиск проводился по аннотации и названию в базе PubMed) значительно увеличилось: если в 1991 г. оно составляло 17, то в 2016 г. достигло максимального значения – 936 статей. Это свидетельствует о растущем интересе к этой непростой проблеме (рис. 11.3).

Рисунок 11.3. Количество статей по проблеме изменения климата и охраны здоровья в базе PubMed



В последние годы был достигнут значительный прогресс в укреплении базы научных данных и произошел рост признания воздействия изменчивости и изменения климата на здоровье. Множество исследований о влиянии на здоровье погоды, изменчивости и изменения климата в Европейском регионе согласуются с повышением степени определенности в отношении известных угроз для здоровья. Экстремальные температуры, наводнения, штормы и лесные пожары оказывают воздействие на состояние сердечно-сосудистой системы и органов дыхания. Обусловленные климатом и погодой риски для здоровья, связанные с ухудшением безопасности продуктов питания и воды, плохим качеством воздуха и воздействием ультрафиолетовой радиации, а также с повышением уровней аллергических и трансмиссивных заболеваний, инфекций, переносимых грызунами, и других климатических воздействий на итоговые показатели здоровья, также заслуживают внимания и требуют политических мер в области охраны здоровья человека (19).

Рост числа статей также способствует тому, что здоровье занимает все более заметное место в оценочных докладах Межправительственной группы экспертов по изменению климата. Обобщающие доклады этой группы, признаваемые во всем мире, во многом способствуют продвижению мер в области изменения климата и охраны здоровья (20–25). В четвертом оценочном докладе (26), выпущенном в 2007 г., был сделан четкий вывод о том, что «изменение климата в настоящее время вносит вклад в глобальное бремя болезней и преждевременную смертность. На этом раннем этапе последствия изменения климата незначительны, но, согласно прогнозам, будут постепенно возрастать во всех странах и регионах». В нем также были представлены появляющиеся данные о том, что «изменение климата изменило распространенность переносчиков некоторых инфекционных заболеваний, изменило сезонное распределение некоторых видов аллергенной пыльцы и стало причиной повышения уровня смертности в периоды аномальной жары» (26). В пятом оценочном докладе 2015 г. были квалифицированы некоторые тенденции дальнейшего развития, что позволило сделать еще более определенные выводы о рисках для здоровья, а также впервые были сформулированы понятия последствий или пользы для здоровья от мер по смягчению последствий изменения климата, которые оценивались в различных секторах производства (27). Это важный шаг вперед к учету соображений здоровья при принятии мер по сокращению выбросов ПГ.

Кроме того, вопросы изменения климата и здоровья были более подробно рассмотрены двумя комиссиями журнала «The Lancet» (28, 29). Основной посыл второй из них (28) заключался в следующем: «Попытка решения проблемы изменения климата может стать самой благоприятной возможностью для развития глобального здравоохранения XXI века». И наконец, силами ВОЗ также были проведены две глобальных оценки рисков. Первая оценка показала, что в 2000 г. с изменением климата были связаны 150 000 случаев смерти от четырех причин (30), а во второй оценке был сделан прогноз о повышении количества таких смертей к 2030 г. до 250 000 (31).

Последующие шаги

Европейское региональное бюро ВОЗ реализует политику по проблеме изменения климата и охране здоровья, определяемую на министерских конференциях по окружающей среде и охране здоровья. В заявлении, принятом на последней из них в 2010 г., – Пармской декларации по окружающей среде и охране здоровья (32) – была признана важность проблемы изменения климата как угрозы общественному здоровью в Европе и было сформулировано шесть приоритетных задач. Все европейские государства-члены ВОЗ и Европейская комиссия заявили о своей решимости обеспечивать охрану здоровья и благополучия людей, природных ресурсов и экосистем, а также содействовать социальной справедливости и безопасности в отношении здоровья и сохранению здоровой окружающей среды в условиях изменяющегося климата. Европейская региональная рамочная программа действий (33), с одобрением воспринятая как план практической реализации поставленных задач, определяет мандат и направления вклада программы в процесс «Окружающая среда и здоровье», начавшийся в 2010 г. Для поддержки и координации осуществления государствами-членами этих задач была создана Рабочая группа по вопросам охраны здоровья в условиях изменения климата, в которую вошли представители 33 стран и пяти организаций.

Изменчивость и изменение климата будут продолжать негативно воздействовать на здоровье и благополучие населения в странах Европы. Обязательство действовать, принятое в Пармской декларации (32), еще не выполнено окончательно в таких областях, как сокращение выбросов ПГ, адаптация и устойчивость систем здравоохранения к изменению климата, финансирование, повышение осведомленности, мониторинг и подотчетность. В ходе подготовки к Шестой министерской конференции по окружающей среде и охране здоровья, которая пройдет в июне 2017 г., государства-члены согласились с тем, что изменение климата является угрозой для общественного здоровья в Европе, и предложили оставить решение этой проблемы в списке приоритетных обязательств.

Парижское соглашение (3) открывает решающую возможность для развития общественного здравоохранения как ответной меры в связи с изменением климата. Кроме того, Рамочная конвенция ООН об изменении климата (6) всецело поддерживается Повесткой дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. (34), в которой она признается «главной международной межправительственной основой для согласования мер глобального реагирования на изменение климата» и которая включает ЦУР, непосредственно касающиеся здоровья (ЦУР 3) и изменения климата (ЦУР 13: Принятие срочных мер по борьбе с изменением климата и его последствиями), а также цели и задачи для множества секторов и контекстов, в конечном итоге направленные на спасение планеты и защиту окружающей среды, являющейся домом для всех людей. В этом документе предложены конкретные точки приложения усилий для поддержки действий, направленных на защиту и укрепление здоровья через повышение способности здоровья человека выдерживать подверженность климатическим рискам, улучшение состояния здоровья во всем мире, приоритизацию благоприятных для здоровья мер по смягчению последствий изменения климата и преобразование сектора здравоохранения в сторону снижения углеродоемкости и повышения его экологической чистоты. Решение проблемы изменения климата и содействие устойчивому развитию – две усиливающие друг друга стороны одной медали: устойчивого развития невозможно достичь без принятия мер по борьбе с изменением климата и без здорового

населения. И наоборот, многими ЦУР предусматривается воздействие на ведущие движущие силы изменения климата. Сегодня улучшение здоровья не зависит исключительно от достижения ЦУР 3; значимый аспект здоровья присутствует во многих других целях. Учитывая разнообразие страновых контекстов, реализация ЦУР будет естественно принимать разные формы между странами и в странах (на национальном, субнациональном и местном уровнях) и в конечном счете определит национальный и местный адаптивный потенциал.

По мере того, как государства-члены разрабатывают свои определяемые на национальном уровне вклады и/или национальные сообщения, все больше европейских стран должны будут определить приоритетные сектора для осуществления активных мер по адаптации. В этом контексте усилия всего правительства и всего общества должны быть направлены на то, чтобы в число этих приоритетов входило хорошее здоровье и благополучие всех людей любого возраста. Для достижения этих целей предлагается целый комплекс конкретных мер.

Несмотря на большой прогресс, достигнутый к настоящему времени, для полного искоренения широкого спектра заболеваний и решения множества сохраняющихся старых и возникающих новых проблем здравоохранения требуется гораздо больше усилий. Иными словами, повышение уровня здоровья и благополучия является средством повышения уровня адаптации населения. Для устранения или минимизации конкретных рисков, связанных с изменением климата, таких как воздействие на здоровье экстремальных погодных явлений, необходимы дополнительные меры по адаптации.

В целом для этого следует рассмотреть возможность включения соображений погоды и климата в программы и действия в области здравоохранения. Кроме того, преодоление узковедомственного подхода к здравоохранению требует прочных партнерских отношений с другими секторами в обществе. Для понимания рисков и планирования ответных мер нужен кадровый потенциал. Создание этого потенциала в свою очередь потребует значительных инвестиций в обучение работников здравоохранения и других профессий. Развитие базы научных данных также необходимо, но не всегда достаточно, если эти данные не выходят за пределы специализированной аудитории. Нужны базовые навыки для общения по вопросам изменения климата и охраны здоровья.

Выполнение национальных обязательств по сокращению выбросов ПГ потребует вовлечения всех секторов общества, включая сектор и системы здравоохранения. Системы здравоохранения могли бы взять на себя лидирующую роль в освещении важности сокращения выбросов для будущих поколений. Сектор здравоохранения может дать количественное определение выгод для здоровья от применения стратегий и технологий смягчения последствий изменения климата, в т.ч. в области сокращения выбросов выхлопных газов автомобилей и популяризации активных способов передвижения. Углубление понимания этих выгод, а также того, насколько существенно они могут сократить издержки по смягчению последствий изменения климата, позволит стимулировать дальнейшие действия. На больницы и системы здравоохранения, особенно в промышленно развитых обществах, приходится порядка 10% валового внутреннего продукта и 5–15% выбросов углекислого газа, что представляет собой значительный углеродный след (29, 35). Такие меры, как энергоэффективность, переход на возобновляемые источники и повышение экологичности цепи закупок и поставок, позволят улучшить качество услуг и обеспечить бесперебойное функционирование систем, сократить выбросы углекислого газа и повысить устойчивость систем здравоохранения к изменению климата (36). Помимо этого, сектор здравоохранения и его учреждения могли бы принять элементарные меры по снижению в целом своего воздействия на окружающую среду – например, за счет сокращения объемов токсичных отходов, применения более безопасных химикатов и закупки экологически безвредных продуктов. Зеленые стратегии могут привести к существенному общему сокращению издержек.

Сектор здравоохранения должен лоббировать или стимулировать конкретные действия, оказывающие положительное влияние на здоровье: развитие городов, благоприятствующих здоровому образу жизни для отдельного человека и для всей планеты, создание прочного

и предсказуемого международного механизма тарификации выбросов углерода, доступ к возобновляемой энергии, выбор низкоуглеродных и более здоровых источников энергии, расширение прав и возможностей работников здравоохранения сотрудничать с другими секторами и инвестиции в научные исследования в сфере изменения климата и общественного здоровья (29, 37).

Библиография *

1. First steps to a safer future: introducing the United Nations Framework Convention on Climate Change. In: United Nations Framework Convention on Climate Change [website]. New York (NY): United Nations; 2017 (http://unfccc.int/essential_background/convention/items/6036.php).
2. WHO UNFCCC climate and health country profile project. In: Climate change and human health [website]. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/globalchange/resources/countries/en>).
3. The Paris Agreement. In: United Nations Framework Convention on Climate Change [website]. New York (NY): United Nations; 2017 (http://unfccc.int/paris_agreement/items/9485.php).
4. Pachauri RK, Allen MR, Barros VR, Broome J, Cramer W, Christ R et al. Climate change 2014: synthesis report. Contribution of working groups I, II and III to the fifth assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Geneva: Intergovernmental Panel on Climate Change; 2014 (<https://www.ipcc.ch/report/ar5/syr/>).
5. The emissions gap report 2015. A UNEP synthesis report. Nairobi: United Nations Environment Programme; 2015 (https://uneplive.unep.org/media/docs/theme/13/EGR_2015_301115_lores.pdf).
6. Synthesis report on the aggregate effect of the intended nationally determined contributions. Geneva: United Nations Framework Convention on Climate Change; 2016 (<http://unfccc.int/resource/docs/2016/cop22/eng/02.pdf>).
7. Warsaw International Mechanism for Loss and Damage associated with Climate Change Impacts. In: United Nations Framework Convention on Climate Change [website]. New York (NY): United Nations; 2017 (http://unfccc.int/adaptation/workstreams/loss_and_damage/items/8134.php).
8. van Oldenborgh G, Collins M, Arblaster J, Christensen J, Marotzke J, Power S et al. Annex I. Atlas of global and regional climate projections. In: Stocker TF, Qin D, Plattner G-K, Tignor M, Allen SK, Boschung J et al., editors. Climate change 2013: the physical science basis. Contribution of Working Group I to the fifth assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge: Cambridge University Press; 2013:1311–94 (<http://www.ipcc.ch/report/ar5/wg1>).
9. Country information. In: European Climate Adaptation platform [website]. Brussels: European Union; 2017 (<http://climate-adapt.eea.europa.eu/countries-regions/countries>).
10. Улучшение состояния окружающей среды и здоровья в Европе: насколько мы продвинулись в достижении этих целей? Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/276103/Improving-environment-health-europe-ru.pdf?ua=1).
11. The EU strategy on adaptation to climate change. Brussels: European Commission; 2013 (https://ec.europa.eu/clima/sites/clima/files/docs/eu_strategy_en.pdf).
12. Commission staff working document. Adaptation to climate change impacts on human, animal and plant health. Accompanying the document Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions an EU Strategy on adaptation to climate change. Brussels: European Commission; 2013 (document SWD(2013) 136 final; <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52013SC0136&from=EN>).
13. European Climate Adaptation Platform [website]. Brussels: European Commission; 2017 (<http://climate-adapt.eea.europa.eu>).

* Все электронные ссылки в данной книге приведены по состоянию на 9 мая 2017 г., если не указано иное.

14. Operational framework for building climate resilient health systems. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/189951/1/9789241565073_eng.pdf).
15. Menne B, Kendrovski V, Creswick J. Policy and practice. Protecting health from climate change: a seven-country approach. *Public Health Panorama* 2015;1(1):11–24 (http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0008/280988/Protecting-health-from-climate-change-Eng.pdf?ua=1).
16. Lessons learned on health adaptation to climate variability and change. Experiences across low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/globalchange/publications/health-adaptation-climate-change/en>).
17. Buchner BK, Trabacchi C, Mazza F, Abramskiehn D, Wang D, Frenk CA et al. Global landscape of climate finance 2015. San Francisco (CA): Climate Policy Initiative; 2015 (<http://climatepolicyinitiative.org/wp-content/uploads/2015/11/Global-Landscape-of-Climate-Finance-2015.pdf>).
18. Nordic Development Fund, World Bank Group, WHO. Early experiences in multi-sectoral climate change and health work for international development: opportunities and finance. Conference report, 19–20 May 2016, Helsinki, Finland. Helsinki: Nordic Development Fund; 2016 (http://www.ndf.fi/sites/ndf.fi/files/news_attach/conference_report_to_participants_0.pdf).
19. Wolf T, Lyne K, Sanchez MG, Kendrovski V. The health effects of climate change in the WHO European Region. *Climate* 2015;3(4):901–36 (<http://www.mdpi.com/2225-1154/3/4/901/pdf>).
20. Tegart WJ McG, Sheldon GW, Griffiths DC. Climate change 1990: the IPCC impacts assessment. Contribution of Working Group II to the first assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Canberra: Australian Government Publishing Service; 1990 (https://www.ipcc.ch/ipccreports/far/wg_II/ipcc_far_wg_II_full_report.pdf).
21. Climate change 1995. A report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Geneva: Intergovernmental Panel on Climate Change; 1995 (<https://www.ipcc.ch/pdf/climate-changes-1995/ipcc-2nd-assessment/2nd-assessment-en.pdf>).
22. McCarthy JJ, Canziani OF, Leary NA, Dokken DJ, White KS, editors. Climate change 2001: impacts, adaptation, and vulnerability. Contribution of Working Group II to the third assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge: Cambridge University Press; 2001 (http://www.grida.no/publications/other/ipcc_tar).
23. Edenhofer O, Pichs-Madruga R, Sokona Y, Farahani E, Kadner S, Seyboth K et al. Climate change 2014: mitigation of climate change. Contribution of Working Group III to the fifth assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge: Cambridge University Press; 2014. (<https://www.ipcc.ch/report/ar5/wg3>).
24. Summary for policymakers. In: Edenhofer O, Pichs-Madruga R, Sokona Y, Seyboth K, Eickemeier P, Matschoss P et al., editors. Special report on renewable energy sources and climate change mitigation. Geneva: Intergovernmental Panel on Climate Change; 2011 (http://www.ipcc.ch/pdf/special-reports/srren/SRREN_FD_SPM_final.pdf).
25. Field CB, Barros V, Stocker TF, Qin D, Dokken DJ, Ebi KL et al., editors. Managing the risks of extreme events and disasters to advance climate change adaptation. A special report of working groups I and II of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge: Cambridge University Press; 2012 (http://www.ipcc.ch/pdf/special-reports/srex/SREX-FrontMatter_FINAL.pdf).
26. Fourth assessment report (AR4). Geneva: Intergovernmental Panel on Climate Change; 2007 (<http://www.ipcc.ch/report/ar4>).
27. Field CB, Barros VR, Dokken DJ, Mach KJ, Mastrandrea MD, Bilir TE et al., editors. Climate change 2014: impacts, adaptation and vulnerability. Part A: global and sectoral aspects. Contribution of Working Group II to the fifth assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge: Cambridge University Press; 2014. (https://www.ipcc.ch/pdf/assessment-report/ar5/wg2/WGIIAR5-FrontMatterA_FINAL.pdf).
28. Costello A, Abbas M, Allen A, Ball S, Bell S, Bellamy R et al. Managing the health effects of climate change. *Lancet* 2009;373(9676):1693–733. (<http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CEcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwicci.wisc.edu%2Fdownload.php%3Ffile%3Dducl-lancet-climate-change.pdf&ei=uRB-UeDYK4WdtAa8m4DIDQ&usg=AFQjCNGd22dpvTNgYNd0ZXPou1de63V2ig&bvm=bv.45645796,d.Yms>).

29. Watts N, Adger WN, Agnolucci P, Blackstock J, Byass P, Cai W et al. Health and climate change: policy responses to protect public health. *Lancet* 2015;386(10006):1861–914 ([http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60854-6](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60854-6)).
30. The world health report 2002 – reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1).
31. Hales S, Kovats S, Lloyd S, Campbell-Lendrum D, editors. Quantitative risk assessment of the effects of climate change on selected causes of death, 2030s and 2050s. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/globalchange/publications/quantitative-risk-assessment/en>).
32. Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2010 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Climate-change/publications/2010/protecting-health-in-an-environment-challenged-by-climate-change-european-regional-framework-for-action/parma-declaration-on-environment-and-health>).
33. Защита здоровья в условиях воздействия изменения климата на окружающую среду: Европейская региональная рамочная программ действий. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2010 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Climate-change/publications/2010/protecting-health-in-an-environment-challenged-by-climate-change-european-regional-framework-for-action>).
34. Резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций A/RES/70/1. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2015 (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=/english/&Lang=R).
35. Обеспечение экологической устойчивости систем здравоохранения в Европе. Обзор фактических данных. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/339608/ESHS_RUS_WHO_web.pdf?ua=1).
36. Health central to climate change action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/295202/Factsheet3-health-central-climate-change-action.pdf).
37. Wang H, Horton R. Tackling climate change: the greatest opportunity for global health. *Lancet* 2015;386(10006):1798–9 ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60931-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60931-X)).

12. ВОЗ: сотрудничество с ЕС в сфере дипломатии в области здравоохранения

Roberto Bertolini
Sofia Ribeiro

Введение

ВОЗ и ЕС разделяют общие ценности и цели. В Уставе ВОЗ говорится, что целью организации является «достижение всеми людьми наивысшего возможного уровня здоровья» (1), а в Статье 2 Лиссабонского договора отмечается, что задача ЕС заключается в обеспечении «благополучия всех его народов» (2). В Статье 168 договора далее подтверждается, что «при определении и осуществлении всех направлений политики и деятельности Союза обеспечивается высокий уровень охраны здоровья людей» (2). Действительно, эта статья заложила основу для осуществления конкретных и эффективных подходов, предусматривающих интеграцию аспектов здравоохранения во все направления политики (3).

Однако уставные обязанности у партнеров разные. В то время как ВОЗ обладает широким мандатом – от разработки стратегий и оказания странам технической поддержки до мониторинга глобальной ситуации в области здравоохранения и научных исследований, у ЕС мандат более ограничен: основную ответственность за формирование и осуществление политики здравоохранения и предоставление медико-санитарной помощи европейским гражданам несут государства-члены ЕС.

Европейская комиссия (ЕК) в своей деятельности больше внимания уделяет тем областям, в которых государства-члены не могут реально действовать в одиночку и в которых совершенно необходимы совместные усилия на уровне Европейского сообщества. Речь идет о серьезных угрозах и проблемах трансграничного или международного значения в области здравоохранения, таких как пандемии и биотерроризм, а также о проблемах, связанных со свободным передвижением товаров, услуг и людей. Эта деятельность также включает мероприятия в области оценки технологий здравоохранения или стратегии реагирования на ведущие факторы риска, утверждаемые государствами-членами в установленном порядке. В то же время необходимо отметить, что мандат ЕК претерпел некоторые изменения. В последние годы, благодаря процессу Европейского семестра (4), Еврокомиссия издала не имеющие обязательной силы реко-

мендации по вопросу организации, предоставления услуг и финансирования систем здравоохранения. Была создана Экспертная группа по оценке деятельности систем здравоохранения, задача которой – проводить сравнительную оценку показателей функционирования в разных странах и распространять примеры передовой практики (5).

Опираясь на этот общий политический и правовой фундамент, ВОЗ и ЕС выработали механизмы эффективного сотрудничества, взаимодействия и совместной работы на глобальном, региональном и страновом уровнях. ВОЗ сотрудничает с различными институтами ЕС, такими как ЕК, Европейский парламент и Совет Европейского союза. Представительство ВОЗ при Европейском союзе, расположенное в Брюсселе, Бельгия, играет в этом сотрудничестве роль организатора и координатора. Представительство внимательно отслеживает процессы, происходящие в ЕС, и обеспечивает вклад ВОЗ в развитие политики здравоохранения в Евросоюзе. Благодаря работе своего представительства ВОЗ информирована о дискуссиях и решениях, принимаемых институтами ЕС, что очень важно ввиду их последствий для политики 28 государств-членов ЕС, которые также являются государствами-членами ВОЗ в Европейском регионе (6).

Сотрудничество: этапы институционализации

Официальное сотрудничество между ВОЗ и ЕК началось в 1972 г. и было подтверждено обменом письмами между Генеральным директором ВОЗ и Европейскими сообществами в 1982 г. В 1992 г. заместителем Генерального директора ВОЗ и Генеральным директором I Европейской комиссии (по внешним связям) было подписано совместное заявление о намерениях.

В 2001 г. ВОЗ в лице Генерального директора Гру Харлем Брундтланд и Еврокомиссия в лице Европейского комиссара по вопросам здравоохранения и защиты прав потребителей Дэвида Бирна подписали и произвели обмен письмами с соглашением об укреплении и расширении существующего сотрудничества (7). В сопровождавшем соглашении меморандуме были определены основные области сотрудничества:

- производство, сбор, обработка и распространение данных для использования в процессах мониторинга и формирования политики;
- разработка методики и инструментов мониторинга и эпиднадзора;
- усиление эпиднадзора за инфекционными заболеваниями и мер борьбы с ними;
- обмен информацией и опытом в области влияния факторов окружающей среды на здоровье;
- содействие проведению научных исследований и технических разработок;
- мобилизация и координация ресурсов для осуществления мер вмешательства в области здравоохранения;
- откомандирование сотрудников.

Помимо сотрудничества по этим направлениям, в письмах предусматривалась организация ежегодных совещаний с участием представителей высокого уровня от ВОЗ и Еврокомиссии для оценки достигнутого прогресса, обмена информацией, обсуждения будущих проектов и выявления мероприятий, для проведения которых требуется совместная работа. На подобных совещаниях старших должностных лиц, регулярно организуемых с 2001 г., происходит активный диалог и обмен взаимоусиливающими стратегиями между ВОЗ и Еврокомиссией. В этих совещаниях принимают участие Генеральный директор ВОЗ и директор Европейского регионального бюро ВОЗ, а также Европейские комиссары по вопросам здравоохранения, развития, окружающей среды, гуманитарной помощи и другим проблемам, в зависимости от обсуждаемых приоритетов.

В 2005 г. был подписан первый меморандум о взаимопонимании между Европейским региональным бюро ВОЗ и на тот момент недавно созданным Европейским центром профилактики и контроля заболеваний (ECDC) (8). Он был нацелен на укрепление сотрудничества

в области борьбы с инфекционными заболеваниями с акцентом на следующие проблемы: воздушно-капельные инфекции; инфекции, предупреждаемые путем вакцинопрофилактики; инфекции, передаваемые половым путем, и гемотрансмиссивные вирусные инфекции; заболевания пищевого и водного происхождения, болезни, обусловленные факторами окружающей среды; УПП и зоокоммунальные инфекции; охрана здоровья во время поездок. Помимо этого, для согласования механизмов подачи данных и предупреждения полного или частичного дублирования информации было достигнуто соглашение об интеграции систем отчетности по инфекционным заболеваниям в целях обеспечения действенного эпиднадзора за заболеваниями в ЕС. Стороны договорились о создании совместной координационной группы для корректировки целей и отслеживания прогресса.

Несколько лет спустя, в 2010 г., Директор Европейского регионального бюро ВОЗ Жужанна Якаб и Европейский комиссар по вопросам политики в области здравоохранения и защиты прав потребителей Джон Доли выступили с совместной декларацией об усилении стратегического диалога и технического сотрудничества в области общественного здравоохранения (9). В декларации было уделено особое внимание вопросам наблюдения за здоровьем, информирования и оповещения, сотрудничества на уровне стран, а также отмечалась необходимость создания интегрированной, комплексной информационной системы, охватывающей весь Европейский регион ВОЗ.

В 2015 г. с целью обновления содержания декларации 2010 г. Европейское региональное бюро ВОЗ и Еврокомиссия согласовали задачи, принципы и формы сотрудничества (10). В этом соглашении, о котором было объявлено на сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в 2015 г., сформулированы принципы сотрудничества на период 2015–2019 гг. и предусмотрена ежегодная оценка достигнутого прогресса. Области сотрудничества включают безопасность, научные исследования и инновации в области здравоохранения, НИЗ, УПП, неравенства в показателях здоровья, новые угрозы здоровью, системы здравоохранения и информация здравоохранения. Во вставке 12.1 представлены ключевые этапы институционализации партнерства между ВОЗ и Евросоюзом.

Как было упомянуто выше, а также в соответствии с договоренностями, достигнутыми в 2001 г. и скрепленными обменом писем (7), представители высокого уровня от ЕК и ВОЗ проводят регулярные совещания, организуемые каждой из сторон по очереди. Последнее к настоящему моменту совещание старших должностных лиц было организовано Еврокомиссией в феврале 2015 г. На этой встрече обсуждались различные темы, такие как лихорадка Эбола, безопасность в здравоохранении, УПП, сотрудничество со странами, не входящими в ЕС, и доступ к лекарствам, а также была проведена оценка работы, проделанной за последние пять лет (11).

Вставка 12.1. Ключевые этапы институционализации партнерства ВОЗ–ЕС

1972	Начало официального сотрудничества между ЕК и ВОЗ
1982	Обмен письмами между ВОЗ и Европейскими сообществами
1992	Совместное заявление ВОЗ и ЕК
2001	Обмен письмами между ВОЗ и ЕК в отношении консолидации и активизации сотрудничества (7)
2005	Первый меморандум о взаимопонимании между Европейским региональным бюро ВОЗ и ECDC (8)
2010	Совместная декларация Европейского регионального бюро ВОЗ и ЕК об усилении стратегического диалога и технического сотрудничества в области общественного здравоохранения (9)
2015	Обновленное соглашение между ЕК и Европейским региональным бюро ВОЗ (10)

Сотрудничество между ВОЗ и ЕК не всегда шло по прямой линии. Организации выстраивали доверительные отношения и шли к пониманию друг друга, но значительные улучшения и ускорение произошли после декларации 2010 г. (9). В 2014 г. диалог между лидерами перешел в более активную фазу и обеспечил координацию и взаимодополняемость инициатив в области общественного здравоохранения, осуществляемых каждым партнером в соответствии со своим особым кругом ведения.

Сотрудничество на уровне политики

ВОЗ активно способствовала разработке политики общественного здравоохранения в ЕС посредством таких механизмов, как участие в общественных консультациях, специальные совещания с соответствующими подразделениями ЕК, а также семинары и мероприятия, организованные Европейским парламентом, заинтересованными сторонами, группами экспертов и ВОЗ.

В последние годы возросла роль широко распространяемого еженедельного бюллетеня ВОЗ, в котором освещаются основные тенденции здравоохранения в ЕС (12). Например, ВОЗ приняла участие в общественных консультациях по стратегии «Европа 2020», организованных Еврокомиссией в ноябре 2014 г. Представители ВОЗ отметили важность ВОУЗ, роль стратегий профилактики, принципов учета интересов здоровья во всех стратегиях и общегосударственного подхода. В 2015 г. при обсуждении плана реализации Европейского консенсуса по гуманитарной помощи ВОЗ подготовила обзор уроков, усвоенных в процессе реагирования на эпидемию Эболы в Африке, и подчеркнула необходимость укрепления систем здравоохранения в долгосрочной перспективе как действенного механизма принятия ответных мер в связи с будущими проблемами. Помимо этого, в декабре 2015 г. ВОЗ и другие учреждения ООН представили совместный ответ, подготовленный для общественной консультации ЕК по вопросам сотрудничества между ЕС и странами Африки, Карибского бассейна и Тихого океана, в котором отмечалась важность ЦУР 3 в выполнении Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. (6).

Еврокомиссия принимала активное участие в процессах консультаций, инициированных ВОЗ для обсуждения важных документов по вопросам политики, таких как рамочная основа политики Здоровье-2020 (13). Совместно со странами, председательствующими в ЕС, Еврокомиссия способствует внедрению механизма координации вклада 28 государств-членов ЕС и ассоциированных стран в процессы, реализуемые руководящими органами ВОЗ, с целью выработки общей позиции по обсуждаемым проблемам общественного здравоохранения. И хотя по определенным вопросам отдельные страны могут придерживаться независимой позиции, этот механизм содействует достижению консенсуса и нередко ускоряет процесс утверждения стратегий и программ.

Сотрудничество на уровне стран и проектов

Делегации ЕС в странах сотрудничают со страновыми офисами ВОЗ в деле продвижения стратегий общественного здравоохранения; помимо этого, ЕК и ВОЗ сотрудничают в реализации проектов, требующих технической и финансовой поддержки¹¹. В эти проекты вовлечен Генеральный директорат по здравоохранению и безопасности пищевой продукции и другие генеральные директораты – в том числе по климату, развитию и сотрудничеству или научным исследованиям (14). Например, по поручению Генерального директората по здравоохранению и безопасности пищевой продукции, представительство ВОЗ при Европейском союзе реализовало проект «Программа научных исследований по экономическим оценкам в сфере здравооух-

¹¹ Рамочное соглашение по финансовым и административным вопросам между Европейским сообществом и Организацией Объединенных Наций было подписано в 2003 г. и распространяется на все соглашения, касающиеся вкладов, начиная с этой даты. Это соглашение разрабатывалось с целью создания последовательных и взаимоприемлемых рамочных основ для финансирования. В 2014–2015 гг. по данному соглашению прошли переговоры, и с тех пор оно регулярно обновляется с учетом новых финансовых норм и правил Еврокомиссии для обеспечения непрерывного сотрудничества.

ранения», в результате которого были определены приоритетные направления исследований и подготовлен обзор фактических данных по экономике здравоохранения, касающихся десяти состояний и заболеваний, на долю которых приходится наибольшее бремя болезней в ЕС (15). Выводы обзора включали рекомендации для ЕК в отношении мер по устранению обнаруженных пробелов в знаниях.

Кроме того, представители ВОЗ и институтов ЕС обсуждают и продвигают повестку общественного здравоохранения в ЕС на ряде общественных форумов, таких как Форум по вопросам глобальной политики здравоохранения, совместно организуемый тремя генеральными директоратами Еврокомиссии (16). ВОЗ активно участвует в планировании и проведении этих мероприятий при поддержке Регионального бюро и штаб-квартиры ВОЗ (в зависимости от тематики обсуждаемых проблем).

И наконец, Генеральный директорат по здравоохранению и безопасности пищевой продукции является наблюдателем на ежегодных сессиях Регионального комитета, Исполнительного комитета ВОЗ и Всемирной ассамблеи здравоохранения.

Примеры из практики

Рамочные основы для сотрудничества, описанные выше, на протяжении последних лет успешно применялись для решения различных вопросов общественного здравоохранения. Это был в целом положительный и продуктивный опыт, хотя иногда из-за разницы во взглядах, особых интересов и противоречивых стратегий сотрудничество и взаимодополнение совместных усилий проходило сложно и не без проблем. Можно привести примеры как успешных результатов, так и трудных предметов для сотрудничества, как в случае Директивы о табачной продукции и проведения переговоров по трансжирным кислотам, о чем более подробно говорится ниже.

Политика Евросоюза в отношении табака: Директива о табачной продукции

Подача, обсуждение и утверждение пересмотренной Директивы 2014/40/ЕС (Директивы о табачной продукции) (17) – наглядный пример достижений в области общественного здоровья, которые возможны благодаря сотрудничеству между ВОЗ и институтами ЕС, а также пример колоссального нажима со стороны большого бизнеса.

Первая директива Еврокомиссии о табачной продукции (Директива 2001/37/ЕК), регулирующая производство, продажу и презентацию табачной продукции, была утверждена в 2001 г. В 2009 г. под давлением сектора общественного здравоохранения и после вступления в силу в 2005 г. Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака Еврокомиссия инициировала пересмотр этой директивы (18).

Этот процесс начался в феврале 2009 г. с оценки воздействия, продолжавшейся до июля 2012 г. В декабре 2012 г. предложение было одобрено Коллегией уполномоченных, а в январе 2013 г. начался обычный законодательный процесс. Директива в окончательной редакции была согласована в начале 2014 г. и вступила в силу 19 мая. Пересмотренную директиву назвали «самым лоббированным документом в истории институтов ЕС» (19). Гигант табачной индустрии «Филип Моррис Интернэшнл» нанял более 160 лоббистов (20); в период обсуждения и утверждения директивы табачные лоббисты организовали внушительную информационно-пропагандистскую кампанию среди членов Европарламента и других заинтересованных сторон, информация о которой не разглашалась (21). Подобная активность шла вразрез с положениями Статьи 5.3 Конвенции (18), в которой отмечается, что Стороны должны принимать меры предосторожности для защиты политики в отношении табака от лоббирования со стороны табачной промышленности. Это положение явно применимо и к контактам представителей табачной индустрии с членами Европейского парламента и правительственными чиновниками, однако во время обсуждения Директивы его соблюдение не было обеспечено в должной мере. Одной из главных целей табачной промышленности было смягчить формулировки Директивы относительно упаковки и добавок, а также максимально задержать утверждение Директивы (22). Эти усилия были отчасти успешными: в результате утвержденный текст оказался слабее, чем

изначально предлагалось, хотя Директивой вводились важные меры по ужесточению борьбы против табака в Евросоюзе.

ВОЗ активно участвовала в процессах утверждения Директивы, предоставляя фактические данные, проводя разъяснительную работу и поддерживая деятельность Докладчика по Директиве в Европейском парламенте. ВОЗ наладила сотрудничество с другими активными партнерами по охране общественного здоровья, такими как Европейский альянс общественного здравоохранения (23) и Партнерство за жизнь без курения [Smoke Free Partnership] (24), постоянно оказывала давление на ответственных за принятие решений и распространяла информацию и фактические данные по таким щекотливым вопросам, как электронные сигареты или упаковка табачной продукции. Активная вовлеченность ВОЗ принимала разнообразные формы – от участия в общественных слушаниях и дебатах с членами Европарламента до наступательной работы в социальных сетях. Также силами ВОЗ был организован семинар по вопросам общественного здравоохранения в Европейском парламенте, состоявшийся во Всемирный день без табака 31 мая 2013 г.

После утверждения директивы (17) ВОЗ продолжала следить за разработкой ряда делегированных актов, необходимых для полноценного исполнения Директивы, а также рассматривать другие решения, связанные с Рамочной конвенцией по борьбе против табака (18). Например, основываясь на научных и моральных аргументах, ВОЗ предложила ЕК не продлевать соглашение с «Филип Моррис Интернэшнл» о финансовой компенсации табачной индустрии за незаконную торговлю (25). Это было связано с участием в ряде инициатив и поддержкой таких инициатив, которые стимулировали государства-члены к тому, чтобы они стали полноправными Сторонами Протокола о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями.

Трансжирные кислоты – бесконечная история

Трансжирные кислоты определяются в Регламенте (ЕС) № 1169/2011 как «жирные кислоты, содержащие как минимум одну несопряженную (т.е. по меньшей мере с одной метиленовой группой между ними) двойную углерод-углеродную связь в транс-конфигурации» (26). Трансжиры могут изначально содержаться в некоторых продуктах питания в небольших количествах, или образовываться при промышленной переработке продуктов. Потребление трансжирных кислот повышает риск сердечных заболеваний, а потребление в большом количестве может привести к развитию ишемической болезни сердца (27).

В соответствии с рекомендациями ВОЗ, на долю трансжиров должно приходиться не более 1% суточного потребления энергии, что составляет 2,2 г для взрослого человека при среднем потреблении 8368 кДж (2000 ккал). В Европейском Плане действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. подчеркивается необходимость принятия стратегий по сокращению содержания трансжирных кислот в продуктах питания в Европейском регионе (28). В сентябре 2015 г. Региональное бюро опубликовало краткий аналитический обзор об исключении трансжиров из продуктов питания в Европе (29), привязанный к Плану действий.

ВОЗ неоднократно представляла информацию и фактические данные, иллюстрирующие необходимость существенного сокращения и, по возможности, исключения трансжирных кислот из продуктов питания – в частности, на совещаниях в Европейском парламенте, научных конференциях и заседаниях рабочих групп. Представители ВОЗ также принимали участие в диалогах и дискуссиях с высокопоставленными чиновниками. В целом институты ЕС (Европарламент и Еврокомиссия) поддержали это предложение, хотя от некоторых членов парламента не последовало шагов, которые способствовали бы быстрому принятию действенного решения. К концу 2015 г. (на год позже, чем было запланировано) ЕК направила в Европейский парламент и Совет Евросоюза доклад о содержании трансжиров в продуктах питания и рационах населения ЕС. В нем были изложены варианты стратегий, имеющиеся в распоряжении лиц, формирующих политику, которые могли бы быть использованы для ограничения потребления трансжирных кислот, описаны последствия принятия этих стратегий и сделан вывод о том, что наиболее действенной мерой с точки зрения общественного здоровья, защиты прав потребителей и совместимости с принципами внутреннего рынка было бы введение законных огра-

ничений на содержание промышленных трансжирных кислот в продуктах питания. В докладе также было объявлено, что Еврокомиссия намерена в скором времени начать общественную консультацию и провести по всем правилам полную оценку воздействия с тем, чтобы в самом ближайшем будущем было принято информированное политическое решение (30).

Ряд стран не поддержали быстрого решения о запрещении трансжирных кислот, несмотря на наличие убедительных свидетельств о влиянии трансжиров на здоровье, представленных ВОЗ и другими заинтересованными сторонами. Возможно, подобное отношение обусловлено давлением со стороны некоторых секторов пищевой промышленности – преимущественно малых и средних предприятий. А вот некоторые транснациональные пищевые компании, наоборот, поддержали идею исключения трансжирных кислот из продуктов питания (31).

И хотя каких-либо норм ЕС, регламентирующих содержание трансжирных кислот в пищевых продуктах, в настоящее время не существует, в ряде стран – Бельгии, Германии, Греции, Нидерландах, Польше и Соединенном Королевстве – действуют добровольные соглашения по этому вопросу. В Австрии, Венгрии, Дании и Латвии установлены ограничения на содержание трансжирных кислот в продуктах, предназначенных для потребления человеком. Исследования в Дании продемонстрировали снижение уровня смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, которое ассоциирует с исключением трансжирных кислот из продуктов питания, реализуемых в стране (32).

На неформальных совещаниях совета министров здравоохранения стран Европейского союза, проведенных в апреле и сентябре 2015 г., также обсуждалась проблема трансжирных кислот. На совещании в апреле большинство министров здравоохранения поддержали необходимость сокращения содержания промышленных трансжиров в продуктах питания (33). В ходе сентябрьского совещания государства-члены вновь вернулись к этому вопросу, но мнения снова разошлись, что препятствует принятию единой стратегии. Некоторые государства-члены высказались в поддержку введения законных ограничений на содержание трансжиров в пищевой продукции, тогда как другие предпочли вариант добровольной корректировки рецептуры продуктов (34).

В октябре 2016 г. Еврокомиссия опубликовала результаты предварительной оценки воздействия ограничений потребления промышленных трансжирных кислот в ЕС и объявила о проведении открытой консультации и создании межведомственной группы для организации полной оценки воздействия в 2017 г. (35).

Пример переговоров по проблеме трансжирных кислот показывает, насколько непросто проходят процессы преобразования научных знаний в практические меры здравоохранения – даже при наличии однозначных фактических данных, свидетельствующих об огромной пользе этих мер для общественного здоровья. Публикация данных и вариантов политики, подготовленных ВОЗ, послужила своеобразным рычагом давления на уровне институтов Еврокомиссии и Европарламента, и это помогло этим институтам сформулировать позицию и свои варианты политики в отношении трансжирных кислот, однако этого пока не достаточно для того, чтобы государства-члены приняли решение о запрете или существенном ограничении их использования.

Заключение

Сотрудничество между ВОЗ и институтами ЕС развивалось в течение многих лет и осуществлялось благодаря различным механизмам и официальным решениям. Это помогало партнерам объединять усилия, налаживать обмен фактическими данными и более успешно реализовывать политику общественного здравоохранения в государствах-членах. Различные роли партнеров в формировании политики дают каждой из сторон возможность усиливать позиции другой стороны в принятии действенных мер в области здравоохранения. Более глубокое понимание успехов и неудач этого партнерства могло бы принести большую пользу для повышения своевременности и результативности политики общественного здравоохранения в Европе и других регионах.

Библиография*

1. Устав ВОЗ: принципы. Страница сайта: Информация о ВОЗ [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (<http://www.who.int/about/mission/ru/>).
2. Treaty of Lisbon. Amending the Treaty on European Union and the Treaty Establishing the European Community. Official Journal of the European Union 2007;C 306/1 (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:12007L/TXT&from=en>).
3. Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. Health in all policies: prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2006.
4. The European semester. In: European Commission [website]. Brussels: European Union; 2017 (http://ec.europa.eu/economy_finance/economic_governance/the_european_semester/index_en.htm).
5. Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA). In: European Commission [website]. Brussels: European Union; 2017 (http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/policy/expert_group/index_en.htm).
6. World Health Organization Office at the European Union 2014–2015 [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/312109/WHO-office-EU-Annual-Report-14-15.pdf).
7. Exchange of letters between the World Health Organisation and the Commission of the European Communities concerning the consolidation and intensification of cooperation. Official Journal of the European Union 2001;C 1/7 (http://ec.europa.eu/health/eu_world/docs/who_ec_exchange_letters_en.pdf).
8. The first memorandum of understanding between the World Health Organization Regional Office for Europe and the European Centre for Disease Prevention and Control. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2005 (http://ecdc.europa.eu/en/press/news/Documents/050919_MoU_ECDC_WHO_Euro.pdf).
9. Приложение 2. Европейская комиссия и Европейское региональное бюро ВОЗ: общее видение совместных действий в защиту здоровья. В материале: Партнерства в области здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2010 (EUR/RC60/12; <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixtieth-session/documentation/working-documents/eurrc6012>).
10. Задачи, принципы и формы продолжающегося сотрудничества между Европейской комиссией и Европейским региональным бюро ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (EUR/RC65/Inf.Doc./7; <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/65th-session/documentation/information-documents/eurrc65inf.doc.7-the-objectives,-principles-and-modalities-for-continued-cooperation-between-the-european-commission-and-the-who-regional-office-for-europe>).
11. EC/WHO Senior Officials Meeting (20 February 2015). In: European Commission [website]. Brussels: European Union; 2017 (http://ec.europa.eu/health/eu_world/events/ev_20150220_en.htm).
12. WHO Office at the EU. EU weekly updates. In: WHO Office at the EU [website]. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://whoateu-euupdates.eu/newsletter>).
13. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Источник: Вопросы и темы здравоохранения [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>).
14. EU in the world. World Health Organization. In: European Commission [website]. Brussels: European Union; 2017 (http://ec.europa.eu/health/eu_world/international_organisations/who/index_en.htm).
15. Проект «Программа научных исследований по экономическим оценкам в сфере здравоохранения» (RAHEE). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/about-us/organization/office-locations/who-representation-at-the-european-union-brussels-belgium/research-agenda-for-health-economic-evaluation-rahee-project>).


* Все электронные ссылки в данной книге приведены по состоянию на 9 мая 2017 г., если не указано иное.

16. Policies. Global Health Policy Forum. In: European Commission [website]. Brussels: European Union; 2017 (http://ec.europa.eu/research/health/index.cfm?pg=policy&policyname=global_forum).
17. Directive 2014/40/EU of the European Parliament and of the Council of 3 April 2014 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco and related products and repealing Directive 2001/37/EC. Official Journal of the European Union 2014;L 127:1–38 (http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/tobacco/docs/dir_201440_en.pdf).
18. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (<http://www.who.int/fctc/about/ru/>).
19. Parliament agenda: ALDE priorities for the week of 23 Sept. 2013. [video]. Brussels: viEUws – the EU Policy Broadcaster; 2013 (<http://www.viewuws.eu/previeuws/parliament-agenda-alde-priorities-for-the-week-of-23-sept-2013>).
20. Copy of the New Transparency Register. List of consultants and their expenses. Lausanne: Philip Morris International; 2013.
21. Peeters S, Costa H, Stuckler D, McKee M, Gilmore AB. The revision of the 2014 European tobacco products directive: an analysis of the tobacco industry's attempts to “break the health silo”. *Tob Control* 2016;25(1):108–17 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25713313>).
22. Doward J. Tobacco giant Philip Morris “spent millions in bid to delay EU legislation”. *The Observer*. 7 September 2013 (<http://www.theguardian.com/business/2013/sep/07/tobacco-philip-morris-millions-delay-eu-legislation>).
23. European Public Health Alliance [website]. Brussels: European Public Health Alliance; 2017 (<http://epha.org>).
24. Smoke Free Partnership [website]. Brussels; Smoke Free Partnership: 2017 (<http://www.smokefreepartnership.eu>).
25. Anti-contraband and Anti-counterfeit Agreement and General Release Dated as of July 9, 2004 among Philip Morris International Inc., Philip Morris Products Inc., Philip Morris Duty Free Inc., and Philip Morris World Trade SARL, The European Community Represented by the European Commission and Each Member State Listed on the Signature Pages Hereto. Brussels: European Union; 2004 (https://ec.europa.eu/anti-fraud/sites/antifraud/files/docs/body/agreement_2004.pdf).
26. Regulation (EU) No. 1169/2011 of the European Parliament and of the Council of 25 October 2011 on the provision of food information to consumers, amending Regulations (EC) No 1924/2006 and (EC) No 1925/2006 of the European Parliament and of the Council, and repealing Commission Directive 87/250/EEC, Council Directive 90/496/EEC, Commission Directive 1999/10/EC, Directive 2000/13/EC of the European Parliament and of the Council, Commission Directives 2002/67/EC and 2008/5/EC and Commission Regulation (EC) No 608/2004 Text with EEA relevance. Official Journal of the European Union 2011;L 304:18–63 (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/ALL/?uri=CELEX:32011R1169>).
27. Mozaffarian D, Aro A, Willett WC. Health effects of trans-fatty acids: experimental and observational evidence. *Eur J Clin Nutr*. 2009;63:S5–21 (<http://www.nature.com/doifinder/10.1038/sj.ejcn.1602973>).
28. План действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/253779/64wd14_Rus_FoodNutAP_140426.pdf?ua=1).
29. Устранение трансжиров из продуктов питания в Европе – краткий аналитический обзор. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/publications/2015/eliminating-trans-fats-in-europe-a-policy-brief-2015>).
30. Report from the Commission to the European Parliament and the Council regarding trans fats in foods and in the overall diet of the Union population. Brussels: European Commission; 2015 (COM(2015) 619 final; https://ec.europa.eu/food/sites/food/files/safety/docs/fs_labelling-nutrition_trans-fats-report_en.pdf).
31. FoodDrinkEurope statement on trans fats. Brussels: FoodDrinkEurope; 2015 (http://www.fooddrinkeurope.eu/uploads/statements_documents/FoodDrinkEurope_statement_on_TFA_%28November_2015%29.pdf).

32. Restrepo BJ, Rieger M. Denmark's policy on artificial trans fat and cardiovascular disease. *Am J Prev Med.* 2016;50(1):69–76 (<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749379715003281>).
33. Health ministers in Riga agree on the need for common EU nutrition and alcohol policies [website]. Riga: Latvian Presidency of the Council of the European Union; 2015.
34. Informal meeting of ministers of health – dementia and healthcare for migrants on the agenda of the ministers' discussions. In: Presidency of the Council of the European Union. Grand Duchy of Luxembourg 2015 [website]. Luxembourg: Luxembourg Government; 2015 (<http://www.eu2015lu.eu/en/actualites/articles-actualite/2015/09/25-info-sante>).
35. Inception impact assessment. Brussels: European Commission; 2016 (http://ec.europa.eu/smart-regulation/roadmaps/docs/2016_sante_143_trans_fats_en.pdf).

13. Мальта: участие малых государств в работе руководящих структур здравоохранения. Личный опыт высокопоставленного чиновника

Ray Busuttil



Единого определения малого государства не существует, но Всемирный банк и Содружество наций определяют малое государство как суверенное государство с численностью населения менее 1,5 миллиона человек (1, 2), а по определению Европейского регионального бюро ВОЗ – это государство с населением менее 1 миллиона человек (3). Но какое бы определение ни принять, по численности населения Мальта в любом случае окажется малым государством. В международных отношениях сила государства обычно оценивается на основе численности населения и занимаемой площади, экономического статуса и военного потенциала. Согласно этим критериям, у малых государств очень мало сил и считается, что они не способны оказывать сколько-нибудь реального влияния на международные дела (4).

В течение 25 лет представляя Мальту на международных форумах, в основном в ВОЗ или в Содружестве наций, я абсолютно уверен в том, что малые государства-члены могут не только играть важную роль в процессе принятия решений, но и влиять на их результаты. И хотя малые государства считаются не столь могущественными и имеют в своем распоряжении существенно меньше ресурсов по сравнению с более крупными странами, они компенсируют это высочайшим уровнем приверженности поставленным задачам, которая опирается на хоть и небольшую, но тесно сплоченную сеть национальных учреждений. Это позволяет им иметь более целостные взгляды и благодаря этому быть лучше оснащенными для содействия выработке устойчивых решений в глобальной или региональной политике и стратегическом руководстве. Об этом свидетельствует роль, которую малые государства-члены играют в руководящих структурах ВОЗ.

Если посмотреть на участие малых государств-членов в работе руководящих структур ВОЗ, нельзя не увидеть их весьма активную деятельность. К примеру, на протяжении последних 20 лет представители малых государств-членов всегда входили в состав Постоянного комитета Регионального комитета ВОЗ и на протяжении двух из последних десяти лет председательствовали в нем. На глобальном уровне в течение последних 20 лет среди представителей Европейского региона в Исполнительном комитете ВОЗ четыре были от

малых государств, а Исландия (в 2004–2005 гг.) и Мальта (в 2016–2017 гг.) выступали в качестве его председателей.

Мальта как государство-член ВОЗ

С момента присоединения к ВОЗ в 1965 г. Мальта проявляла большую активность и участие в деятельности организации. Будучи одним из самых маленьких государств-членов в Европейском регионе ВОЗ, Мальта никогда не испытывала какой-либо ущемленности из-за своих размеров и так называемого могущества или его отсутствия. Она всегда выдвигала опытных и технически компетентных в своей области представителей, которые в течение многих лет вносили существенный вклад в развитие политики и в стратегическое руководство ВОЗ.

На техническом уровне Мальта участвовала во многих программах ВОЗ, часто играя активную роль в разработке политики и инициатив, оказывающих продолжительное воздействие на подходы в области укрепления здоровья и профилактики заболеваний. Мне выпала большая честь в качестве представителя Мальты принимать непосредственное и активное участие в этих процессах. Поскольку вряд ли возможно перечислить здесь многочисленные инициативы, в которые я был вовлечен, стоит упомянуть две из них, заслуживающие особого внимания.

Мальта была одним из членов-основателей Общенациональной программы по интегрированной профилактике неинфекционных заболеваний (СИНДИ). Мне посчастливилось возглавить и возродить инициативу СИНДИ на Мальте, и благодаря этому опыту я познакомился со многими выдающимися специалистами в области укрепления здоровья и профилактики заболеваний. Такое обогащение опытом позволило мне возвратиться домой с новаторскими идеями и примерами передовой практики, которые помогли Мальте выстроить методику работы на тот момент недавно созданного Департамента первичной медико-санитарной помощи и укрепления здоровья. Я делился своим опытом с моими коллегами по Департаменту, и участие Мальты в программе плавно перетекло в новую стадию, когда директором СИНДИ стал мой преемник, который продолжал активное участие в разработке политики и руководящих принципов и который затем стал одним из авторов Руководства программы СИНДИ по питанию (5). Сегодня это руководство является основой для рекомендаций по вопросам пищевого рациона и питания.

Также Мальта была активно задействована в Расширенной программе иммунизации, разработанной ВОЗ, регулярно участвуя в совещаниях руководителей программы. В начале 90-х годов Европейский регион ВОЗ столкнулся с последствиями распада СССР для здоровья населения. Региону пришлось иметь дело не только со стремительным увеличением числа государств-членов, но и со значительными изменениями в бремени болезней. Эти изменения потребовали соответствующей адаптации на организационном уровне и на уровне практической работы. В те первые годы расширенного Европейского региона трудности были огромными и требовали согласованных совместных действий. Я считаю, что именно тогда началась реальная работа по элиминации кори и краснухи и искоренению полиомиелита. Региональная инициатива по расширению охвата иммунизацией во всех государствах-членах позволила повысить уровень осведомленности о том, что то же самое нужно делать и на национальном уровне. Были организованы национальные информационные кампании как для населения, так и для работников здравоохранения. Антипрививочное движение на Мальте невелико, и подавляющее большинство врачей было на стороне программы иммунизации. Когда мы почувствовали, что обеспечен достаточный уровень информированности общественности и специалистов, были инициированы радикальные реформы, что привело к повышению охвата базовой иммунизацией в масштабах страны с 50–60% до более 95% против таких заболеваний, как дифтерия, коклюш, столбняк и полиомиелит.

Возможность участвовать в решении таких важных вопросов международной политики ставит человека перед немалой трудностью, которая поначалу воспринималась как угро-

за. Сидеть за одним столом и дискутировать со многими более старшими по возрасту и положению и опытными людьми из гораздо более крупных и более могущественных государств-членов, а может быть и спорить с ними было непросто для молодого и относительно неопытного директора департамента общественного здравоохранения, приехавшего из крохотной страны. Мой начальный уровень уверенности был, мягко выражаясь, никакой. Помню, как на первых двух или трех совещаниях я просто сидел и наблюдал, слушал, оценивал и размышлял о том, что говорили собравшиеся за столом более опытные и уверенные в себе люди.

Однако вскоре становится понятно, что основные проблемы во всех государствах-членах одинаковы, различаются лишь контекст, в котором возникает проблема, масштаб проблемы и возможности данного государства-члена для ее решения. Имея за плечами нужные технические знания, быстро учишься тому, как вносить необходимые изменения, соответствующие твоему национальному контексту, и вырабатывать возможные решения. Вот здесь, как мне кажется, твое происхождение из малого государства-члена оборачивается преимуществом. Повседневная реальность в малых государствах такова, что ресурсов мало и официальные лица выполняют сразу несколько функций. Это дает им гораздо более широкое видение ситуации в здравоохранении, чем у их коллег в более крупных странах, и позволяет малым государствам-членам выдвигать прагматичные предложения для решения той или иной проблемы.

Участие в деятельности руководящих органов и техническая работа

После того как я на своем опыте узнал, как работает ВОЗ на техническом и оперативном уровнях, а также в связи с тем, что я был назначен Генеральным директором по вопросам здравоохранения на Мальте, мое сотрудничество ВОЗ перешло на политический уровень. Хотя я уже представлял, что такое Европейский региональный комитет ВОЗ, поскольку был членом делегации Мальты на сессии 1995 г., но в 1999 г. я впервые участвовал в работе сессии в качестве представителя своей страны. С тех пор я принимал участие в каждой сессии. Тип и уровень дискуссий на Региональном комитете совершенно отличается от того, что происходит на технических совещаниях. Хотя многие из обсуждаемых пунктов повестки дня носят технический характер, в каждом вопросе можно сразу почувствовать политическую составляющую. А когда дебаты проходят на глобальном уровне – на Всемирной ассамблее здравоохранения – это ощущение становится еще сильнее.

И если с техническими коллегами из гораздо более крупных стран представитель малого государства может выстроить равные отношения относительно легко, на политическом уровне все происходит по-другому. Критерии численности населения и занимаемой площади, экономической мощи и военного потенциала, определяющие вес государства-члена, на этом уровне межгосударственных дискуссий и переговоров играют более существенную роль. Кроме того, к 90-м годам история Мальты как суверенного государства насчитывала всего около 30 лет, и старый менталитет подчинения гораздо более сильным державам давал о себе знать. Тем не менее, желание и потребность в формировании своей суверенной национальной идентичности перевешивало это чувство.

Насколько я могу судить, формирование этой идентичности не заняло у Мальты много времени. Уже в 1967 г., через три года после обретения независимости, по инициативе Мальты начались переговоры на Генеральной ассамблее ООН, в результате которых в 1982 г. была принята Конвенция ООН по морскому праву. В 1988 г. в письме советника по правовым вопросам тогдашнего премьер-министру Мальты отмечалась необходимость разработки «комплексной глобальной стратегии по защите от изменений погоды и климата в рамках усилий по обеспечению пригодности нашей планеты для поддержания человеческой жизни» и предлагалось, что подобная стратегия «должна быть инициирована резолюцией ООН, объявляющей климат частью общего наследия человечества» (6). Это письмо, оза-

главленное «Погода как всемирное наследие» (6), может считаться первым шагом примечательной инициативы Мальты, обратившей внимание всего мирового сообщества на безотлагательную необходимость заботиться о сохранении климата в интересах нынешнего и будущих поколений человечества. Аналогичным образом, активность Мальты не заставила себя долго ждать и в секторе здравоохранения. Активное участие страны в работе руководящих структур ВОЗ вскоре привело к тому, что Мальта была избрана в Исполнительный комитет ВОЗ, который она возглавляла в 1987–1988 гг.

В последние годы активное участие Мальты в деятельности ВОЗ еще больше возросло. В Европейском регионе Мальта была членом Постоянного комитета в 1993–1995 гг. и 2011–2013 гг. Представитель Мальты был председателем Постоянного комитета с сентября 2013 г. по сентябрь 2014 г. и на сессии Регионального комитета 2014 г. был избран Исполнительным председателем. В период своего членства в Постоянном комитете Мальта также возглавляла подгруппу комитета по вопросам стратегического руководства и играла лидирующую роль в повышении прозрачности руководящих структур ВОЗ в Европейском регионе, выразившуюся в подготовке методики отбора кандидатов на должности в руководящих органах и составлении кодекса поведения для кандидатов на пост директора Европейского регионального бюро ВОЗ. Разработка подобных инструментов и удовлетворение множества разноплановых потребностей и ожиданий государств-членов – это задачи не из легких. Не менее сложно добиться консенсуса по этим вопросам; для этого необходимы многочисленные официальные и неформальные консультации, а также высокий уровень доверия к переговорщику и к стране, проводящей переговоры, и я считаю, что за эти годы Мальте удалось заслужить это доверие. В мае 2015 г. Мальта снова была избрана в Исполнительный комитет, а через год ее представитель был избран его Председателем. В настоящее время Мальта снова руководит процессом отбора трех кандидатов для выдвижения на пост Генерального директора ВОЗ, который будет избираться на Всемирной ассамблее здравоохранения в мае 2017 г.

С течением времени все больше государств-членов проявляют интерес к участию в работе руководящих структур ВОЗ на региональном и глобальном уровнях. Для этого не существует какой-либо волшебной формулы успеха; многое зависит от количества кандидатов, номинируемых государствами-членами, их профессиональных качеств, а также от количества вакансий в руководящих органах. Критерии отбора на региональном уровне сформулированы и утверждены Региональным комитетом в двух резолюциях (7, 8). В результате работы подгруппы Постоянного комитета по определению приоритетности этих критериев отбора оказалось, что наиболее важными являются способность кандидата к координации, сотрудничеству и коммуникации, степень проявленной приверженности своему делу и стаж работы кандидата, причем самое главное, чтобы у него или у нее было образование и опыт работы в общественном здравоохранении. Меньше всего обращалось внимание на членство в комитетах высокого уровня и опыт работы в ВОЗ или каких-либо других учреждениях ООН или международных организациях. Государства-члены, особенно малые государства, должны учитывать эти приоритеты при выдвижении кандидатов в члены руководящих органов ВОЗ.

После того, как в марте 2010 г. в Пармской декларации по окружающей среде и охране здоровья (9) была определена политическая роль Европейского министерского совета по окружающей среде и здоровью, на сессии Регионального комитета 2010 г. Мальта была избрана в Министерский совет. Мальта предлагала разъяснения и уточнения круга ведения Министерского совета и тем самым внесла вклад в четкое определение роли Совета, а также помогла инициировать процесс реализации положений Пармской декларации.

Имея большой опыт работы в различных структурах ВОЗ, Мальта очень чувствительно реагирует на повышенную нагрузку на ее ресурсы, создаваемую различными международными организациями и их требованиями предоставлять отчетность. Поэтому неудивительно, что Мальта с большим энтузиазмом взялась за реализацию предложения Сан-Марино о создании сети малых государств-членов в Европейском регионе ВОЗ – инициативы малых стран (3). Эта сеть дает возможность странам объединять ресурсы, опыт и знания для ведения межсекторально-го и межправительственного сотрудничества в формулировании политических заявлений для

представления на региональных форумах. Итоговое заявление совещания сети, проведенного в июле 2015 г. в Андорре, послужило основой для Минской декларации «Охват всех этапов жизни в контексте положений политики Здоровье-2020», принятой в октябре 2015 г. и позднее принятой к сведению Региональным комитетом (10, 11). В контексте Европейской инициативы в области информации здравоохранения также была создана Информационная сеть здравоохранения малых стран, первое совещание которой состоялось в 2016 г. на Мальте (3). В этой инициативе Мальта снова выступает застрельщиком.

Помимо участия в многочисленных технических и руководящих совещаниях, за эти годы Мальта много раз была принимающей стороной для крупных и небольших совещаний. Еще в 1970 г., всего через пять лет после вступления в ВОЗ, Мальта провела у себя сессию Регионального комитета. Также Мальте выпала честь принимать историческую сессию 2012 г., на которой Региональный комитет принял основы европейской политики здравоохранения Здоровье-2020 (12) и другие ключевые политические документы. Так в очередной раз Мальта показала, что, несмотря на свои в общем-то ограниченные ресурсы, она может с успехом принимать как небольшие, так и крупномасштабные мероприятия.

Лидерство в здравоохранении

Несмотря на малые размеры, Мальта всегда была готова предоставить гуманитарную поддержку странам, переживающим сложные периоды, как, например, во время кризиса 2012 г. в Ливии и Тунисе. Страна служила транзитным пунктом для 21 000 иностранных работников и экспатриантов, покидающих Ливию, чтобы вернуться к себе на родину. Организовать работу в условиях наплыва огромного количества людей в небольшую страну с весьма ограниченными ресурсами оказалось непросто, но Мальта справилась с этой задачей. Кроме того, в пределах своих ограниченных возможностей страна предоставила экстренную стационарную медицинскую помощь гражданским лицам, которые были ранены в результате боевых действий, и стала базой для переправки медицинских материалов в наиболее пострадавшие области. В этот период была проведена большая работа по координации действий различных местных учреждений и сотрудничества с учреждениями ООН, другими государствами-членами и НПО. Помимо большой нагрузки на ресурсы для обеспечения логистики и материально-технической поддержки, эти инициативы требовали крайней деликатности в дипломатических вопросах, которые постоянно возникали в такой нестабильной обстановке. Необходимо было четко определить и строго соблюдать порядок коммуникации и иерархию ответственности по всем направлениям действий. На политическом, техническом и оперативном уровне постоянно шли переговоры – как внутри страны, так и с национальными и международными партнерами. Поэтому было очень важно, чтобы эти переговоры дополняли друг друга, а подобная задача могла быть выполнена лишь при строго определенном порядке коммуникации на всех уровнях.

В силу своего географического положения между Африкой и Европой Мальта в последние годы приняла большое количество беженцев и мигрантов, прибывающих по морю с берегов Северной Африки. А вследствие ливийского кризиса потоки людей, бегущих из зоны конфликта, выросли в геометрической прогрессии, в результате чего ВОЗ выступила в поддержку инициативы по более активному решению проблем здоровья мигрантов, предложенную Италией при поддержке Мальты (13). Последующий приток мигрантов на европейский материк еще более усилил потребность в подобной инициативе. Главное, что тревожило власти Мальты, было то, что большой наплыв беженцев и мигрантов может привести к обвалу системы здравоохранения в стране. Будучи небольшим островным государством, Мальта имеет достаточно прочную инфраструктуру здравоохранения, однако ее способность быстрого развертывания сил ограничена, и относительное воздействие такой чрезмерной нагрузки наверняка стало бы неподъемным бременем для системы здравоохранения.

Активность и лидерство Мальты в вопросах здравоохранения не ограничивались сотрудничеством с ВОЗ. С момента обретения независимости Мальта является членом Содружества наций и всегда принимала самое активное участие в совещаниях министров здравоохранения.

С 2011 по 2015 г. страна входила в Консультативный комитет Содружества по вопросам здравоохранения, а в 2015 г. была его председателем. В этот период Мальта осуществила инициативу по реформированию руководящей структуры в целях обеспечения более справедливого географического распределения его членского состава. Для этого потребовалось проявить немалую дипломатическую деликатность, поскольку предлагаемые изменения были выгодны для одних государств-членов, тогда как для других они означали снижение частоты и степени их представительства. На последнем совещании министров здравоохранения Содружества наций в мае 2016 г. Мальта возглавляла дискуссию по вопросам безопасности в области здравоохранения и укрепления систем здравоохранения.

Также Мальта наладила взаимодействие с различными партнерами в области здравоохранения на государственном и негосударственном уровнях. С 1965 г. Мальта является членом Совета Европы и вот уже много лет способствует проведению в жизнь его ценностей и принципов в области укрепления и защиты общественного здоровья. В 2017 г. Мальта стала председателем СЕ, параллельно являясь председателем Совета Европейского союза (14); в качестве основной темы в области здравоохранения она выбрала проблему избыточной массы тела и ожирения, затрагивающую большинство стран Европы. Также в рамках структурированного сотрудничества Мальта работает над решением вопросов, связанных с физической и экономической доступностью медико-санитарной помощи. Эти приоритетные проблемы были выбраны после всесторонних внутренних обсуждений того, что считать приоритетами ЕС, связанными с существенным национальным интересом, и переговоров с другими членами тройки (Нидерланды, Мальта и Словакия), чтобы обеспечить преемственность в решении ключевых проблем, сформулированных в программе страны-председателя. В рамках своего председательства в Совете Европейского союза Мальта принимает целый ряд совещаний, конференций и семинаров высокого уровня, посвященных различным проблемам здравоохранения. Помимо роли страны-председателя как посредника в примирении позиций и достижении компромиссов между 28-ю государствами-членами и учреждениями ЕС, Мальта также должна содействовать участию ВОЗ в решении приоритетных проблем здравоохранения, рассматриваемых под эгидой ЕС, в духе совместной декларации Европейского регионального бюро ВОЗ и Еврокомиссии (см. главу 12).

Заключение

В заключение следует отметить, что, хотя Мальта стала суверенным государством лишь немногим более 50 лет назад, она может гордиться существенными достижениями на международных площадках и значительными достижениями в работе в руководящих структурах ВОЗ. Мне кажется, что этот успех отражает решимость Мальты вносить активный, конструктивный вклад в развитие глобальной политики и проистекает из ее стремления сформировать свою национальную идентичность. В контексте этих усилий страна не считается с многочисленными ограничениями, связанными с недостатком ресурсов, и с максимальной рациональностью использует имеющиеся возможности.

Относительный успех Мальты показывает, что малые государства-члены могут многого достичь даже в сравнении с гораздо более крупными государствами-членами, имеющими больше ресурсов. Среди ключевых факторов успеха стоит отметить решимость, приверженность, техническую компетентность и реалистичные устремления к достижению результатов. Опыт Мальты показывает, что для малых государств-членов открыты такие же возможности в руководящих органах ВОЗ и других структурах, как и для более крупных стран.

Библиография *

1. Small states. In: The World Bank [website]. Washington (DC): World Bank Group; 2017 (<http://www.worldbank.org/en/country/smallstates>).
2. Small states. In: The Commonwealth [website]. London: The Commonwealth; 2017 (<http://thecommonwealth.org/our-work/small-states>).

* Все электронные ссылки в данной книге приведены по состоянию на 9 мая 2017 г., если не указано иное.

3. Инициатива малых стран. Источник: Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/about-us/networks/small-countries-initiative>).
4. Thorhallson B. Small states in the UN Security Council: means of influence? *The Hague Journal of Diplomacy* 2012;7:135–60.
5. Руководство программы СИНДИ по питанию. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2000 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108342/E70041R.pdf>).
6. Climate change – introduction. In: Malta Resources Authority [website]. Marsa: Malta Resources Authority; 2017 (<http://mra.org.mt/climate-change/climate-change-introduction>).
7. Резолюция EUR/RC60/R3 Европейского регионального комитета ВОЗ. Стратегическое руководство деятельностью Европейского регионального бюро ВОЗ. Внесение изменений в методы работы и Правила процедуры Регионального комитета и Постоянного комитета регионального комитета. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/122267/RC60_rRes3.pdf?ua=1).
8. Резолюция EUR/RC63/R7 Европейского регионального комитета ВОЗ. Стратегическое руководство деятельностью Европейского регионального бюро ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/217776/63rs07r_GovernanceRev1.pdf?ua=1).
9. Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2010 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Climate-change/publications/2010/protecting-health-in-an-environment-challenged-by-climate-change-european-regional-framework-for-action/parma-declaration-on-environment-and-health>).
10. Meeting report of the Second High-level Meeting of Small Countries (Soldeu, Andorra, 2–3 July 2015). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/countries/malta/publications2/meeting-report-of-the-second-high-level-meeting-of-small-countries-soldeu,-andorra,-23-july-2015>).
11. Минская декларация. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2015/10/WHO-European-Ministerial-Conference-on-the-Life-course-Approach-in-the-Context-of-Health-2020/documentation/the-minsk-declaration>).
12. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Источник: Вопросы и темы здравоохранения [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>).
13. Миграция и здоровье: ключевые вопросы. Источник: Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>).
14. MALTA EU2017 [website]. Valetta: EU2017.MT; 2016 (<https://www.eu2017.mt/en/Pages/home.aspx>).

14. ВОЗ: дипломатия в области здравоохранения в действии на страновом уровне

Lucianne Licar
Caroline Bollars
Aiga Rurane
Marge Reinap

Введение

После того, как в 1948 г. была учреждена Всемирная организация здравоохранения, в 1952 г. было создано Европейское региональное бюро ВОЗ. Сегодня Европейский регион представляет собой один из наиболее динамичных и многообразных регионов ВОЗ. Политические и экономические неурядицы, с которыми столкнулись страны Центральной и Восточной Европы и Новые Независимые Государства (ННГ) бывшего СССР, оказали существенное воздействие на социальные детерминанты здоровья. Региональное бюро незамедлительно обеспечило принятие мер реагирования на эти проблемы.

В 1990 г. Региональный комитет утвердил программу усиленного сотрудничества со странами Центральной и Восточной Европы и ННГ «Евроздоровье», нацеленную на развертывание и расширение деятельности в восточной части Региона. Несмотря на весьма ограниченный бюджет, программа «Евроздоровье», как показала заключительная оценка, принесла значительные положительные результаты, и Региональное бюро стало направлять свою техническую поддержку в целевые страны через инфраструктуру, созданную в рамках этой программы. Эта инфраструктура существует и поныне, хотя в последующее десятилетие она получила дальнейшее развитие. В течение этих лет Региональное бюро, параллельно с развитием межстрановых методов работы, продолжало предоставлять государствам-членам техническую поддержку (в том числе рекомендации в отношении политики), внедрило систему мониторинга тенденций здоровья населения и помогло странам преобразовать результаты нормотворческой работы в национальные стратегии и директивы. В настоящее время в составе ВОЗ функционируют страновые офисы в 29 европейских государствах, преимущественно в Центральной и Восточной Европе, Юго-Восточной Европе и ННГ. В результате процесса реформ, инициированного в 2012 г. в целях улучшения подготовленности ВОЗ к реагированию на современные потребности, страновые офисы постоянно совершенствуют методы своей работы по улучшению помощи, оказываемой странам (1).

Роли и методы ВОЗ в работе над поставленными целями с годами трансформировались в соответствии с указаниями и пожеланиями государств-членов, выражаемыми через руководящие органы ВОЗ, и окончательно оформились в рамках реформы ВОЗ. Помимо этого, уроки, усвоенные в процессе принятия ответных мер в связи с кризисом Эболы, позволили организации быстро добиться улучшений с точки зрения реагирования на чрезвычайные ситуации и будут еще долго влиять на то, как она готовится к чрезвычайным ситуациям и реагирует на них и поддерживает связь с государствами-членами; эти уроки также показали необходимость укрепления потенциала стран и надежно функционирующих систем здравоохранения.

Поддержка, оказываемая странам в решении проблем здравоохранения и укреплении систем здравоохранения, не может ограничиваться установлением норм и стандартов – деятельностью, которую иногда рассматривают как основную функцию ВОЗ. Тем не менее, эта работа является примером глобальной дипломатии в области здравоохранения в ее наилучшем проявлении. Полноценное присутствие ВОЗ в стране дает возможность досконально разобраться в местном контексте, сделать определенные политические прогнозы и оценить потребности в услугах здравоохранения. Благодаря этому ВОЗ узнает о потенциальных возможностях для перемен, в том числе на основе тесного взаимодействия с основными действующими лицами и существующими сетями здравоохранения, что является ключевой предпосылкой успеха дипломатии в области здравоохранения.

Важнейшим ресурсом для удовлетворения потребностей стран являются «адвокаты здоровья» в странах – либо представители ВОЗ, либо сотрудники страновых офисов ВОЗ, которые помогают странам налаживать отношения и проводить переговоры с заинтересованными сторонами в сфере здравоохранения и в других секторах, а также с другими партнерами в области развития, для которых не всегда очевидны дополнительные преимущества включения вопросов здравоохранения в повестку дня в области развития и более широкую стратегическую повестку дня. Поддержка сектора здравоохранения в осуществлении перемен и установлении межсекторальных отношений является одной из ключевых функций ВОЗ.

Дипломатия в области здравоохранения на страновом уровне

В разных государствах-членах Европейского региона ВОЗ свои проблемы, насущные задачи и возможности в области здравоохранения. Способность проявлять гибкость и отзывчивость при оказании поддержки может стать основным фактором успешной работы страновых офисов ВОЗ. Они адаптируют свои методы работы в зависимости от местных потребностей и направляют усилия на укрепление национального потенциала в сфере здравоохранения. В этой главе приводятся практические, конкретные примеры диалога по вопросам здравоохранения на страновом уровне из опыта небольших страновых офисов ВОЗ и примеры из практики дипломатии в области здравоохранения: роль странового офиса ВОЗ в дипломатии в области здравоохранения, контекст ННГ на примере деятельности в Республике Молдова на национальном и субрегиональном уровнях, а также роль ВОЗ и государства-члена, председательствующего в ЕС.

Роль странового офиса ВОЗ в дипломатии в области здравоохранения

Сравнительное преимущество ВОЗ на страновом уровне заключается в том, что организация позиционируется как эксперт по техническим вопросам и по вопросам политики в области здравоохранения, независимый посредник между региональными органами и партнерами сектора здравоохранения и источник разумных, научно обоснованных рекомендаций, стандартов и стратегий по различным проблемам здравоохранения, которые помогают странам в достижении целей своих стратегий здравоохранения и развития. Функции небольшого странового офиса дают представителю ВОЗ возможность поддерживать тесные отношения с министерством здравоохранения, особенно с министром, с целью взаимных консультаций и поддержки. Здравоохранение является профильной деятельностью ВОЗ, и организация готова оказывать странам непрерывную, устойчивую поддержку.

ВОЗ помогает осуществлять повестку дня общественного здравоохранения в странах с помощью важных инструментов и механизмов. Эти инструменты могут иметь обязательную юридическую силу – например, ММСП и Рамочная конвенция по борьбе против табака (см. также главы 1 и 12) – или, в большинстве случаев, представлять собой не влекущие юридических обязательств рамочные основы, такие как Стратегия странового сотрудничества (ССС) или обязательства, принимаемые на региональном или глобальном уровне через руководящие органы ВОЗ (соответственно, Европейский региональный комитет или Всемирная ассамблея здравоохранения).

На уровне страны СССР является отправной точкой для проведения переговоров между страной и ВОЗ. СССР – это относительно долгосрочное партнерство, обычно продолжающееся 5–6 лет, в котором определены стратегические приоритеты для обеих сторон. В большинстве стран СССР согласуется с планом, политикой или стратегией сектора здравоохранения данной страны. Для ВОЗ это мощный корпоративный инструмент, способствующий проведению стратегического диалога по вопросам политики между основными заинтересованными сторонами внутри страны и вынесению вопросов здравоохранения на центральное место в работе по осуществлению Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. (2). Однако в странах Европейского региона ВОЗ чаще всего применяется такой механизм сотрудничества, как Двухгодичное соглашение о сотрудничестве (ДСС). Подобное соглашение подписывается министром здравоохранения и директором Европейского регионального бюро ВОЗ и имеет цели, схожие с СССР, но заключается на срок не более двух лет. Несмотря на небольшие размеры некоторых страновых офисов ВОЗ в Европейском регионе и ограниченные ресурсы, эффективная поддержка от Европейского регионального бюро ВОЗ и других сетей – например, от сотрудничающих центров ВОЗ – обеспечивает гибкость их работы. Охватывая широкий спектр тем для проведения диалога по вопросам здравоохранения, определенных в процессе консультаций с принимающей страной, ДСС является для странового офиса руководством по приоритетам данной страны.

Основная работа ВОЗ на страновом уровне связана с формированием и координацией партнерств, укреплением потенциала и предоставлением рекомендаций по вопросам политики и технической поддержки. Средства ведения этой работы могут быть разными – используется множество точек входа и режимов сотрудничества и проведения переговоров с различными партнерами. Усилия ВОЗ направлены не только на традиционных действующих субъектов в секторе здравоохранения – организация все активнее сотрудничает с представителями других секторов, решения которых непосредственно влияют на здравоохранение. Благодаря недавней реформе ВОЗ была усилена роль страновых офисов в налаживании и развитии сотрудничества с другими секторами и действующими субъектами, напрямую не связанными со здравоохранением, с тем, чтобы интересы здравоохранения учитывались на разных этапах цикла формирования политики. В зависимости от потребностей, страновой офис ВОЗ может либо самостоятельно выступать в роли «адвоката здоровья», либо оказывать в странах поддержку партнерам в секторе здравоохранения и в других секторах в проведении более умелой дипломатии в области здравоохранения, а также стать платформой для различных альянсов здравоохранения.

В качестве примера можно привести страновые офисы ВОЗ как субъекты дипломатии в области здравоохранения в трех странах восточного побережья Балтийского моря – Латвии, Литве и Эстонии. Это небольшие страны с населением 3,7 миллиона, 2,6 миллиона и 1,3 миллиона человек соответственно. Несмотря на высокие уровни доходов и развития, а также на членство в ЕС, показатели здоровья в этих странах отстают от средних по Евросоюзу, хотя постепенно этот разрыв сокращается. ВОЗ учредила офисы в этих странах в начале 90-х годов с целью оказания поддержки в реорганизации и даже перестройке их систем здравоохранения по четырем направлениям: инициация диалога по вопросам политики здравоохранения, предоставление научно обоснованных рекомендаций ключевым лицам в правительстве, принимающим решения, помощь в налаживании отношений с пред-

ставителями других секторов и проведение внешней независимой оценки программ, представление рекомендаций в отношении политики и обсуждение результатов оценки.

Во-первых, ВОЗ берет на себя роль организатора диалога по вопросам политики, выступая посредником или проводя переговоры между заинтересованными сторонами в различных секторах. Это позволяет сторонам глубже понять общие для них проблемы здравоохранения, увидеть свою собственную роль и выработать общее видение развития здравоохранения. Страновые офисы ВОЗ проводят эту работу при технической экспертной поддержке коллег из Регионального бюро и штаб-квартиры ВОЗ. Они организуют страновые миссии, в ходе которых проводятся круглые столы по вопросам продвижения стратегической повестки дня с участием национальных экспертов из различных министерств и ведомств. Например, в Эстонии был организован национальный диалог по вопросам политики, в ходе которого представители секторов здравоохранения, продовольствия, ветеринарии и сельского хозяйства получили информацию о ситуации в области УПП в стране и совместно определили и согласовали путь решения проблемы.

Латвия продемонстрировала твердую решимость и существенный прогресс в предупреждении насилия и была одной из первых стран Региона, запретивших телесные наказания. С 2006 г. в ДСС, заключаемых между Латвией и Региональным бюро, предусматриваются меры профилактики насилия как один из приоритетов сотрудничества, и в этом контексте был проведен ряд мероприятий, нацеленных на усиление межсекторального взаимодействия в этом вопросе (3), в том числе:

- разработка национальных руководящих принципов реагирования на проблему насилия для работников в сфере репродуктивного здоровья;
- внедрение программ укрепления потенциала для участников из различных секторов (социальное обслуживание, здравоохранение, полиция, органы юстиции и муниципальные образования) на основе учебного курса ВОЗ «Обучение, просвещение и расширение сотрудничества для предупреждения насилия и травматизма в целях сохранения здоровья» (TEACH-VIP) (4);
- исследование негативного детского опыта среди молодых взрослых, проведенное в 2014 г., с последующим стратегическим диалогом для распространения и обсуждения результатов (5).

Во-вторых, страновые офисы ВОЗ выступают в поддержку перемен и поддерживают решения в сфере здравоохранения посредством представления научно обоснованных рекомендаций ключевым должностным лицам в правительстве, принимающим решения. Например, ВОЗ является близким и активным партнером министерства социальных дел Эстонии в разработке национального документа с изложением политики в области питания и физической активности. ВОЗ подготовила адаптированный к местным условиям пакет научно обоснованных материалов (6) для преодоления столкновения интересов и подготовки сектора здравоохранения к сложным переговорам. Пакет материалов был разработан сотрудниками Регионального бюро и странового офиса ВОЗ в Эстонии и включал эпидемиологические данные о детском ожирении в стране, экономические данные о ценовой политике, анализ содержания сахара в подслащенных напитках и молочной продукции, фактические данные о возможных мерах на уровне политики и полезные советы по ведению разъяснительной работы, в частности, по реагированию на аргументы пищевой промышленности (6).

В-третьих, совместные действия в рамках глобальных и региональных инициатив ВОЗ дают хорошую возможность для выстраивания отношений с субъектами в других секторах. Например, Всемирный день здоровья 2015 г. был посвящен безопасности пищевых продуктов, что позволило инициировать диалог и подготовить сообщения совместно с секторами сельского хозяйства и продовольствия, а также предоставить им новые материалы с фактическими данными. Страновые офисы в Латвии и Эстонии помогли этим секторам расширить свои возможности в этой роли, и эта инициатива была положительно воспринята и широко освещалась в прессе обеих стран (7).

В-четвертых, страновые офисы ВОЗ проводят внешнюю независимую оценку программ, предоставляют рекомендации в отношении развития политики и обсуждают полученные результаты. Например, ВОЗ провела оценку насущных проблем и возможностей эстонской системы здравоохранения в улучшении исходов НИЗ (8). Также ВОЗ активно сотрудничает со странами по вопросам финансирования, выделяемого на здравоохранение. Организация представила свои комментарии в отношении устойчивости финансирования здравоохранения в Эстонии и подготовила для Латвии предложение из 10 пунктов по вопросам политики финансирования здравоохранения в контексте запланированного введения обязательного медицинского страхования в 2012 г. Предложение было рассмотрено представителями различных секторов, в том числе латвийскими парламентариями. Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения при поддержке Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения провел несколько встреч с министрами здравоохранения Латвии и высокопоставленными представителями министерства финансов, на которых обсуждались предлагаемые реформы и аналогичный опыт в других странах Европы, и вновь страновой офис ВОЗ сыграл ключевую роль – помог собрать вместе представителей секторов и партнеров (9).

Как упоминалось выше, страновые офисы ВОЗ также работают над укреплением национального потенциала, используя дипломатию в области здравоохранения, проводя обучение и оказывая методическую поддержку для укрепления навыков лидерства у министерств здравоохранения в работе с многочисленными заинтересованными сторонами по дальнейшему развитию политики здравоохранения.

Страновой офис ВОЗ также может служить платформой активных действий по созданию альянсов в интересах здоровья, для чего предоставляется поддержка сетям ВОЗ, которые занимаются укреплением здоровья в различных социальных контекстах, например, в городах, больницах, учебных заведениях и на предприятиях и в организациях; это движение началось в 90-е годы, и сегодня эти сети являются удобными точками первых контактов для принятия мер, связанных с охраной здоровья. Например, почти 70% муниципальных образований Латвии являются членами национальной сети проекта ВОЗ «Здоровые города», которая координируется государственным Центром профилактики и борьбы с заболеваниями при министерстве здравоохранения. Сети здоровых городов и школ, способствующих укреплению здоровья, быстро разрослись в Латвии после кризиса 2009 г. (10, 11).

СНГ: Республика Молдова

В этом разделе рассматривается пример Республики Молдова, осуществляющей дипломатию в области здравоохранения на страновом уровне и информационно-пропагандистскую деятельность на субрегиональном уровне через сеть SEEHN (см. также главу 7).

Страновой офис в Республике Молдова был создан в 1995 г. в столице городе Кишиневе. Первоначальная цель заключалась в оказании постоянной поддержки органам здравоохранения и партнерским учреждениям здравоохранения в повышении уровня здоровья населения путем осуществления научно обоснованных, устойчивых вмешательств в области общественного здоровья и медико-санитарной помощи, а также в предоставлении консультативной помощи для обеспечения учета интересов здоровья во всех стратегиях и направлениях политики. В течение многих лет страновой офис является основным координационным центром для всех мероприятий ВОЗ в Республике Молдова. В 2011 г. его статус был повышен, и теперь его возглавляет представитель ВОЗ и происходит расширение масштабов деятельности в поддержку развития национальной политики. Представитель ВОЗ содействовал организации ряда визитов в страну на высоком уровне, что сделало сектор здравоохранения более заметным на национальном и субрегиональном уровнях: например, страна председательствовала в SEEHN. На национальном уровне, также через своего представителя, ВОЗ сделала первые шаги навстречу и выстроила прочные, длительные отношения с министерством и министром здравоохранения. Для оказания стране помощи в реализации программы серьезных реформ был организован диалог на высоком уровне между Региональным директором ВОЗ и премьер-министром Республики Молдова, благо-

даря которому вопросы здравоохранения заняли приоритетное место в политической повестке дня страны.

В Республике Молдова осуществляется модернизация сектора здравоохранения, что требует практически постоянной технической поддержки со стороны ВОЗ. В то же время в стране улучшились показатели здоровья в областях иммунизации и охраны здоровья матери и ребенка. За последние 15 лет коэффициент младенческой смертности в Республике Молдова сократился наполовину; такая же тенденция наблюдается и в отношении показателей материнской смертности. В 2016 г. ВОЗ подтвердила ликвидацию в стране передачи сифилиса от матери ребенку, что является выдающимся достижением, к которому должны стремиться другие страны Региона и которое может быть использовано SEEHN в качестве примера в информационно-пропагандистской работе (12).

Председательство в ЕС как возможность отстаивать интересы здоровья: пример Латвии

Председательство в Совете Европейского Союза по очереди переходит от одного государства-члена к другому каждые шесть месяцев, и выполняющая эти функции страна организует и направляет работу Совета. Председательство в ЕС – это возможность для каждого государства-члена, независимо от его размеров или продолжительности членства в Евросоюзе, повлиять на повестку дня ЕС и направлять его деятельность. Латвия вступила в ЕС в 2004 г. и впервые была страной-председателем с 1 января по 30 июня 2015 г., приняв бразды правления от Италии и впоследствии передав их Люксембургу.

Латвия начала готовиться к председательству в Евросоюзе еще в начале 2014 г. По результатам диалога с представителем ВОЗ министр здравоохранения Латвии официально обратился к директору Европейского регионального бюро ВОЗ с просьбой привлечь Региональное бюро к предоставлению министерству технической поддержки в определенных им приоритетных областях.

Министерство здравоохранения осуществляло общую координацию мероприятий в области здравоохранения, а Региональное бюро предоставляло техническую поддержку. Страновой офис ВОЗ в Латвии был центром диалога по вопросам политики и обеспечивал прямую связь между высокопоставленными чиновниками и экспертами общественного здравоохранения.

В результате в марте 2015 г. в Риге было проведено два важных мероприятия: конференция высокого уровня по вопросам питания и физической активности детей и подростков в школах и первая Министерская конференция Восточного партнерства по борьбе с туберкулезом и множественной лекарственной устойчивостью. Итоговые документы этих конференций оказали долгосрочное воздействие на страны Балтии. Словакия продолжила работу по итоговому документу по туберкулезу и МЛУ-ТБ (13) в период своего председательства в ЕС (июль–декабрь 2016 г.), а министры здравоохранения ЕС обсудили его в ходе неформального заседания Совета министров в октябре 2016 г.

Заключение

ВОЗ играет важную роль в дипломатии в области здравоохранения на национальном, региональном и глобальном уровнях. Роль страновых офисов ВОЗ может быть разной в зависимости от их размеров, расположения и особых характеристик, однако ВОЗ проводит четкую линию на вовлечение всех возможных действующих субъектов в работу по достижению высокого уровня здоровья для всех людей. Средства, механизмы и инструменты также могут различаться в зависимости от политического контекста, общего развития политики здравоохранения и приоритетов в стране, но в этой главе представлены наиболее широко используемые приемы дипломатии в области здравоохранения, такие как диалог по вопросам политики, стратегическое руководство, укрепление национального потенциала по вопросам политики здравоохранения в секторе здравоохранения и в других секторах и участие в важнейших национальных, региональных или глобальных мероприятиях.

В то время как стратегическое управление, руководство и координация работы государств-членов исходят от Европейского регионального бюро ВОЗ, вклад его географически удаленных офисов, страновых офисов ВОЗ и сотрудничающих центров, а также большого числа сетей, экспертов и консультантов, связанных с Региональным бюро, используется с максимальной пользой.

На национальном уровне страновые офисы ВОЗ выступают в роли центров дипломатии в области здравоохранения; их функция заключается в информационно-разъяснительной работе и поддержке эволюции структуры надлежащего стратегического руководства в интересах здоровья. Эта структура может включать консультативный комитет или иной механизм для проведения стратегического диалога высокого уровня и межсекторальные целевые группы для поддержки реализации всеобъемлющих национальных стратегий и/или планов развития в области здравоохранения. Работа ВОЗ на страновом уровне, нацеленная на гармонизацию поддержки, оказываемой различными партнерами, такими как партнеры в области развития, чрезвычайно важна, поэтому задача представителей ВОЗ – задействовать всю силу и весь мощный голос дипломатии в области здравоохранения, чтобы помочь продвижению этих усилий. Страновой офис должен привлекать к работе все заинтересованные стороны, причастные к сектору здравоохранения или влияющие на него, с тем, чтобы предоставляемая стране поддержка была актуальной, отвечала ее потребностям и соответствовала международным нормам и стандартам, научно обоснованным стратегиям и планам. Тогда, теоретически, с помощью диалога высокого уровня и консультаций с заинтересованными сторонами в стране потребности и приоритеты на страновом уровне могут лечь в основу приоритетов региональных и глобальных (14).

Продолжающаяся реформа ВОЗ демонстрирует необходимость усиления общего потенциала на страновом уровне не только среди руководителей страновых офисов ВОЗ, но и среди «адвокатов здоровья» в целом. Таким образом, больший акцент на вопросы предоставления высококачественной технической поддержки и необходимых финансовых ресурсов на страновом уровне позволит обеспечить прогресс в решении задач общественного здравоохранения.

Библиография*

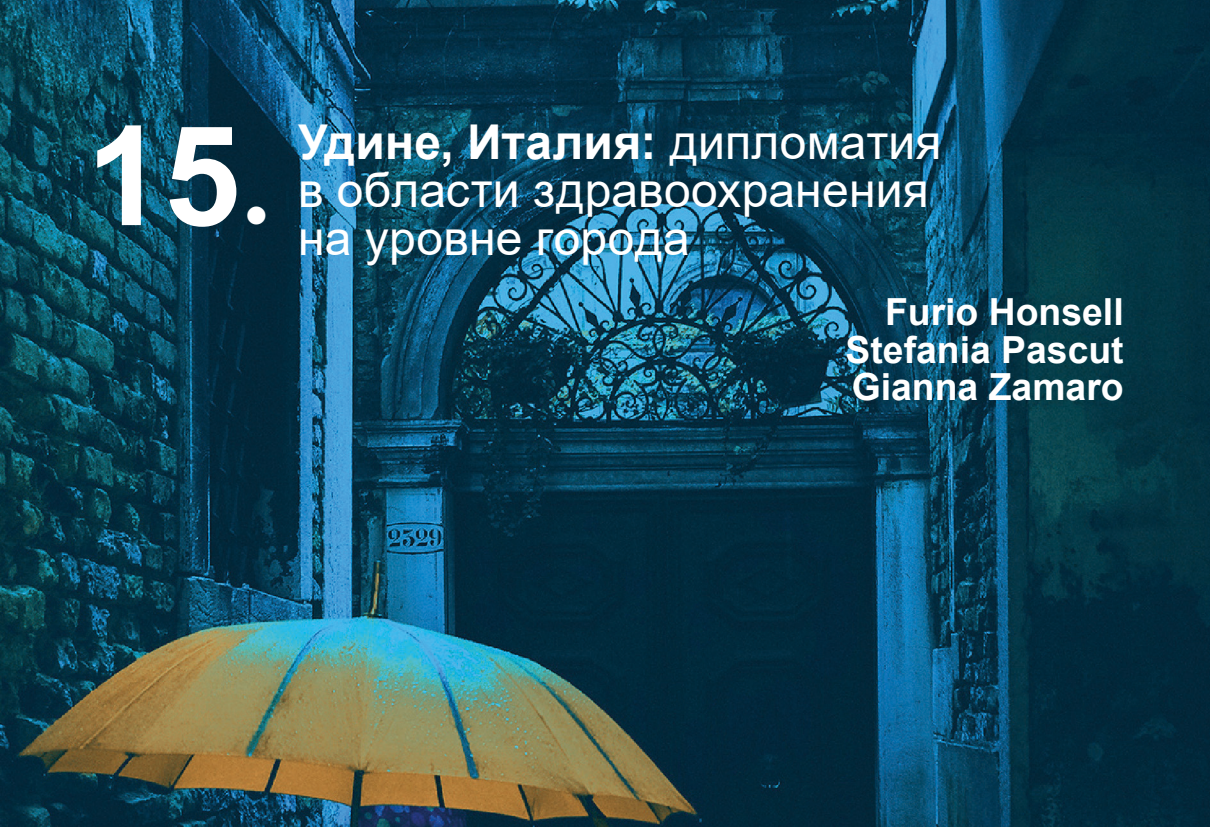
1. Страновая стратегия Европейского регионального бюро ВОЗ на 2012–2014 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (документ EUR/RC62/13; <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc6213-a-country-strategy-for-the-who-regional-office-for-europe-20122014>).
2. Стратегия странового сотрудничества ВОЗ. CCC 2016. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016.
3. Intersectoral meetings on violence prevention in Latvia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/countries/latvia/news/news/2016/05/intersectoral-meetings-on-violence-prevention-in-latvia>).
4. Training municipality workers from Latvia in child injury and maltreatment prevention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/countries/latvia/news/news/2015/05/training-municipality-workers-from-latvia-in-child-injury-and-maltreatment-prevention>).
5. Adverse childhood experiences of young adults in Latvia. Study report from the 2011 survey. Riga: Centre for Disease Prevention and Control; 2012 (https://www.spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi/Jauniesu%20vardarbibas%20pieredze/jauniesu_berniba_guta_vardarbibas_pieredze_pilns_teksts_eng_2012.pdf).
6. Reducing the consumption of sugar-sweetened beverages and their negative health impact in Estonia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Evidence Brief for Policy No. 1; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/324205/Evipnet-evidence-brief-policy-reducing-sugar-sweetened-beverages-estonia.pdf?ua=1).

* Все электронные ссылки в данной книге приведены по состоянию на 9 мая 2017 г., если не указано иное.

7. Всемирный день здоровья 2015 г.: страны Европы за безопасность пищевых продуктов. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/countries/latvia/news/news/2015/05/world-health-day-2015-countries-across-europe-promote-food-safety>).
8. Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. Estonia: country assessment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-response-to-ncds/publications/2015/better-noncommunicable-disease-outcomes-challenges-and-opportunities-for-health-systems.-estonia-country-assessment-2015>).
9. Премьер-министр Латвии высказался в поддержку увеличения государственного финансирования здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/countries/latvia/news/news/2016/11/prime-minister-of-latvia-expresses-support-to-increase-public-financing-for-health>).
10. Jurmala leads healthy city movement in Latvia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/countries/latvia/news/news/2014/10/jurmala-leads-healthy-city-movement-in-latvia>).
11. Cities as entry points in prevention of noncommunicable diseases (NCDs). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/countries/latvia/news/news/2016/11/cities-as-entry-points-in-prevention-of-noncommunicable-diseases-ncds>).
12. Республика Молдова. Источник: Страны [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/countries/republic-of-moldova>).
13. Рижская декларация открывает путь к победе над туберкулезом в Европейском регионе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/countries/latvia/news/news/2015/04/riga-declaration-paves-way-to-end-tb-in-european-region>).
14. Handbook for the induction of heads of WHO offices in countries, territories and areas. Geneva: World Health Organization; 2015.

15. Удине, Италия: дипломатия в области здравоохранения на уровне города

Furio Honsell
Stefania Pascut
Gianna Zamaro



Введение в новую квази-концепцию и парадигму

В настоящее время сталкиваются три мегатенденции, а именно: урбанизация, старение населения и изменение климата. Все это создает серьезные проблемы для здоровья, но в то же время может создать уникальные возможности для повышения устойчивости общества в целом и повышения жизнестойкости и благополучия граждан. Здоровье следует понимать как состояние полного физического, душевного и эмоционального (социального) благополучия, а не только как отсутствие болезней и физических дефектов (1, 2). Города – через деятельность своих политических лидеров и руководителей высшего звена – играют сейчас гораздо большую роль, чем раньше, в борьбе с угрозами и вызовами, которые связаны с вышеуказанными мегатенденциями. Тем не менее, необходим серьезный сдвиг парадигмы для того, чтобы города могли создавать союзы со всеми типами и уровнями партнеров: иными словами, нужна дипломатия в сфере городского здравоохранения. Это инновационное понятие (квази-концепция) без устоявшегося эпистемологического сообщества, но в публикуемой в последнее время литературе в нескольких областях уже имеются словосочетания, содержащие слово «дипломатия», чтобы указать на тот вклад, который она может внести. В настоящее время использование средств дипломатии стало настолько повсеместным потому, что все человеческие начинания теперь имеют то или иное отношение к глобальным реалиям.

Например, публичная дипломатия – это осуществляемая национальными правительствами практика поддержания международных отношений через средства массовой информации и через сотрудничество с широким кругом неправительственных организаций для оказания влияния на политику и действия других правительств. Глобальная дипломатия в области здравоохранения (3) – это многоуровневые процессы с участием многих действующих субъектов, которые формируют и управляют средой глобальной политики здравоохранения на форумах, как связанных, так и не связанных со здравоохранением. Цифровая (электронная) дипломатия

предполагает использование Интернета и новых информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) для достижения дипломатических целей. Дипломатия в науке – это использование форм научного и исследовательского сотрудничества для решения общих проблем и построения конструктивных международных партнерских отношений. Дипломатия в области климата добивается принятия и реализации стратегий декарбонизации и повышения энергоэффективности, призывает к осуществлению политики, ориентированной на достижение целей, изложенных в Парижском соглашении (см. главу 11), и способствует укреплению экологической устойчивости в целом. Экономическая дипломатия способствует процветанию местных экономик на международном уровне путем привлечения не только министерств, занимающихся вопросами экономики, и органов, содействующих развитию торговли и инвестиций, но также торгово-промышленных палат и местных органов власти. И наконец, понятие «мегадипломатия» охватывает новые коалиции, которые появляются в правительственных, деловых и образовательных секторах.

Что нужно делать, чтобы реализовывать принципы дипломатии в сфере городского здравоохранения?

Во-первых, язык здравоохранения – это универсальный международный язык, который никогда не разделяет, а способствует установлению прочных связей. Само слово «дипломатия» через свой этимологический корень «диплома» (сложенный вдвое) прямо ведет к таким понятиям, как пакт и договор: связывание двух предметов на равноправной основе.

В этой главе рассматривается роль дипломатии в сфере городского здравоохранения в создании альянсов здоровья внутри городской администрации и ведении переговоров с заинтересованными сторонами в городе, в налаживании связей с другими городами и в многоуровневом стратегическом руководстве. В частности, в ней обсуждаются соответствующие инициативы, реализованные в г. Удине, расположенном на северо-востоке Италии: население 100 000 человек, индекс старения (число людей в возрасте 65 лет и старше на 100 человек в возрасте 14 лет и младше – 217). За 21 год своего активного участия в различных сетях ВОЗ, в первую очередь в Европейской сети ВОЗ «Здоровые города» (4–6) и в Глобальной сети ВОЗ «Города и сообщества, благоприятные для всех возрастов» (7) Удине завоевал серьезную международную репутацию в деле реализации городских стратегий укрепления здоровья.

Дипломатия в области здравоохранения в отдельно взятом городе

Активную дипломатию в области городского здравоохранения можно проводить только внутри городской администрации, которая рассматривает концепцию учета интересов здоровья во всех стратегиях как базовый принцип, лежащий в основе ее политических и административных действий в целом. Это требует принятия много- и межсекторального подхода к формированию и реализации политики в области здравоохранения. Внутригородская дипломатия в сфере здравоохранения – это хорошее лекарство от синдрома ведомственной изоляции. Поэтому такая дипломатическая деятельность столь же необходима в стенах городской ратуши, как и во взаимодействии городов с внешним миром.

Дипломатия в сфере городского здравоохранения повышает репутацию муниципалитета на всех уровнях и внутри своего же сообщества. Благодаря этому доверие и уважение к деятельности муниципалитета возрастает по административным линиям снизу вверх, сверху вниз и по горизонтали между равными муниципалитетами. Поэтому дипломатия в сфере городского здравоохранения играет важнейшую роль в создании того, что становится очень важным для укрепления солидарности граждан, ощущения их личной причастности к долгосрочным социальным программам и для формирования чувства позитивной принадлежности к городу – бренда города.

Значительная часть дипломатии в области городского здравоохранения имеет немало общего с тем, что мы называем «парадигмой среднего уровня», если заимствовать терминологию из исследований в области искусственного интеллекта в 80-х годах. Традиционные

принципы управления по нисходящей линии, сверху вниз не позволяют обеспечить полное участие граждан, а в период экономического спада они становятся неустойчивыми с финансовой точки зрения. Кроме того, возникает вопрос о том, кто же стоит наверху в обществе, где имеется много уровней власти? Аналогичным образом, принципы управления по восходящей линии, снизу вверх имеют свои симметричные недостатки, поскольку при таком виде управления принимаемые решения могут быть совершенно не в интересах здоровья, если они не опираются на правильную стратегическую ориентацию и надлежащее образование, и будут недолговечны, если не будут вписываться в более широкие системные рамки.

Поэтому местные власти должны разработать новое поколение стратегий – подходы «из середины». Они сочетают действия, исходящие сверху и инициируемые снизу, в самых разных пропорциях, благодаря тому, что создаются альянсы на принципах доверия и уважения. Инициативы, возникающие «из середины», базируются на оригинальности и сильной мотивированности (часто положительно идеологической) действий на низовом уровне, но они ставят эти действия в более принципиальные и более широкие рамки, что еще больше расширяет права и возможности граждан и увеличивает потенциал местных органов власти. Эти подходы часто называют социальными инновациями (8) или социальным посредничеством, и они основаны на совместном творчестве. В рамках стратегий, исходящих из середины, города не только поддерживают предложения и инициативы, идущие снизу вверх, но также выступают в качестве катализаторов, способствуя более широкому участию общества, объединяя социальные, государственные и частные заинтересованные стороны, а также коммерческие и некоммерческие организации таким образом, чтобы предложения и потребности граждан удовлетворялись на основе более широкого участия и, следовательно, в большей степени способствовали расширению прав и возможностей населения всех заинтересованных сторон.

В последнее десятилетие в Удине было осуществлено несколько успешных инициатив «из середины», которые олицетворяют защиту интересов здоровья через дипломатию в сфере городского здравоохранения. Все они направлены на создание альянсов, содействие сетевому сотрудничеству и контактам между местными заинтересованными сторонами и осторожное подталкивание нередко своеобразных представлений сторон к более скоординированной, упорядоченной и стратегической системе действий.

1. Ассоциация «Тренируй свой мозг» [Camminamenti] объединяет более 20 заинтересованных сторон, таких как университет, публичная библиотека, муниципальная библиотека игрушек, а также различные некоммерческие и коммерческие организации, такие как ассоциация Альцгеймера. Все партнеры взаимодействуют друг с другом с тем, чтобы предлагать людям пожилого возраста различные занятия (такие как тренировка мозга, музыкальная терапия, смеховая терапия, математические игры и другие игры, помогающие противодействовать старению, йога для позвоночника, творческое мышление, обучение цифровым технологиям, энергетика долголетия и рукопись) для борьбы со снижением когнитивных функций и наступлением деменции, а также с возрастной дискриминацией, одиночеством и изоляцией. Занятия проводятся в общественных центрах и ежегодно планируются руководящим комитетом, в состав которого входят представители офиса «Здоровые города», отделы спорта, культуры и социального обеспечения, а также представители других партнеров.
2. Объединение «Нет одиночеству в Удине» [No alla Solit'Udine] охватывает более 30 добровольных ассоциаций, которые оказывают пожилым людям помощь в повседневной жизни. Плотники, сантехники, слесаря и механики из ассоциации «Мастеровые на пенсии» предлагают пожилым людям помощь в мелком ремонте. Члены других ассоциаций предлагают транспортные услуги для доставки пожилых людей в магазины для совершения покупок или читают газеты людям с глаукомой. Муниципалитет координирует проект через центр приема звонков, который собирает просьбы граждан и направляет их в ассоциации, предоставляющие услуги. Эта инициатива внесла большой вклад в формирование сильного чувства принадлежности к городу.

3. Многие отдельные мероприятия проводятся совместно с местными заинтересованными сторонами. Так, например, вечер читателей дает публичным библиотекам, книжным магазинам, поэтам, а также профессиональным писателям и писателям-любителям возможность проводить мероприятия, связанные с чтением литературных произведений в различных общественных местах. В организации и проведении Всемирного дня игр принимают участие более 50 различных ассоциаций, групп и малых предприятий, занимающихся играми во всех их различных аспектах. День числа «Пи», который традиционно начинается 14 марта в 1:59:26 дня, позволяет объединить усилия ассоциаций, отдельных лиц и школ для повышения математической и научной грамотности среди широкой общественности. В «Неделе энергии», проводимой для повышения осведомленности населения о важности энергосбережения и необходимости сокращения выбросов парниковых газов от ископаемых видов топлива, принимают участие десятки предприятий и ассоциаций. Количество участников этих мероприятий увеличивается всякий раз, когда они проводятся. Все эти инициативы косвенно способствуют защите интересов здоровья и благополучия населения больше, чем если бы они проводились исключительно для достижения цели в соответствии со своим названием.
4. Городские сады – это зеленые зоны, в том числе бывшие заброшенные территории, которые были восстановлены и теперь предназначены для граждан и ассоциаций, которые занимаются выращиванием фруктов и овощей. Как правило, более успешно стимулировать социализацию внутри местного сообщества могут ассоциации, а не отдельные лица. Многие ассоциации, работающие с людьми с ограниченными возможностями, обычно заинтересованы в том, чтобы включить занятия сельским хозяйством в комплекс проводимой ими трудовой терапии. Фермерские и другие местные рынки, где продаются овощи и фрукты, являются родственными инициативами, которые способствуют повышению устойчивости местных сообществ и формированию здоровых привычек питания.
5. «Здоровые легкие закуски в школе» – это проект, в котором участвуют все начальные школы г. Удине для содействия формированию здоровых пищевых привычек у родителей и у детей, особенно во время школьных перерывов. Это многогранная программа. Помимо предоставления полезных для здоровья легких закусок она предусматривает образовательные мероприятия в классах, занятия в продовольственных и сельскохозяйственных лабораториях, тренинги для учителей, социальные мероприятия и кампании по коммуникации для повышения осведомленности сообщества о здоровом образе жизни. Она также взаимодействует с коммерческими партнерами (местными объединениями фермеров, сетями супермаркетов и частными магазинами). Для оценки проекта в течение 10 лет проводился мониторинг.

Это всего лишь краткий перечень инициатив «из середины», основанных на создании альянсов здоровья. Идея заключается в том, что многое происходит вне стен городской ратуши и это можно легко расширить и включить в более широкую стратегию содействия созданию здоровых, жизнестойких и устойчивых сообществ.

Поддержание связей с другими городами

До сих пор мы в основном анализировали дипломатию в области здравоохранения внутри одного города с целью создания альянсов здоровья в рамках городской администрации и местного сообщества. Однако еще более убедительный аргумент в пользу дипломатии в сфере городского здравоохранения возникает в процессе создания сетей сотрудничества с другими городами, где здоровье используется как почва для общения. Это делается путем подписания пактов о сотрудничестве и активного членства в различных сетях, финансируемых ЕС, сетях, созданных по инициативе ВОЗ, или даже в ряде сетей НПО. Преимущества и достоинства такого подхода включают следующее: мотивация персонала, ознакомление с передовой практикой, приобретение знаний о возможных ошибках и недостатках (что способствует предотвращению эффектов рикошета), повышение оперативности, обмен методиками. Примером дипломатии в сфере городского здравоохранения на практике является

Сеть ВОЗ «Здоровые города» (9). Отправной точкой является то, что города не должны считать себя просто городами Европы, а прилагать все усилия для создания Европы городов. Существует много направлений сотрудничества между городами, где дипломатия в сфере городского здравоохранения имеет решающее значение.

Хартии, сети и проекты ЕС

Города могут присоединиться к различным международным и национальным сетям городов, таким как сеть ВОЗ «Здоровые города» (для повышения уровня благополучия населения и создания здоровой и благоприятной среды обитания), Европейский пакт мэров (для содействия энергосбережению и использованию возобновляемых источников энергии), Глобальная сеть ВОЗ «Города и сообщества, благоприятные для людей всех возрастов» (для содействия созданию условий жизни, благоприятных для людей пожилого возраста) и сеть «Мэры за развитие потенциала адаптации» (для повышения жизнестойкости и потенциала для устранения последствий бедствий).

Города могут подтвердить свою приверженность работе в этом направлении на международном уровне путем подписания хартий, деклараций и пактов, которые определяют их будущую политику и стратегии (10–19). Город может сделать важный дипломатический шаг в направлении создания своего бренда путем проведения у себя церемонии подписания стратегического документа, пропагандирующего его особенную стратегию или политику в интересах здоровья.

Чтобы увеличить свой потенциал как посредников в решении социальных и экономических вопросов, города могут также присоединиться к многосекторальным НПО, таким как Европейский пакт о демографических изменениях (17). Эта ассоциация реализует парадигму тройной спирали, в которой различные установленные законом заинтересованные партнеры объединяют свои силы для достижения общей цели. Основные витки в спирали включают: местные органы самоуправления и государственные учреждения; университеты и исследовательские центры; предприятия, частные учреждения, некоммерческие и коммерческие организации. Здравоохранение – это очень мощный двигатель экономики, открывающий множество возможностей для создания новых рабочих мест и предприятий. Именно на этом положении базируется так называемая «серебряная экономика», определяемая ЕС как комплекс экономических возможностей, возникающих в результате государственных и потребительских расходов, связанных со старением населения, и специфических потребностей людей в возрасте старше 50 лет.

Города также могут присоединиться к сетевым проектам, финансируемым ЕС, для разработки местных планов действий и создания местных групп поддержки. Удине присоединился к сети Romanet, которая занимается социальной интеграцией народности рома, с целью постепенной нормализации неофициальных поселений путем социального сопровождения семей в улучшенных жилищах и преодоления или снижения предрассудков, стереотипов и стигмы в отношении рома. Эта деятельность является замечательным примером дипломатии в области городского здравоохранения. В рамках другого проекта по программе Европейского территориального сотрудничества г. Удине обменялся опытом в сфере содействия активному и здоровому старению с Единбургом (Соединенное Королевство), Брайтоном и Хоувом (Соединенное Королевство), Гран-Пуатье (Франция) и Клайпедой (Литва). Другие проекты ЕС, в которых участвовал Удине, касались повышения жизнестойкости местных сообществ, качества окружающей среды и энергоэффективности.

Следует призывать и поощрять мэров к тому, чтобы они принимали активное участие в этих сетях. На данный момент такое участие все еще не распространено, но укрепление здоровья – это межсекторальная деятельность, и мэрам принадлежит самая важная роль в развитии межсекторального сотрудничества.

Оценочные мероприятия и мониторинг процесса

Городская дипломатия в области здравоохранения может быть эффективной, если она оперирует конкретными фактами, полученными в процессах оценки. Удине участвовал в нескольких

таких процессах: составление профилей здоровья пожилых людей с использованием 22 показателей Подсети ВОЗ по здоровому старению, оценка восьми аспектов, определяющих город, благоприятный для людей пожилого возраста, использование инструмента экспресс-оценки, оценка условий среды, благоприятных для людей пожилого возраста в Европе, и использование Индекса активного старения для городов (20–23). Определение простых в оценке показателей позволяет понять значение стратегии в сопоставлении с другими стратегиями. Имеются отличные системы показателей, например, публикация ВОЗ «Измерение степени благоприятности для жизни людей пожилого возраста: руководство по использованию основных показателей» [Measuring the age-friendliness of cities: guide to using core indicators] (24), в которой показатели классифицируются в соответствии с четырьмя этапами процесса реализации стратегии: вводимые ресурсы, промежуточные результаты, конечные результаты и эффект. Эта система естественным образом показывает, как провести дезагрегацию данных для выявления несправедливостей в отношении здоровья. Уроки, полученные с использованием этих инструментов, заключаются в том, что показатели промежуточных или конечных результатов часто имеют большее значение, чем показатели эффекта. Справедливость последнего утверждения доказана в научной литературе, поскольку показатели эффекта можно измерить только в долгосрочной перспективе. С другой стороны, показатели промежуточных или конечных результатов измеряют то, что предоставляется гражданам, и поэтому они имеют очень высокую политическую ценность. Наконец, индексы, полученные взвешиванием разных данных, не очень полезны при сравнении городов, потому что, в конечном счете, статистические веса слишком зависят от контекста.

Однако все эти превосходные инструменты бесполезны, если оценки не повторяются и их результаты постоянно не распространяются среди общественности. По этой причине в Удине была создана обсерватория по проблемам пожилого населения и используются карты здоровья, создаваемые с помощью географической информационной системы, для визуализации распределения различных данных о плотности различных групп населения, например, данных о размещении аптек относительно географического распределения населения в возрасте 65 лет и старше. Карты здоровья – это инновационный инструмент для мониторинга, планирования и стратегического руководства в области здравоохранения. Они оказались очень полезными для лиц, формирующих политику, и специалистов здравоохранения на переговорах в процессе дипломатии в области здравоохранения в городах. Кроме того, для выявления несправедливостей в отношении здоровья в семьях осуществляется скрининг здоровья ротовой полости для определения количества кариозных, отсутствующих и запломбированных зубов и Индекса интенсивности поражения зубов кариесом у первоклассников (25).

В заключение следует отметить, что инструменты количественной оценки очень полезны, если полученные данные могут быть дезагрегированы, однако требуется больше качественных данных и данных самооценки.

Многоуровневое сетевое взаимодействие и стратегическое руководство

Третий вид дипломатии в сфере городского здравоохранения действует при планировании и осуществлении мер по укреплению здоровья, которые являются общими для всех секторов, на разных уровнях государственного управления путем обмена стратегиями, методами и данными при объединении в политические сети на многих уровнях. Города – это средоточие нескольких детерминант здоровья (например, транспорт и качество воздуха), но механизмы воздействия на эти детерминанты не всегда находятся в руках местных органов самоуправления и во многом зависят от региональных и центральных органов власти. Городам необходимо создавать больше и больше альянсов с другими государственными уровнями на региональном, национальном, европейском и международном уровнях. В частности, очень полезным для городов может быть сотрудничество с сетью ВОЗ «Здоровые регионы».

Дипломатия в сфере городского здравоохранения имеет большое значение для укрепления потенциала и многоуровневого политического руководства. В качестве примера можно привести инициативу «Здоровье и безопасность СЕИЧАС» [Adesso – Salute e Sicurezza], которую реализует регион Фриули-Венеция-Джулия и офис сети «Здоровые города» в Удине. Она охватывает 70% муниципалитетов региона, а ее целью является повышение осведом-

ленности администраторов и руководителей высшего звена в вопросах охраны здоровья и безопасности в общественных зданиях. Эта инициатива также является примером расширения местных инициатив в области здравоохранения после успешной проверки их устойчивости в долгосрочной перспективе (26). На национальном уровне в качестве примера очень эффективной деятельности итальянской сети «Здоровые города» можно назвать так называемый «Оскар здравоохранения» – ежегодный конкурс, который устраивается для определения наилучшей практики года.

Принципы дипломатии в сфере городского здравоохранения

Мы наметили новую квази-концепцию дипломатии в сфере городского здравоохранения, иллюстрирующую разнообразные уровни и аспекты деятельности, в которых она необходима. В более прагматичном плане мы дали описание ряда общих программ и конкретных инициатив, в которых работает дипломатия в сфере городского здравоохранения, указав на используемые инструменты. Дипломатия в сфере городского здравоохранения представляет собой в разной степени комбинацию некоторых, а возможно, и всех описанных выше направлений действия. Когда интересы здоровья используются как объединяющая платформы и общий язык для создания альянсов, это, несомненно, означает сильное политическое заявление. Охрана здоровья, согласно данному ВОЗ широкому определению общего благополучия, а не в более ограниченном смысле предоставления медицинской помощи или лечения, является пронизывающей все стороны жизни политической концепцией, которая может воплощаться в практику только посредством комплексных долгосрочных стратегий и программ, а не отдельных временных проектов или инициатив. Кроме того, здоровье служит морально-этической основой для формирования стратегий, построенных на общечеловеческих ценностях, потому что подлинно здоровые общества должны быть инклюзивными, устойчивыми, справедливыми, прозрачными, отзывчивыми и заботливыми. В этом смысле дипломатия в сфере городского здравоохранения имеет прочные корни в принципах демократии. Многие процессы, стимулируемые движением ВОЗ «Здоровые города» (4) – такие, как общегосударственный подход и принципы участия всего общества и учета интересов здоровья во всех стратегиях, межсекторальное сотрудничество, активное участие граждан и социальная интеграция – имеют огромную политическую ценность, помимо их пользы для здоровья и социально-экономического развития.

Дипломатия в сфере городского здравоохранения также является средством обеспечения справедливости наряду с ее экологическим аналогом - устойчивостью, которая эквивалентна справедливости в отношении будущих поколений. Связь между здоровьем и справедливостью олицетворяет принцип «Уровень духа» (27): общества могут быть здоровыми только в том случае, если они справедливы, потому что положение даже привилегированных слоев населения будет хуже в менее справедливом обществе. Недавний экономический спад умножил проявления несправедливости, а неравенства отравляют общество: кучка эффектных победителей выставляется напоказ перед бесчисленным множеством «проигравших». Деятельность по укреплению здоровья должна быть нацелена на инициативы, которые являются максимально инклюзивными, независимо от возраста, этнического происхождения, доходов, гендерной ориентации или способностей людей. Именно этой цели и служит дипломатия в сфере городского здравоохранения.

Дипломатия в сфере городского здравоохранения, безусловно, имеет важное значение в создании механизмов, способствующих вовлечению людей в процесс принятия решений в своем городе (например, фокус-группы). Граждане должны быть поставлены в центр не только системы обслуживания, но и решений, которые их касаются, а дипломатия в сфере городского здравоохранения может компенсировать ограничения и ощущение маргинализации, которые часто могут возникать даже в условиях самой представительной демократии.

Основным принципом в дипломатии в сфере городского здравоохранения является принцип «Здоровый выбор должен быть легким», так как в противном случае инициативы по укреплению здоровья будут иметь практическое значение только для воинствующих борников здоровья. Здоровый выбор должен также быть приятным и выгодным выбором. В этом отношении Удине, который является итальянским лидером движения «Города, дружественные для игр», воспользовался опытом, полученным при проведении игровых мероприятий. Игры особенно полезны в пропаганде здорового образа жизни и вовлечении пожилых людей в активные занятия, особенно в те, которые направлены на борьбу со снижением когнитивных функций. Фактические данные показывают, что людям легче устанавливать отношения во время игры, потому что их позитивные эмоции могут компенсировать культурные различия или когнитивную недостаточность.

Благодаря дипломатии в сфере городского здравоохранения можно легче пропагандировать необходимость изменений и инноваций. Здоровье общества также означает энергосбережение и позитивные действия в таких направлениях, как борьба с изменением климата, повышение жизнестойкости и повышение способности к устранению последствий бедствий. Дипломатия в сфере городского здравоохранения может стать платформой для более систематизированного и принципиального подхода к решению задач, связанных с современными демографическими тенденциями – не только со старением населения, но и с увеличением числа мигрантов, лиц, ищущих убежища, и маргинальных меньшинств – так как гарантии лучшего доступа к медицинским услугам – это первый шаг к социальной интеграции. В этом контексте международная сеть городов имеет огромное значение для изучения передовой практики и обмена проверенными моделями работы.

Наконец, дипломатия в сфере городского здравоохранения может быть очень действенной внутри организации местной администрации: она наводит мосты между ее политическим и исполнительным органами. Концепция учета интересов здоровья во всех стратегиях стимулирует сотрудничество между многими сторонами в противоположность узковедомственной зашоренности, поскольку она делает различные отделы и управления менее иерархическими, но не анархическими по своему характеру. Наличие единой межсекторальной цели выравнивает структуру управления, делает ее более гибкой и динамичной. Кроме того, популяционный подход к охране здоровья требует многократных и взаимодополняющих вмешательств и стратегий на разных уровнях.

Заключение

В заключение следует отметить, что охрана здоровья может служить надежным компасом при выборе решительных политических мер, особенно с учетом масштабных демографических изменений, происходящих в Европе в связи с устойчивым ростом ожидаемой продолжительности жизни (это можно только приветствовать) и в связи с более сложными проблемами глобальной мобильности и миграции. Охрана здоровья – это замечательный стимул для деятельности в масштабах городов. Она указывает на необходимость создания более чистых, более безопасных, более зеленых и более благоприятных для пожилого возраста условий окружающей среды, способствующих активному и устойчивому образу жизни. В городах могут быть созданы новые рабочие места и новые возможности, если муниципалитеты, руководствуясь принципами укрепления здоровья, будут устанавливать партнерские отношения и союзы с частным сектором и с коммерческими организациями. По всем этим причинам городам следует улучшать свои дипломатические навыки в сфере укрепления здоровья населения и полностью использовать свой потенциал.

Большинство тяжелых заболеваний связаны с образом жизни, который можно улучшить с помощью соответствующих профилактических мер. Хотя профилактика намного дешевле, чем лечение, государственные органы, как правило, уделяют больше внимания мерам, направленным на управление чрезвычайными ситуациями и организацию лечения острых заболеваний, чем осуществлению сильных профилактических программ, что часто проис-

ходит из-за недостатка финансовых ресурсов. Речь здесь идет не только о физическом благополучии, поскольку проблемы, связанные с психическим благополучием, например, депрессия и тревожные состояния, также вызывают серьезную озабоченность. В настоящее время только в городах может быть создана действенная система охраны психического здоровья граждан. Поэтому они должны стать живыми лабораториями для ведения активной, осмысленной и счастливой жизни и поддерживать и поощрять инновации, творческое мышление, внимательность к людям и возможности решения проблем.

Суть дипломатии в сфере городского здравоохранения сводится к использованию здоровья в качестве среды для обмена знаниями и навыками, создания сетей и альянсов, поощрения участия и приверженности, а также повышения уровня жизнестойкости, справедливости и устойчивости в обществе. Дипломатия в сфере городского здравоохранения означает использование охраны здоровья таким образом, чтобы сделать города более гуманными.

Библиография *

1. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Источник: Вопросы и темы здравоохранения [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>).
2. Устав ВОЗ: принципы. Источник: Информация о ВОЗ [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (<http://www.who.int/about/mission/ru/>).
3. Kickbusch I, Lister G, Told M, Drager N. Global health diplomacy. Concepts, issues, actors, instruments, fora and cases. New York (NY): Springer Science & Business Media; 2013.
4. De Leeuw E, Tsouros A, Dyakova M, Green G. Healthy cities. Promoting health and equity – evidence for local policy and practice. Summary evaluation of Phase V of the WHO European Healthy Cities Network. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/healthy-cities.-promoting-health-and-equity-evidence-for-local-policy-and-practice.-summary-evaluation-of-phase-v-of-the-who-european-healthy-cities-network>).
5. Green G. Health and governance in European cities. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998.
6. Tsouros A. City leadership for health and well-being: back to the future. J Urban Health 2013;90:S4–13.
7. Глобальная сеть ВОЗ городов и сообществ с благоприятными условиями для пожилых людей [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 (http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_network/ru/).
8. Mulgan G, Murray R. The open book of social innovation. London: Young Foundation; 2010.
9. Acuto M, Morissette M. Connecting WHO Healthy Cities: a primer for city health diplomacy. Kuopio: City Leadership Initiative; 2015.
10. Оттавская хартия по укреплению здоровья, 1986 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 1986 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.pdf).
11. Загребская декларация по здоровым городам. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/101078/E92343R.pdf?ua=1).
12. Covenant core documents. In: Covenant of Mayors for Climate & Energy [website]. Paris: European Commission; 2009 (http://www.covenantofmayors.eu/index_en.html).
13. Kobe Call to Action. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/topics/urban_health/kobe_calltoaction_urbanization_2010.pdf).
14. The Toronto Charter for Physical Activity. Edinburgh: NHS Health Scotland; 2010 (<http://www.paha.org.uk/Resource/toronto-charter-for-physical-activity-a-global-call-for-action>).

* Все электронные ссылки в данной книге приведены по состоянию на 9 мая 2017 г., если не указано иное.

15. Dublin Declaration on Age-Friendly Cities and Communities in Europe. Toronto: International Federation on Aging; 2013 (<http://www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2015/03/2-Dublin-Declaration-on-AFC-2013.pdf>).
16. The Sustainable Development Agenda. In: Sustainable Development Goals [website]. New York (NY): United Nations; 2017 (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda>).
17. The Covenant on Demographic Change. Brussels: European Commission; 2015 (http://agefriendlyeurope.org/sites/default/files/Covenant_brochure.pdf).
18. Text. In: Milan Urban Food Policy Pact. Milan: Milan Urban Food Policy Pact; 2015 (<http://www.foodpolicymilano.org/urban-food-policy-pact>).
19. Mayors Adapt. In: Covenant of Mayors for Climate & Energy [website]. Brussels: European Commission; 2015 (<http://mayors-adapt.eu/taking-action/participating-cities>).
20. Kanström L. Healthy ageing profiles: guidance for producing local health profiles of older people. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/healthy-ageing-profiles.-guidance-for-producing-local-health-profiles-for-older-people>).
21. Global age-friendly cities: a guide. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf).
22. Huber M, Jackisch J. Creating age-friendly environments in Europe tool. Copenhagen: WHO: Regional Office for Europe; 2016.
23. Active Ageing Index 2014 – analytical report. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe; 2015 (<http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/VI.+Documents+and+publications>).
24. Measuring the age-friendliness of cities: a guide to using core indicators. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/kobe_centre/publications/AFC_guide/en/).
25. Menegazzi G, Piemonte D, Tito R, Quattrin R, Pascut S, Honsell F et al. Preliminary results of a 2016 oral screening program in the primary schools of Udine, Italy. *Eur J Public Health* 2016;26 (Suppl. 1):ckw174.193. doi:<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw174.193>.
26. Scaling up projects and initiatives for better health: from concepts to practice. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/scaling-up-projects-and-initiatives-for-better-health-from-concepts-to-practice-2016>).
27. Wilkinson RG, Pickett K. The spirit level: why more equal societies almost always do better. London: Penguin Books; 2010.

16. Венгрия: разработка учебного курса по дипломатии в области здравоохранения на факультете общественного здравоохранения. Пример Дебреценского университета

Róza Ádány
Mihály Kökény

Введение

На основе опыта, полученного в ходе проведения учебных курсов по глобальной дипломатии в области здравоохранения, разработанных Центром глобального здравоохранения при Институте международных отношений и развития, Женева, Швейцария, Европейское региональное бюро ВОЗ поручило факультету общественного здравоохранения Дебреценского университета, Венгрия, организовать и провести в 2012 г. учебный курс по дипломатии в области здравоохранения для стран, входящих в SEEHN. Помимо общих учебных модулей программа пятидневного тренинга включала компоненты, отражающие конкретные региональные потребности, предварительно сформулированные странами-участницами.

В 2014 г., благодаря положительному опыту этого уникального начинания, в крупнейшем научном учреждении в области общественного здравоохранения в Венгрии был открыт новый курс по дипломатии в области здравоохранения для лиц, формирующих политику в своих странах, и советников по вопросам политики здравоохранения, подготовленный в рамках Оперативной программы ЕС по социальному обновлению. В рамках этого проекта организаторы курса также подготовили справочник «Дипломатия в области здравоохранения», опубликованный на венгерском языке (1). Он предназначен для преподавателей факультета и слушателей курсов по общественному здравоохранению, политике здравоохранения и организации медико-санитарных услуг. Эти предшествующие действия помогли включить вопросы глобального здравоохранения и дипломатии в области здравоохранения в различные программы высшего и последипломного образования на данном факультете для венгерских и зарубежных студентов.

Переговоры по итоговым показателям здоровья, нацеленным на спасение и улучшение жизни людей в глобальных масштабах, обычно проходят в условиях пересечения множества других интересов международных организаций. Благодаря этим программам в сфере здравоохранения стало больше дипломатов, а в мире дипломатии – больше экспертов по здравоохранению.

Следующим шагом должно стать вовлечение в переговоры на международном уровне частного сектора, НПО, ученых, активистов и средств массовой информации, поскольку все они

являются неотъемлемой частью переговорного процесса. Это требует определенного набора навыков, необходимых для работы в условиях меняющихся контекстов, действующих субъектов и проблем, и это уже помогло придать определенную форму дипломатии в области здравоохранения. Европейское региональное бюро ВОЗ с 2010 г. тесно сотрудничает с Центром глобального здравоохранения по вопросам разработки кратких очных и онлайн-курсов по дипломатии в области здравоохранения, удовлетворяющих потребности стран и субрегионов. Для расширения базы знаний и привлечения опыта специалистов в конкретных дисциплинах в организации курсов также часто участвует какое-либо учебно-научное учреждение: в случае Венгрии эту роль взял на себя факультет общественного здравоохранения.

Факультет общественного здравоохранения Дебреценского университета

Базовое учреждение – Дебреценский университет – был основан в 1912 г., а в 1914 г. началось обучение. В университете 14 факультетов, в том числе традиционные – гуманитарных наук, естественных наук, архитектуры, сельского хозяйства и медицины – и три университетских городка. Курсы по дипломатии в области здравоохранения были организованы в новом университетском городке. Сам этот городок можно рассматривать как символический памятник дипломатии и здравоохранения: он был построен в начале 20 века как кавалерийские казармы, в которых вплоть до 1990 г. размещались военнослужащие, после чего местные органы власти безвозмездно передали всю территорию и здания в распоряжение университета, чтобы они служили миру и знаниям, а не войне и разрушениям. Сегодня в этом городке расположены факультеты права, информатики и общественного здравоохранения, причем последний является единственным подобным факультетом в Венгрии и Центральной и Восточной Европе. Факультет общественного здравоохранения был основан по решению правительства Венгрии 1 декабря 2005 г. путем объединения Школы общественного здравоохранения и отделений профилактической медицины, семейной медицины и поведенческих наук Дебреценского университета.

Прежде чем стать независимым подразделением Дебреценского университета, факультет прошел десятилетнюю историю развития. Структурная организация факультета была впоследствии реформирована; нынешняя структура представлена во вставке 16.1 (2).

Сейчас факультет является уникальным, признанным на международном уровне, конкурентоспособным учебным центром не только для Венгрии, но и на европейской арене высшего образования в области общественного здравоохранения. В соответствии с принципами Болонского процесса, на факультете имеются две программы бакалавриата, четыре программы магистратуры и шесть программ последипломного обучения, а также действует докторантура общественного здравоохранения и медицинских наук, что раскрывает перед учащимися хорошие возможности для приобретения разнообразного учебного опыта. Также факультет получил международное признание как база научных исследований в здравоохранении. Как признание его научной деятельности по исследованию проблем здоровья народности рома, 9 января 2012 г. факультет получил статус Сотрудничающего центра ВОЗ по проблемам социальной уязвимости и здоровья.

Первый учебный курс для SEEHN (2012 г.)

Сеть SEEHN включала представителей министерств здравоохранения десяти государств-членов, пяти западноевропейских стран-партнеров и пяти межправительственных организаций. Это сеть государственных систем общественного здравоохранения, функционирующая на основе устойчивых долгосрочных партнерских отношений между странами, межправительственными организациями и НПО. С 2001 г. функции SEEHN постепенно менялись: от содействия миру и примирению и защиты наиболее уязвимых групп населения в Юго-Восточной Европе к устойчивому партнерству в области общественного здоровья, играющему все более заметную роль в формировании повестки дня в сфере общественно-

Вставка 16.1. Структура факультета общественного здравоохранения, Дебреценский университет

I	Отделение профилактической медицины <ul style="list-style-type: none">● Кафедра анализа биомаркеров● Кафедра биостатистики и эпидемиологии● Кафедра укрепления здоровья● Кафедра медицины общественного здоровья
II	Отделение семейной и производственной медицины
III	Отделение поведенческих наук <ul style="list-style-type: none">● Кафедра клинической психологии и психологии здоровья● Кафедра гуманитарных наук для медико-санитарной помощи
IV	Отделение больничной гигиены и контроля инфекций
V	Отделение физиотерапии
VI	Отделение управления системами здравоохранения и управления качеством медико-санитарной помощи
VII	Школа общественного здравоохранения

го здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ (2). В то же время SEEHN сталкивается с многочисленными проблемами на региональном и субрегиональном уровнях, для решения которых необходимы совместные усилия, включающие межгосударственное взаимодействие как внутри сектора здравоохранения, так и между этим и другими секторами (более подробно об этом см. в главе 7).

В 2011 г. Европейское региональное бюро ВОЗ начало разработку недельного учебного курса по дипломатии в области здравоохранения для сети SEEHN, предназначенного для сотрудников министерств здравоохранения и иностранных дел. Содержание курса готовилось особенно тщательно. Представители Центра глобального здравоохранения и факультета несколько раз обсуждали учебные модули с руководством SEEHN, чтобы в получившейся программе обучения учитывались интересы и проблемы участвующих стран. Некоторые выступали за создание углубленного курса по общественному здравоохранению; другие хотели бы видеть в нем подходы, связанные с межсекторальным сотрудничеством. В итоге страны пришли к соглашению о том, что это должен быть курс по дипломатии в области здравоохранения в ЕС, поскольку большинство стран SEEHN готовились к вступлению в ЕС.

От каждого из 10 государств-членов SEEHN в курсе обучения участвовали делегации из 2–3 человек. И хотя общей целью курса было собрать вместе специалистов в области дипломатии и здравоохранения, чтобы определить их общие интересы, несмотря на все усилия, в нем приняли участие лишь чиновники из министерств здравоохранения и системы общественного здравоохранения. От Венгрии было четыре наблюдателя (в т.ч. один представитель министерства иностранных дел); также в курсе приняли участие два заместителя министров здравоохранения (из Сербии и Черногории). Группа преподавателей состояла из ведущих специалистов Центра глобального здравоохранения и факультета; было также два приглашенных докладчика – бывший комиссар ЕС и советник-посланник Делегации Европейского союза при ООН и других международных организациях в Женеве, Швейцария.

Сначала члены SEEHN возражали против проведения курса за пределами субрегиона, но в конечном итоге было решено, что факультет лучше, чем какие-либо другие учреждения в странах SEEHN, сможет обеспечить надлежащую организацию с точки зрения привлечения авторитетных докладчиков, комфортабельного размещения участников и материально-технического обеспечения.

Программа курса была организована в виде модулей с конкретными задачами. Каждый модуль состоял из лекций с последующими упражнениями в группах. Некоторые модули были по-

священы укреплению навыков ведения переговоров путем выполнения имитационных упражнений. В табл. 16.1 дается краткое описание задач и тематики модулей.

Во время дискуссий после презентаций и на семинарах участники продемонстрировали, что они хорошо понимают и признают многоаспектность и глобальный характер здравоохранения, а также с энтузиазмом обсуждали региональные аспекты детерминант здоровья. Самая живая дискуссия развернулась по вопросам охраны здоровья в странах Юго-Восточной Европы, особенно в отношении здоровья народности рома – крупнейшего этнического меньшинства в регионе. Согласно данным исследований в 12 странах Центральной и Восточной Европы, у народности рома, составляющей в некоторых из этих стран до 12% населения, медицинская страховка бывает значительно реже, чем в других этнических группах. Доля рома, не имеющих страховки, составила почти 30% в Боснии и Герцеговине, более 40% в Болгарии и Румынии и 59,7% и 67,7% в Республике Молдова и Албании, соответственно (3). Во всем регионе народность рома сталкивается с такими проблемами, как высокий уровень бедности, отсутствие возможностей для получения образования и высокие уровни безработицы и социальной изоляции. Все это может не-

Таблица 16.1. Задачи и темы модулей курса ВОЗ по дипломатии в области здравоохранения для стран SEEHN, 2012 г.

Модуль	Цель	Темы
1. Понимание природы дипломатии в области глобального здравоохранения	Дать обзор основных характеристик и тенденций здравоохранения и внешней политики и синергии между этими сферами в целях выстраивания новых отношений в интересах дипломатии в области глобального здравоохранения	Многополярный мир: контекст всего мира и ЕС; изменения в дипломатии в области здравоохранения; система и методы дипломатии; дипломатия в области глобального здравоохранения: новые отношения между здравоохранением и внешней политикой
2. Проблемы стратегического руководства в области глобального здравоохранения	Изучить многокомпонентную структуру глобального здравоохранения, в т.ч. как различные окружающие условия и действующие субъекты влияют на методы стратегического руководства в области глобального здравоохранения на разных уровнях	Как здравоохранение становится глобальным; общественное здоровье – это здоровье населения мира: что это означает для SEEHN?; институциональная среда: площадки глобальной дипломатии в области здравоохранения с акцентом на ВОЗ
3. Динамика переговоров в области глобального здравоохранения	Ознакомить участников с навыками ведения переговоров и продемонстрировать основные характеристики переговоров в области глобального здравоохранения с помощью двух имитационных упражнений – в контексте ЕС и на глобальном уровне	Институциональная среда: роль ЕС в глобальном здравоохранении и охране здоровья в Юго-Восточной Европе; ведение переговоров в контексте ЕС (имитационное упражнение); переговоры по вопросам здравоохранения: опыт стран SEEHN (семинар); многоуровневая дипломатия: переговоры по вопросам антиалкогольной политики на разных уровнях стратегического руководства (упражнение в рабочих группах)
4. Стратегия глобального здравоохранения: координация на национальном и региональном уровнях	Проиллюстрировать пути продолжения сотрудничества стран на национальном и региональном уровнях по вопросам глобального здравоохранения	Хорошее глобальное здоровье начинается дома: национальные стратегии в области глобального здравоохранения; здоровье социально-неблагополучных групп: как решать проблемы охраны здоровья народности рома в трансграничном контексте: дипломатия в области глобального здравоохранения в действии
5. Подведение итогов	–	–

гательно влиять на состояние их здоровья (4). Более трети из тех людей, которые могут получить доступ к услугам здравоохранения, сообщают о том, что сталкиваются с дискриминацией (5).

Помимо этого, участники подчеркнули необходимость иметь квалифицированных дипломатов в области здравоохранения – «атташе по вопросам здоровья» – которые представляли бы регион и излагали на переговорах свои конкретные проблемы, а также важность создания области сопряжения между внутренней и внешней политикой. Kickbusch и Kökény (6) отметили, что:

проводится множество переговоров по вопросам здравоохранения на различных площадках, ... но не многие страны имеют возможность выделять значительные ресурсы на поддержку этих переговорных процессов. На недавней сессии Исполнительного комитета ВОЗ государства-члены подчеркнули важность тщательной подготовки на национальном и, что в последнее время все более актуально, на региональном уровне.

Экономические преобразования в период после 90-х годов привели к усугублению неравенства и бедности, особенно в некоторых странах и регионах: уровни неравенства и бедности, как правило, выше в странах Юго-Восточной Европы (7). Участники курса по дипломатии в области глобального здравоохранения недвусмысленно заявили о необходимости разработки и проведения подобных курсов для лиц, формирующих национальную политику, и советников в области здравоохранения.

Результаты курса 2012 г.: второе учебное мероприятие и национальные курсы по дипломатии в области здравоохранения (2014 г.)

Среди результатов этого новаторского проекта интересно отметить то, что после учебного курса страны SEEHN стали более активно выступать как одна группа с совместными заявлениями на сессиях Регионального комитета ВОЗ – руководящего органа ВОЗ в Европейском регионе. Также страны SEEHN добились проведения второго курса по дипломатии в области здравоохранения, состоявшегося в конце 2014 г. в Кишиневе, Республика Молдова. На этот раз в мероприятии приняло участие более 30 человек, представлявших не только министерства здравоохранения. Эксперты в области дипломатии, экономики и здравоохранения собрались вместе с целью углубления своего понимания и расширения знаний о том, как сделать вопросы здоровья и благополучия человека более приоритетными в рамках и без того насыщенной политической повестки дня. Роль дипломатии в области здравоохранения обсуждалась в контексте размеров и геополитического расположения стран, рассматривались новые технологии в дипломатии и перспективы укрепления межстранового сотрудничества посредством SEEHN в рамках регионального процесса сотрудничества в области развития.

Благодаря курсам в Дебрецене и Кишиневе участники получили навыки и знания, позволяющие им отстаивать интересы здоровья и благополучия, и как новоиспеченные дипломаты в области здравоохранения усвоили следующие идеи (2).

- Цели общественного здоровья и здравоохранения не могут быть достигнуты усилиями одних лишь систем здравоохранения и поэтому ответственность за их достижение лежит не только на системах здравоохранения. Эти цели касаются всего общества и всех секторов, особенно в части обеспечения профилактики, а не лечения, и поэтому их должны разделять все секторы государственного управления и гражданское общество.
- Малые страны сталкиваются с многочисленными проблемами, но их размеры не делают их менее важными или влиятельными. Региональное сотрудничество – прекрасная возможность определить общие приоритеты и совместные действия и добиваться реальных изменений на региональном и глобальном уровнях.
- SEEHN обладает большим потенциалом для озвучивания общих проблем, влияния на региональные приоритеты здравоохранения и участия в переговорах в области глобального здравоохранения.

- Возможности, которые возникли в регионе с принятием стратегии Юго-Восточная Европа-2020 (8), и преимущество, которое дает роль SEEHN как регионального координатора этого процесса, создают уникальное поле для учебно-познавательной деятельности и прекрасную возможность для практической отработки навыков дипломатии в области здравоохранения.

Успех курсов SEEHN вдохновил Венгрию и Республику Молдова на организацию национальных курсов по дипломатии в области здравоохранения при поддержке Центра глобального здравоохранения и Европейского регионального бюро ВОЗ.

В рамках Оперативной программы ЕС по социальному возрождению в 2014 г. на базе факультета был проведен венгерский курс, который прошел при широком межсекторальном участии представителей четырех разных министерств, отвечающих за восемь секторов, а также крупнейших университетов (в т.ч. студентов-медиков), ассоциации больниц и местных органов управления двух больших городов. Слушателям были представлены следующие основные темы:

- введение в дипломатию в области глобального здравоохранения
- как происходит глобализация здоровья
- площадки дипломатии в области здравоохранения (ОЭСР, ООН, ВОЗ)
- место и роль Венгрии в глобальных процессах
- дипломатия и секторальная дипломатия в дипломатических миссиях
- дипломатия в области здравоохранения в процессах принятия решений на уровне ЕС
- примеры из практики: роль отраслевых министерств в дипломатических переговорах по глобальному здравоохранению
- обязанности «атташе по вопросам здоровья» в посольствах
- концепция глобального здоровья в международном праве
- дипломатия в области здравоохранения в защиту прав народности рома на участие в жизни общества.

Чтобы придать мероприятию еще более комплексный характер, преподаватели факультета разработали учебник по этому курсу на венгерском языке (1). Сотрудники факультета широко используют эту публикацию при подготовке учебных материалов; этот материал также предлагается слушателям курсов по общественному здравоохранению, управлению здравоохранением и политике здравоохранения. По отзывам слушателей курса, этот учебник очень помогает им в работе.

Библиография*

1. Ádány R, Kókény M, Kickbusch I, editors. Egészségdiplomácia [Health diplomacy]. Budapest: Medicina; 2014 (in Hungarian).
2. Kostova NM, Jakubowski E, Kókény M, Kickbusch I. Building regional capacity in global health. The role of the South-European Health Network. Policy briefing. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/270735/FINAL_Report-Global-Health-Diplomacy_-rev-by-WHO-PUB-16-Feb2015.pdf?ua=1).
3. Kühlbrandt C, Footman K, Rechel B, McKee M. An examination of Roma health insurance status in central eastern Europe. Eur J Public Health 2014;27:704–12.
4. Ádány R: Roma health is global ill health. Eur J Public Health 2014;24:702–03.
5. Kósa Z, Széles G, Kardos L, Kósa K, Németh R, Ország S et al. A comparative health survey of the inhabitants of Roma settlements in Hungary. Am J Public Health 2007;97:853–9.
6. Kickbusch I, Kókény M. Global health diplomacy: five years on. Bull World Health Organ. 2013;91:159.
7. Galgóczi B, Sergi BS. Social and economic trends in south-east Europe. Brussels: European Trade Union Institute; 2012.
8. South east Europe 2020: Jobs and prosperity in a European perspective, Regional Cooperation Council [website]. Sarajevo: Regional Cooperation Council; 2017 (<http://www.rcc.int/pages/62/south-east-europe-2020-strategy>).

* Все электронные ссылки в данной книге приведены по состоянию на 9 мая 2017 г., если не указано иное.

17. Укрепление потенциала в сфере дипломатии в области глобального здравоохранения в Европе: опыт, насущные проблемы, уроки и выводы

Michaela Told

С принятием ЦУР была утверждена грандиозная преобразовательная программа действий, реализация которой требует совместных усилий в интересах людей, всей планеты и во имя процветания. Все семнадцать ЦУР имеют всеобщий характер и являются взаимозависимыми, предусматривают преодоление разрыва между севером и югом, и в них признается сложность нахождения комплексных решений (1). ЦУР уникальны не только по своему диапазону, но и по тому, как они разрабатывались: процесс их разработки включал самые широкие в истории ООН консультации и создание рабочей группы открытого состава, серию глобальных и региональных переговоров и онлайн-овое изучение общественного мнения (2). Они не только представляют собой основу для широкого участия всех сторон, но и отражают меняющуюся природу дипломатии.

Глобальные проблемы – такие как глобальное потепление, кибербезопасность, торговые соглашения, миграция и вспышки заболеваний – требуют новых механизмов решения проблем и коллективных действий многих заинтересованных сторон (3). Дипломаты проводят дипломатическую работу с многочисленными заинтересованными сторонами не только для решения вопросов, связанных с ростом взаимозависимостей, и сложных глобальных проблем через достижение ЦУР, но и с целью реагирования на кризисы, которые становятся скорее нормой, чем исключением. Дипломатическая деятельность более не ограничивается двух- и многосторонними переговорами, проводимыми профессиональными дипломатами. Теперь она включает различных негосударственных субъектов и предполагает использование новых технологий и социальных СМИ; также она тесно связана с сетевой политикой (**netpolitik**) (4, 5) – использованием интернета в дипломатических целях, зачастую для решения так называемых мягких проблем. Эта работа по-прежнему нацелена на защиту национальных интересов, но при этом все большую важность приобретают вопросы «мягкой силы», такие как легитимность, идентичность, ценности и общественное восприятие.

Этот меняющийся дипломатический контекст также распространяется и на глобальное здравоохранение: охрана здоровья населения в своей стране остается основной задачей мини-

стерств здравоохранения, но ее уже невозможно выполнять в отрыве от других министерств, других стран и других негосударственных субъектов. Одна страна самостоятельно не сможет справиться с взаимосвязанными и сложными проблемами здоровья, поэтому для их разрешения необходимы коллективные, трансграничные действия с участием всех уровней государственного управления, международных организаций и НПО, частного сектора, государственно-частных партнерств, благотворительных организаций, научного сообщества и известных личностей. Во взаимозависимом мире укрепление национальной системы здравоохранения также означает укрепление глобальной системы здравоохранения (5). Самой большой трудностью в этой связи является воспитание лидеров, обладающих «стратегическим видением, техническими знаниями, политическими навыками и этической ориентацией, чтобы можно было возглавлять сложные процессы формирования и осуществления политики» (5).

Новаторские методы в создании кадрового потенциала для дипломатии в области глобального здравоохранения

С самого начала своей деятельности в 2008 г. Центр глобального здравоохранения при Институте международных отношений и развития в Женеве, Швейцария, был зачинателем проведения курсов для руководящих работников по дипломатии в области глобального здравоохранения в Европе и за ее пределами. На сегодняшний день обучение прошли более 1500 специалистов среднего и высшего звена. В Центре учитываются потребности слушателей курсов как взрослых обучающихся, которым необходимо решать сложные проблемы, принимать решения и участвовать в переговорах и для которых характерны высокая степень самоанализа и наличие полномочий на самостоятельные действия (6). Это привело к шести фундаментальным факторам, на которые опирается Центр глобального здравоохранения в своем подходе к созданию кадрового потенциала в сфере дипломатии в области глобального здравоохранения.

Стратегическое местоположение Центра в Женеве, столице глобального здравоохранения, позволяет участникам непосредственно следить за переговорами и регулярно взаимодействовать с дипломатами в области здравоохранения и другими субъектами здравоохранения, работающими в городе. Это обеспечивает Центру конкурентное преимущество в разработке курсов для руководящих работников, которые могут проводиться как в Женеве, так и в других городах Европы или других стран мира.

Придание политической окраски вопросам глобального здравоохранения, обсуждаемым на форумах по здравоохранению и по другим проблемам, влияет, например, на их понимание действующими субъектами и на весь дипломатический процесс. Подход, применяемый Центром, сосредоточен не только на повышении осведомленности о подобном представлении вопросов здравоохранения, но и рассмотрении их в контексте стратегического руководства с упором на принятие решений и другие политические процессы.

Многопрофильный профессорско-преподавательский состав позволяет сблизить теорию с практикой. В состав преподавателей входят научные работники и практикующие специалисты различных дисциплин и с разнообразным научным и практическим опытом. Слушатели курса, даже если они обладают богатым профессиональным опытом, ценят возможность облечь свой опыт в рамки теории и по-новому проанализировать свою работу. Опытные специалисты-практики среди преподавателей дополняют и переносят научное мышление в реальность дипломатических процессов.

Неотъемлемой частью курсов для руководящих работников являются работа в малых группах и имитационные упражнения. Это способствует трансформативному обучению; слушатели могут опробовать свои действия и проверить реакцию на вмешательства, которые они не осмелились бы применить в своей каждодневной работе. Все это требует тщательного отбора слушателей, которые учатся в процессе выполнения реальных действий и отрабатывают свои навыки. Для этого на курсах обеспечивается защищенное пространство, а для закрепления набора навыков большое значение имеет процесс его всестороннего осмысления.

На всех курсах уделяется особое внимание тому, чтобы обеспечить участие представителей разных профессий, имеющих разные уровни подготовки, квалификации и занимаемой должности. Такое сочетание разнопланового опыта стимулирует взаимное научение между преподавателями и слушателями, а также обучение путем взаимодействия с другими слушателями – это одна из самых высоко ценимых особенностей курсов для руководящего состава, организуемых Центром.

Курсы для руководящих работников основаны на долгосрочном участии и модели партнерства, в соответствии с которой курсы совместно планируются Центром и его партнерами. Это позволяет адаптировать содержание курсов к реалиям принимающей страны и формирует у партнеров чувство совместной ответственности.

Курсы для руководящих работников, организуемые Центром глобального здравоохранения, обычно представляют собой систему взаимодополняющих модулей и в основном предусматривают очное обучение. Это по-прежнему наиболее эффективный способ обучения, особенно для выработки практических навыков, однако Центр расширяет охват своими учебными программами и также предлагает онлайн-курсы и инициативы гибридного обучения. Все слушатели имеют доступ к обширному списку рекомендуемых материалов для чтения, в котором они могут найти обзоры научной литературы по изучаемым темам и другие публикации, такие как примеры из практики, стратегические документы, рабочие материалы или исследования известных экспертов международного уровня. Центр глобального здравоохранения отвечает за разработку программы курсов совместно с организацией-партнером и принимающей страной, поэтому тематическая направленность курса меняется в зависимости от контекста.

Трудности и выгоды обучения по вопросам глобальной дипломатии здравоохранения

Каждый курс, организуемый при участии Центра глобального здравоохранения, имеет свою специфику. Подход по единому шаблону Центром не применяется: каждая программа обучения разрабатывается с учетом местного контекста и на основе примеров из недавних переговоров. В этом залог успеха и гарантия актуальности курсов. В программе курса учитывается конкретная политическая ситуация и приоритеты здравоохранения в каждой принимающей стране или регионе. Одна из выпускниц осеннего курса для руководящих работников 2015 г., посвященного глобальной дипломатии в области здравоохранения в государствах-членах ЕС с подтемой миграции, ныне работающая государственным секретарем, заявила, что курс был очень полезен. Поскольку миграция в тот период была горячей темой, было очень ценно, что на ее изучение был отведен один день курса, и это помогло слушательнице лучше понять, какое сотрудничество необходимо между государствами-членами. В ходе проведенного в конце дня упражнения она сформулировала для себя вопросы, которые ей нужно поднять, и определила, как ей нужно подготовиться к обсуждению этой темы.

Такой подход может требовать более интенсивной подготовительной фазы, но именно это делает курсы чрезвычайно актуальными для слушателей. При этом успех курсов во многом зависит от правильного подбора слушателей. Этому нужно уделять особое внимание и применять приведенные выше критерии.

Процесс обучения должен носить преобразующий (трансформативный), критический и рефлексивный характер. Он должен побуждать слушателей искать решения для сложных проблем и выявлять новые исходные точки для осуществления конкретных действий. Эти характеристики особенно важны при обучении взрослых – они способствуют применению теории на практике и проверке теории практикой. Подобное динамичное взаимодействие несет дополнительную ценность и позволяет всем слушателям курсов развиваться по своим карьерным траекториям. Один из слушателей, специалист отдела международных отношений министерства здравоохранения проанализировал свою роль председателя после имитационных переговоров по резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA69.9 о прекращении ненадлежащих форм стимулирования сбыта продуктов питания для детей грудного и раннего возраста (7). До этого

он неоднократно председательствовал на различных совещаниях, но только после этой ролевой игры осознал, что роль председателя на дебатах значительно отличается от роли председателя на переговорах. На дебатах необходимо стараться провоцировать высказывание различных мнений и точек зрения, тогда как на переговорах необходимо находить способ их примирения и согласования. Упражнение показало ему, что эти две разные роли требуют разных навыков.

Индивидуальный карьерный рост – неотъемлемая часть процесса, однако при этом курсы для руководящих работников должны быть полезны не только для отдельных слушателей, но и для организаций или учреждений, представляемых ими, поскольку этот процесс также способствует повышению уровня знаний в организациях и системах. Успех работы Центра зависит от того, как все выпускники будут передавать и приумножать знания и выступать в роли наставников для других. Центр поддерживает соответствующие инициативы, стремясь обеспечить охват более широкой аудитории через свою функцию платформы для политического диалога в Женеве, а также посредством недавно начатых 60-минутных вебинаров под руководством методиста-ведущего. С помощью выделенных социальных СМИ и благодаря отношениям, сложившимся среди слушателей курса, формируется сеть дипломатов в области глобального здравоохранения. Участие в интенсивном курсе позволяет установить чисто человеческие отношения, даже если слушатели впоследствии будут придерживаться различных точек зрения на переговорах.

Курсы для руководящих работников приносят ощутимую пользу, но, тем не менее, им изначально присущи различные трудности, такие как перенос полученных на курсах знаний в практику. Достаточно практический характер содержания курсов может минимизировать эту трудность, но реальные изменения требуют изменений в образе мышления и организационных преобразований. Последнее выполнимо только при условии переноса и применения новых знаний во всей организации, а также понимания на различных уровнях государственного управления и в разных ведомствах своей зависимости друг от друга и взаимосвязанности проблем здравоохранения. Важно обеспечить согласованность политики, и сегодня утверждение о том, что глобальное здравоохранение начинается дома, – это наша реальность. Достижение такой согласованности – это часто долгий процесс, для координации и стимулирования которого необходим активный борец за идею. На этом пути необходимо восполнять множество пробелов и разрывов: информационный разрыв между министерствами или между различными заинтересованными сторонами; пробелы в кадровом потенциале в различных секторах; пробелы в финансировании для поддержания инициатив в области глобального здравоохранения; административные пробелы в организационной структуре и политические пробелы, обусловленные отсутствием надлежащих или благоприятствующих стратегий и направлений политики (8). Восполнение этих пробелов требует координации, лидерства и инициатив по укреплению кадрового потенциала, применяемых по горизонтали и по вертикали. Обучение нужных людей – это не самоцель, а лишь средство достижения такого более широкого организационного охвата и поставленных целей.

Дипломатия в области глобального здравоохранения: требуются специфические навыки

Дипломатия в области глобального здравоохранения вступает в действие на стыке политики здравоохранения и внешней политики, где встречаются два профессиональных мира, каждый со своими техническими знаниями и опытом, образом мышления, ценностями, языком и интересами. Для успешного движения вперед необходимо найти общие точки соприкосновения; действующие субъекты должны научиться говорить на одном языке и успешно позиционировать свою страну на международной арене. Kickbusch (9) определила четыре основных маршрута, по которым внешняя политика может влиять на здравоохранение и наоборот, хотя границы между ними остаются условными и зависят от контекста. Четыре направления взаимодействия определены следующим образом: внешняя политика негативно влияет на здравоохранение, здоровье используется как инструмент, как неотъемлемая часть или как специфическая цель внешней политики страны. Такие рамки анализа представляют собой полезный инструмент для улучшения понимания того, как страны позиционируют себя средствами дипломатии.

Тем не менее, дипломатия в области глобального здравоохранения сопряжена с дополнительными сложностями, поскольку по определению она требует учета взаимодействия сектора здравоохранения с секторами и министерствами, находящимися далеко за пределами традиционной сферы внешней политики: это торговля, сельское хозяйство, охрана окружающей среды, развитие и безопасность. Во всех этих областях также необходимо найти общие точки соприкосновения, и лишь несколько стран Европы (например, Германия, Норвегия, Соединенное Королевство, Франция, Швейцария и Швеция) и ЕС разработали положительно сформулированные стратегии глобального здравоохранения, способствующие налаживанию этого взаимодействия и обеспечению согласованности политики на национальном уровне. Эти стратегии полезны только при их совместной реализации министерствами здравоохранения и иностранных дел; кроме того, они различаются по своим задачам, стратегическим подходам и приоритетам. Поэтому работники здравоохранения и дипломаты должны хорошо понимать эти взаимосвязи и объединять усилия в процессах формирования политики. Ruckert и et al. (10) определяют глобальную дипломатию здравоохранения как «практические меры, посредством которых правительства и негосударственные субъекты пытаются координировать и организовывать поиск решений для проблем глобальной политики в целях улучшения здоровья населения во всем мире». Понимаемая таким образом дипломатия в области глобального здравоохранения охватывает следующие пять направлений: переговоры по здравоохранению в контексте других интересов, переговоры по вопросам стратегического руководства, укрепление отношений через охрану здоровья, создание альянсов для улучшения показателей здоровья и содействие миру и безопасности (11).

Аналитические навыки помогают понять влияние одного сектора на другой и обеспечить признание подходов, применяемых в разных странах. Анализ также должен включать составление карты политического и экономического ландшафта, множества путей политизации здравоохранения и заинтересованных сторон, что обязательно подразумевает анализ динамики власти и разноплановых интересов различных действующих субъектов (12). Эти аналитические навыки могут быть выработаны в том случае, если будет обеспечена теоретическая основа, созданы пространство для рефлексии и возможности для обмена опытом.

Ситуационный и контекстуальный анализ должен быть дополнен пониманием политических, организационных процессов и процессов принятия решений: здесь стратегическое руководство действительно имеет значение. Дипломатические действия могут быть успешными лишь в том случае, если эти процессы и соответствующие механизмы руководства хорошо понимаются участниками. Принятие решений в одной организации может повлиять на работу другой организации. Все большее значение для решений в отношении здравоохранения приобретает политические альянсы и места, в которых эти решения принимаются; от доступных инструментов и действующих правовых режимов, в том числе от процедурных регламентов, зависит диапазон возможных дипломатических действий. Чтобы лучше понять динамику переговорных процессов, необходимо проанализировать состав руководящих органов и существующие там условия проведения переговоров. Охрана здоровья – это политический выбор, а дипломатия в области глобального здравоохранения – это политический процесс, в котором делается попытка примирить разные интересы. Обеспечение глобальных общественных благ в области здравоохранения является коллективной целью, достижение которой требует принятия сознательных решений на национальном, региональном и общемировом уровнях и действий всего государства и всего общества (13).

Создание защищенного пространства

К специалистам здравоохранения и дипломатам, пытающимся найти верный путь в лабиринте глобального здравоохранения, предъявляются высокие требования. Они должны обладать разнообразными навыками, выходящими далеко за пределы технических областей, в которых эти профессиональные группы получили основную подготовку. На глобальном уровне в Резолюции A/RES/64/108 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 2010 г. о здоровье населения мира и внешней политике (14) признается необходимость «повышать свою способность осуществлять подготовку дипломатов и чиновников системы здравоохранения... по вопросам здоровья населения мира и внешней политики».

На региональном уровне Европейское региональное бюро ВОЗ первым включило дипломатию в области глобального здравоохранения в свою работу и стало уделять внимание сопряжению здравоохранения с внешней политикой (15). На сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в 2010 г., которая стала первой для директора Европейского регионального бюро ВОЗ Жужанны Якаб, был проведен технический брифинг по вопросам глобального здравоохранения и дипломатии в интересах здоровья и принята резолюция EUR/RC60/R6 об учете интересов здоровья во внешней политике и в сотрудничестве в области развития, которая придала импульс подготовке кадров в области дипломатии здравоохранения (16, 17). Эта резолюция не только ссылалась на резолюции A/RES/63/33 (18) и A/RES/64/108 Генеральной Ассамблеи ООН (14), но и содержала конкретную просьбу к Региональному директору «вносить вклад в повышение профессионального потенциала дипломатов и ответственных сотрудников органов здравоохранения по вопросам дипломатии и здоровья мирового населения, разрабатывать в этих целях учебные стандарты и общедоступную информацию, а также материалы для обучения и профессиональной подготовки» (17). Через пять лет после принятия Региональным комитетом резолюции EUR/RC60/R6, а также в рамках политики Здоровье-2020 (19) Европейское региональное бюро ВОЗ организовало технический брифинг высокого уровня в Берлине, Германия, по вопросам усиления тематики здравоохранения во внешней политике и сотрудничестве в области развития (20). В результате этого был подготовлен и опубликован краткий аналитический обзор о том, как совместная работа секторов здравоохранения и внешней политики могла бы способствовать осуществлению политики Здоровье-2020 (21).

Эти решения не только означали признание важнейших взаимосвязей между здравоохранением и внешней политикой, но и показали выгоды от мер по укреплению потенциала для работников здравоохранения и дипломатов. Региональный директор откликнулась на эти призывы к действиям с самого начала своих полномочий в 2010 г., задолго до того, как на Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2013 г. была утверждена Двенадцатая общая программа работы ВОЗ на 2014–2019 гг., в которой признавалась необходимость укрепления потенциала в области стратегического руководства и отмечалось, что (22):

обучение навыкам дипломатии в области здравоохранения, которое уже является обязательным для представителей ВОЗ, будет постепенно распространяться на другие части Организации. Программа обучения должна включать использование инструментов из таких дисциплин, как международные отношения и политология, что позволит проводить более глубокий анализ сложных систем и определять круг заинтересованных сторон.

К моменту принятия Двенадцатой общей программы работы ВОЗ Центр глобального здравоохранения по поручению Департамента по взаимодействию со странами и сотрудничеству с Организацией Объединенных Наций в штаб-квартире ВОЗ уже разработал адаптированный онлайн-курс по дипломатии в области здравоохранения и провел обучение по этим вопросам около 150 руководителей и заместителей руководителей офисов ВОЗ в странах, областях и территориях, а также членов Сети отделений страновой поддержки. Параллельно Европейское региональное бюро ВОЗ провело и поддержало несколько очных курсов для руководящих работников по дипломатии в области глобального здравоохранения. В 2012 г. Дебреценский университет, Венгрия, в сотрудничестве с Центром глобального здравоохранения провел первый учебный курс для стран-членов SEEHN (см. главу 16). Затем курсы по дипломатии в области глобального здравоохранения для руководящих работников были проведены в Турции (в 2012 г.), Республике Молдова (в 2013 и 2014 гг.), Туркменистане (в 2014 г.), Венгрии (в 2014 г.) (23), Российской Федерации (в 2015 г.), на Мальте (в 2015 г.) и на Кипре (2016 г.). Эти курсы позволили охватить весь Европейский регион ВОЗ, от ЕС до Центральной Азии, и, как правило, поддерживались, министерствами здравоохранения принимающих стран. Например, на Мальте курс поддержал Парламентский секретарь по вопросам здравоохранения, а в организации курса 2014 г. в Республике Молдова участвовали министерство здравоохранения и SEEHN. На курсах для руководящих работников, организуемых в Женеве, регулярно обучаются и другие слушатели из Европы, делегированные Региональным бюро, а в учебном курсе в Турции принимали участие представители Регионального бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья.

В целом за период 2012–2016 гг. обучение по вопросам дипломатии в области глобального здравоохранения в Регионе прошли более 350 представителей министерств здравоохранения и иностранных дел, Европейского регионального бюро ВОЗ и других организаций, работающих в сфере здравоохранения. Региональное бюро продолжает свою работу на местах, оказывает поддержку и ежегодно проводит как минимум один такой учебный курс для европейских государств-членов. Подготовка кадров по вопросам дипломатии в области глобального здравоохранения не только является откликом на сложные политические вызовы и помогает укрепить роль Европы в современном взаимозависимом мире, но и является «ключевым элементом усилий, нацеленных на достижение всеми людьми наивысшего возможного уровня здоровья» (15).

Заключение

Нынешняя политическая обстановка в Европе включает такие факторы, как последствия вспышки вируса Эбола в Западной Африке, экономическая нестабильность, миграционный кризис, рост националистических движений и разобщенность влияния Европы. Задача дипломатии в области глобального здравоохранения – обеспечить реагирование на эти вызовы. Для этого необходимы аналитические навыки, понимание областей сопряжения различных уровней и структур стратегического руководства, осведомленность о воздействии других секторов на здравоохранение, последовательный, скоординированный и совместный подход к решению проблем здоровья с участием многих действующих субъектов и прочные навыки ведения переговоров.

В обучении по вопросам дипломатии в области глобального здравоохранения ставится цель обеспечить удовлетворение всех этих потребностей. Такое обучение повышает уровень знаний и навыков слушателей, но также может способствовать повышению уровня знаний целых организаций и помогает слушателям и преподавателям получить более глубокое понимание реалий, в которых осуществляется дипломатия в области глобального здравоохранения. Благодаря умелой дипломатии в области глобального здравоохранения можно обеспечить более высокий уровень здоровья населения и безопасности здравоохранения во всех странах, укрепить взаимоотношения между государствами и повысить уровень приверженности широкого круга заинтересованных сторон совместной работе и соблюдению соглашений, признанных справедливыми, и поддерживать достижение ЦУР, что позволяет повысить справедливость в отношении здоровья (8). Дипломатия в области глобального здравоохранения может и должна стимулировать коллективные действия и способствовать созданию глобальных общественных благ в области здравоохранения. Учитывая высокий уровень приверженности защите и поддержке права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья и признание значимости солидарных усилий в обеспечении равноправного и всеобщего охвата услугами здравоохранения высокого качества, Европе принадлежит особая роль в обеспечении глобальных общественных благ в области здравоохранения.

Библиография *

1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York (NY): United Nations; 2015 (http://www.un.org/pga/wp-content/uploads/sites/3/2015/08/120815_outcome-document-of-Summit-for-adoption-of-the-post-2015-development-agenda.pdf).
2. Ford L. Sustainable development goals: all you need to know. The Guardian. 3 September 2015 (<https://www.theguardian.com/global-development/2015/jan/19/sustainable-development-goals-united-nations>).
3. Cooper AF, Cornut J. The changing nature of diplomacy. Oxford Bibliographies Online 2016;27 July. doi:10.1093/obo/9780199743292-0180 (<http://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780199743292/obo-9780199743292-0180.xml>).
4. Bollier D. The rise of netpolitik: how the Internet is changing international politics and diplomacy. Washington (DC): Aspen Institute; 2003 (http://pendientedemigracion.ucm.es/info/sdrelint/ficheros_materiales/materiales0415.pdf).

* Все электронные ссылки в данной книге приведены по состоянию на 9 мая 2017 г., если не указано иное.

5. Frenk J. The global health system: strengthening national health systems as the next step for global progress. *PLoS Med.* 2010;7(1):e1000089.
6. Sutherland Olsen D. Adult learning in innovative organisations. *European Journal of Education* 2016;51(2):210–26.
7. World Health Assembly resolution WHA69.9. Ending inappropriate promotion of foods for infants and young children. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R9-en.pdf).
8. Global health begins at home: policy coherence at national level. Geneva: Global Health Programme; 2012 (Global Health Diplomacy Briefing).
9. Kickbusch I. Global health diplomacy: how foreign policy can influence health. *Brit Med J.* 2011;342. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.d3154>.
10. Ruckert A, Labonté R, Lencucha R, Runnels V, Gagnon M. Global health diplomacy: a critical review of the literature. *Soc Sci Med.* 2016;155:61–72.
11. Kickbusch I. Global health diplomacy [presentation]. Geneva: Global Health Centre; 2016.
12. Kickbusch I, Silberschmidt G, Buss P. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. *Bull World Health Organ.* 2007;85(3):230–2.
13. Kickbusch I, Gleicher D. Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/governance-for-health-in-the-21st-century>).
14. Резолюция A/RES/64/108 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций. Здоровье населения мира и внешняя политика. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2010 (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/64/108&referer=/english/&Lang=R).
15. Jakab S. Health diplomacy in Europe. *Diplomaatia* 2015;142/143:7–8.
16. Глобальное здравоохранение и дипломатия в интересах здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2010 (документ EUR/R60/TD.1; <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixtieth-session/documentation/technical-documents/eurrc60td.1>).
17. Резолюция EUR/RC60/R6 Европейского регионального комитета ВОЗ. Учет интересов здоровья во внешней политике и в сотрудничестве в области развития: общественное здравоохранение – важнейшее условие здоровья человечества. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2010 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixtieth-session/resolutions/eurrc60r3>).
18. Резолюция A/RES/63/33 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций. Здоровье населения мира и внешняя политика. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2008 (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/63/33&referer=/english/&Lang=R).
19. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Источник: Вопросы и темы здравоохранения [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>).
20. Strengthening health in foreign policy and development cooperation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2015/strengthening-health-in-foreign-policy-and-development-cooperation>).
21. Здоровье-2020: внешняя политика и здравоохранение. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (Секторальная аналитическая справка по внешней политике; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/implementation-package/1.-introducing-health-2020-to-different-stakeholders-across-sectors/sector-briefs-intersectoral-action-for-better-health-and-well-being/health-2020-foreign-policy-and-health>).
22. Двенадцатая общая программа работы ВОЗ на 2014–2019 гг. Не только отсутствие болезней. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 (http://www.who.int/about/resources_planning/twelfth-gpw/ru/).
23. Ádány R, Kókény M, Kickbusch I, editors. Egészségdiplomácia [Health diplomacy]. Budapest: Medicina; 2014 (на венгерском языке).

18. Европа: насущные задачи дипломатии в области здравоохранения

Ilona Kickbusch
Mihály Kökény



Дипломатия в области здравоохранения, не ограниченная контекстом ВОЗ

Для Европейских стран еще долго будут актуальными задачи дипломатии в области здравоохранения в связи с подготовкой к решению широкого спектра проблем здравоохранения и принятием необходимых ответных мер на национальном, трансграничном, европейском и глобальном уровнях. Материалы, помещенные в этой книге, показывают, насколько межсекторальным и насколько политическим стал характер дипломатии в области здравоохранения (1). Платформы, на которых осуществляется дипломатия в области здравоохранения, переросли рамки системы стратегического руководства ВОЗ, и это показывает, что ВОЗ необходимо найти свое место в этих новых созвездиях, а странам – лучше подготовиться к новым пространствам для ведения переговоров (2).

Разнообразие аспектов дипломатии в области здравоохранения, представленных в этой книге, поражает воображение. Так, на примерах из практики мы видим, как и почему проблема УПП была включена в повестку дня Организации Объединенных Наций, как поступательно развивалось сотрудничество между ВОЗ и ЕС, как политические клубы, такие как G7, могут способствовать решению проблем здравоохранения и достижению консенсуса, как ведут дипломатическую работу в области здравоохранения города, как трансграничные инициативы в области здравоохранения могут помочь стране выйти из международной изоляции и как региональные сети здравоохранения преодолевают наследие конфликтов и этнического разобщения.

Вынесение глобальных и региональных проблем здравоохранения на арену дискуссий с гораздо более выраженной политической окраской может дать ряд преимуществ, но с таким же успехом трансграничное сотрудничество в области здравоохранения может стать из-за этого более изменчивым. Например, по мере того, как некоторые страны подвергают сомнению приверженность принципу многосторонности, это может повлиять на поддержку,

оказываемую многосторонним организациям здравоохранения и совместным программам. А по мере ослабления трансатлантических связей может быть нанесен ущерб сотрудничеству в сфере здравоохранения, в том числе по вопросам безопасности в области здравоохранения. На данном этапе сложно говорить о том, насколько негативным окажется воздействие на здравоохранение протекционистских тенденций или идеологической разобщенности Европы. Однако для дипломатии в области здравоохранения в ближайшие несколько лет будут актуальны следующие два вопроса:

- Смогут ли европейские страны в условиях роста национализма сохранить свои бюджеты иностранной помощи и продолжать оказывать поддержку организациям и инициативам, работающим в области глобального здравоохранения,?
- Сможет ли такая многоликая группа стран, как страны в Европейском регионе ВОЗ, достичь консенсуса по спорным вопросам, таким как сексуальное и репродуктивное здоровье и права, здоровье мигрантов или финансирование ВОЗ?

Как показывают представленные в этой книге примеры, многие политические партнерства в разных уголках многообразного Европейского региона сегодня занимаются в том числе и вопросами здравоохранения. Речь идет о новых организациях и новых инициативах, таких как Новый шелковый путь. Анализируя работу дипломатии в области глобального здравоохранения за последние три года, можно выделить два вопроса, заслуживающих особого внимания ввиду их актуальности в контексте сотрудничества европейских стран в области здравоохранения: безопасность в области здравоохранения и миграция. В частности, вопрос безопасности в области здравоохранения открыл для ВОЗ и европейских стран новые возможности для того, чтобы стать глобальными лидерами в дипломатии в области здравоохранения в таких органах, как G7 и G20, Организация Объединенных Наций и ЕС. Что касается вопросов миграции, то они вызывают больше разногласий и сопряжены с более значительными трудностями.

Проблема обеспечения безопасности в области здравоохранения

После кризиса Эболы в 2014 и 2015 г. в дипломатии в области здравоохранения всего мира и многих европейских стран доминировали вопросы обеспечения безопасности здоровья. На национальном и региональном уровнях страны Европы признали несовершенство своих механизмов реагирования на кризисные ситуации и согласились с необходимостью развития новых форм сотрудничества. Поскольку во многих странах на первый план вышла необходимость организовать решение взаимосвязанных задач в области здравоохранения, иностранных дел, безопасности и развития, все больше национальных координаторов по вопросам глобального здравоохранения появляется и в других министерствах, а не только в министерстве здравоохранения. С целью укрепления сотрудничества между государствами-членами и со странами-партнерами в ЕС были созданы новые механизмы обеспечения готовности и реагирования на кризисные ситуации. На глобальный уровень вышел новый подход к сотрудничеству в рамках Глобальной повестки дня в области безопасности здоровья (GHSA) (см. главу 2), в котором широко представлены страны Европы; на первом этапе этой инициативы умелое руководство осуществляла Финляндия. GHSA – живой пример успешного построения альянсов для улучшения итоговых показателей здоровья населения во всех странах. Помимо этого, на ежегодной Мюнхенской конференции по безопасности, в которой участвуют министры иностранных дел и обороны всего мира, теперь регулярно заслушиваются сообщения и проводятся дискуссии по вопросам безопасности в области здравоохранения, в рамках которых здравоохранение рассматривается как один из факторов обеспечения мира и безопасности, а также обсуждаются обязанности сектора безопасности во время чрезвычайных ситуаций и вспышек.

За последние несколько лет дипломатия в области здравоохранения закрепила свои позиции в политических органах высокого уровня под руководством Европы: в 2015 г. под

председательством Германии переговоры G7 имели четко выраженную направленность на проблемы здравоохранения, включая безопасность, ВОУЗ, УПП и забытые тропические болезни. Приоритеты здравоохранения также заняли видное место в повестке G7 в 2016 г. в Японии и были поддержаны (снова в Европе) во время председательства Италии, которая считала первоочередной задачей обеспечение охраны здоровья и расширение прав и возможностей женщин.

В 2017 г. Германия в рамках своего председательства в G20 впервые пригласила ВОЗ и Всемирный банк на совещание министров здравоохранения G20 и тесно сотрудничала с этими двумя организациями на этапе подготовки к совещанию. Были поставлены задачи обеспечения преемственности повестки G7 по вопросам УПП, ВОУЗ и безопасности в области здравоохранения. В соответствии с принятыми G20 обязательствами, в Германии было проведено очень много совещаний по вопросам глобального здравоохранения. На фоне множества сложных и спорных вопросов, стоящих в повестке дня G20 в целом, совещания по вопросам здравоохранения открывают дипломатические возможности для улучшения отношений между странами G20 в области, вызывающей общую озабоченность. Как показано в приведенном в этой книге материале по G7, подобные политические мероприятия высокого уровня не только позволяют наладить контакты между министерствами здравоохранения и другими министерствами, но и открывают новые пути привлечения внимания лиц, принимающих решения на вершине власти – в данном случае глав правительств – к актуальным проблемам здравоохранения.

Проблема мигрантов и беженцев

Проблема мигрантов и беженцев также иллюстрирует растущую взаимосвязь между сектором здравоохранения и множеством других секторов и возрастающую потребность в дипломатии в области здравоохранения. Здесь особенно сложная задача заключается в отстаивании интересов здоровья перед лицом других жизненно важных интересов. В контексте этой в высшей степени политизированной проблемы, зачастую порождающей предубеждения или необоснованные опасения повышенных рисков для здоровья, особенно важно для дипломатии в области здравоохранения опираться на прочную доказательную базу общественного здравоохранения.

Европейский регион ВОЗ находился в авангарде действий по преодолению чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения, которые возникали вследствие наплыва в Европу большого количества мигрантов, беженцев и лиц, ищущих убежища, особенно в связи с конфликтом в Сирийской Арабской Республике. Государства-члены – в частности, Италия, Мальта и Турция – проявляли большую активность в дипломатии в области здравоохранения, которая была нужна для обеспечения совместных действий стран по охране здоровья беженцев и мигрантов, поддержки общих ответных мер и недопущения несогласованных решений, касающихся только одной страны. В 2016 г. государства-члены собрались вместе и приняли стратегию и план действий по охране здоровья беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ (3).

Поскольку беженцы и мигранты являются прежде всего обладателями прав в соответствии с международным законодательством о правах человека, целью дипломатии в области здравоохранения в этой области остается защита и улучшение их здоровья в соответствии с принципами гуманности и солидарности, но без ущерба для оказания полноценных услуг здравоохранения населению принимающей страны. Дипломатия в области здравоохранения способствует осуществлению последовательных и консолидированных национальных и международных ответных мер по защите жизни и удовлетворению потребностей беженцев и мигрантов в услугах здравоохранения в странах транзита и назначения вместе со странами происхождения. Каждая страна, вовлеченная в процесс миграции, должна выполнять свои международные обязательства. А поскольку значительное число стран Европы не могут или не хотят иметь дело с проблемой беженцев и мигрантов, задачи для дипломатии в области здравоохранения исключительно трудны.

Большинство проблем здравоохранения и социальных и экономических проблем, связанных с миграцией, обусловлены глобальным неравенством, поэтому действия, ориентированные лишь на принимающие страны, будут менее эффективными, чем комплексные глобальные, межрегиональные и трансграничные подходы, многие из которых являются предметом сложных переговоров. Это также касается ситуации с беженцами из разрушенных войной стран, живущими в больших лагерях, и здесь сопряжение с гуманитарной дипломатией и миротворчеством приобретает первостепенное значение. Еще одна межсекторальная задача дипломатии в области здравоохранения – вести работу не только на уровне правительства, но и с многочисленными общественными организациями и, конечно, с самими мигрантами и беженцами. В этой связи ВОЗ должна тесно взаимодействовать с другими членами семьи Организации Объединенных Наций и НПО, такими как «Врачи без границ» или Migrant Help, в духе недавно утвержденного механизма взаимодействия с негосударственными структурами (4).

Растущая потребность в дипломатии в области здравоохранения

Больше неопределенностей, чем предыдущие годы, принес 2017 год. По мере возрастания потребностей в обеспечении трансграничного сотрудничества в области здравоохранения по многим направлениям – не только описанным выше, но и, например, по таким как охрана окружающей среды – растет и потребность в дипломатии в области здравоохранения. Сохраняется необходимость переговоров с целью заключения двусторонних и многосторонних соглашений в области здравоохранения, а также необходимость принимать во внимание влияние на охрану здоровья других переговоров – в частности, по вопросам торговли, миграции или экономической политики. Например, весьма активной предполагается дипломатия в области здравоохранения в контексте Brexit, включая переговоры о правах на охрану здоровья граждан ЕС в Соединенном Королевстве и наоборот.

Давление на страны Европы только возрастет, если Соединенные Штаты Америки примут решение о сокращении своих финансовых обязательств в отношении инициатив глобального здравоохранения и политических обязательств перед многосторонними организациями здравоохранения, такими как ВОЗ. В этом случае перед европейской дипломатией в области здравоохранения встанет задача добиваться, чтобы США продолжали вносить свои взносы в прежнем объеме и чтобы европейские страны повысили уровень собственной ответственности. Темой предстоящих важных переговоров по вопросам стратегического руководства глобальным здравоохранением являются обязательные взносы в бюджет ВОЗ – это предложение было выдвинуто одним из европейских государств-членов и поддержано другими ключевыми странами в Регионе. Неизвестно, в какой степени тенденции антиглобализма приведут к регрессу на глобальном уровне, в том числе в сотрудничестве в области здравоохранения. Поэтому крайне важно, чтобы такой политический орган, как G20, в который входят многие новые действующие субъекты в сфере глобального здравоохранения, такие как Китай, заявил о своей поддержке глобальных инициатив и организаций в области здравоохранения.

С учетом изложенных выше приоритетов важно также, чтобы и ЕК пересмотрела политику ЕС в области глобального здравоохранения, которую она определила в 2010 г. (5), и принятые в том же году заключения Совета Европейского союза по глобальному здравоохранению (6). Роль ЕС в финансировании научных исследований в здравоохранении и поддержке трансграничного сотрудничества в исследовательской сфере иллюстрирует взаимодополняющий характер дипломатии в области здравоохранения и в области научных исследований, который необходимо усилить в контексте нынешних переговоров по девятой рамочной программе ЕС по научным исследованиям и инновациям. Все большую важность для Европейских стран также приобретают вопросы доступа к лекарственным средствам и ценообразования на них, в частности, в отношении противораковых препаратов и препаратов для лечения гепатита С.

В других частях Региона дипломатии в области здравоохранения предстоит решать до-полнительные задачи. Речь идет, в частности, о продолжающихся усилиях стран Централь-ной Азии по недопущению возврата полиомиелита, о проблемах с вакцинацией в Украине и о слабости ответных мер против СПИДа в восточной части Региона.

Укрепление дипломатии в области здравоохранения в Европейском регионе

Проблемы миграции и безопасности в области здравоохранения становятся все более актуальными, и это привело к тому, что вопросы охраны здоровья стали общими для многих других секторов. Однако эти тенденции показывают также, что министерства здра-воохранения и их международные отделы во многих странах по-прежнему не имеют того веса и влияния, которое у них должно быть, и что им по-прежнему трудно устанавливать и поддерживать связи с другими секторами. Также зачастую недостаточно отлажены связи с секторами развития и гуманитарной помощи. Лишь несколько стран имеют национальных координаторов по вопросам глобального здравоохранения в министерствах иностранных дел и еще меньше стран присвоили статус послов своим представителям на переговорах по глобальному здравоохранению, которые работают в министерстве здравоохранения. В меньшинстве остаются страны Региона, в которых действуют такие же механизмы, как в Швейцарии, описанные в главе 1.

И хотя с помощью таких инструментов, как учебные курсы, поддерживаемые Европейским региональным бюро ВОЗ, был повышен интерес к дипломатии в области здравоохранения и обучению в этой области, наращивание потенциала в данной сфере по-прежнему не яв-ляется приоритетом во многих странах, которые продолжают учиться лишь на своем опыте. Исключением являются курсы по дипломатии в области здравоохранения, проводимые по поручению Регионального бюро Центром глобального здравоохранения при Институте международных отношений и развития, Женева, Швейцария (см. главу 16). Начато преподавание дипломатии в области здравоохранения в Венгрии на факультете общественно-го здравоохранения Дебреценского университета. Руководители страновых офисов ВОЗ прошли онлайн-курс обучения, организованный при поддержке ВОЗ.

Необходимо увеличивать вложение средств в эту область, особенно с учетом высокой сменяемости представителей стран в руководящих органах ВОЗ. Участвовать в работе ко-митетов и советов ВОЗ стало сложнее, поэтому необходимо улучшить подготовку людей, представляющих интересы своих стран и Региона. Отсутствие нужных навыков и квали-фикации может приводить к трудностям в понимании того, как работают международные организации, такие как ВОЗ, и к непониманию более широкой политической обстановки, в которой проходят переговоры.

Как уже отмечалось, большие усилия дипломатии в области здравоохранения будут со-средоточены на обеспечении взаимодействия секторов внутри стран в целях содействия выполнению глобальных обязательств и задач. Например, решение в приоритетном поряд-ке проблемы УПП требует межсекторальных действий с участием секторов здравоохра-нения, сельского хозяйства, науки и образования, нацеленных на борьбу с этой угрозой. В таком сотрудничестве должны участвовать НПО и бизнес-структуры (фармацевтическая промышленность), и здесь дипломатические усилия должны способствовать примирению расходящихся интересов и доказывать, что дипломатия в области здравоохранения ве-дется не только между государствами, но и между действующими субъектами широкого спектра на разных уровнях руководства. В этом плане важную роль в оказании поддержки странам могут играть страновые офисы ВОЗ.

То же касается проблем окружающей среды. Гигиена окружающей среды с 1989 г. входит в число приоритетных вопросов, которыми занимается Региональное бюро. В результате Европейского процесса «Окружающая среда и здоровье» (7) были проведены пять успеш-ных министерских конференций, в 1999 г. принят Протокол по проблемам воды и здоровья к Конвенции по охране и использованию трансграничных водотоков и международных озер, а

в 2004 г. утвержден Европейский план действий «Окружающая среда и здоровье детей». Это свидетельствует не только о достигнутом прогрессе, но и о продуктивных дипломатических переговорах, проведенных странами по этим направлениям. На Шестой министерской конференции по окружающей среде и охране здоровья, которая пройдет в июне 2017 г. в г. Острава, Чехия, министрам здравоохранения европейских стран предстоит решительно отстаивать интересы здравоохранения ввиду глубокого влияния изменения климата на здоровье.

Дипломатия в области здравоохранения и ЦУР

Учитывая непредсказуемую ситуацию в Регионе, международное сотрудничество и развитие в сфере здравоохранения остается надежным ориентиром для достижения справедливых социальных показателей, предусмотренных в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. и в основах европейской политики ВОЗ Здоровье-2020 (8, 9). В главе 4 показаны активные действия Швеции в позиционировании здоровья в ходе переговоров по ЦУР через создание новых каналов предоставления помощи в области охраны здоровья для стран с низким уровнем доходов. В Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. содержится требование о принятии более систематизированного и согласованного подхода внутри стран при планировании национальной политики в области здравоохранения, а также национальных стратегий стран-доноров в области глобального здравоохранения. Нужно представлять охрану здоровья не как секторальную задачу, а как всеохватывающую сферу деятельности, которая ведет к улучшению ключевых детерминант здоровья, таких как образование и водоснабжение. Дипломатия в области здравоохранения может стать связующим звеном в реализации этого подхода.

В эпоху ЦУР насущные задачи дипломатии в области здравоохранения в ВОЗ включают переосмысление уставной роли организации: как ей «действовать в качестве руководящего и координирующего органа в международной работе по здравоохранению» (10). Среди многих болезненных проблем, стоящих на повестке дня ВОЗ, остаются проблемы финансирования, стратегического руководства и определения приоритетов, по которым уже велась работа в рамках идущего в последние годы процесса реформ. Однако, учитывая необходимость постоянно адаптироваться к быстро меняющимся условиям во всем мире, обновление ВОЗ будет продолжаться еще долгие годы (11).

Библиография *

1. Kickbusch I. Global health governance challenges 2016 – are we ready? Editorial. Int J Health Policy Manag. 2016;5(6):349–53 (http://www.ijhpm.com/article_3171_4d1c28f177fa49b6089a399cce5d5eb0.pdf).
2. Kickbusch I, Cassels A, Liu A. New directions in governing the global health domain: leadership challenges for WHO. Geneva: Global Health Centre, Graduate Institute of International and Development Studies; 2016 (Working Paper 13; http://graduateinstitute.ch/files/live/sites/iheid/files/sites/globalhealth/ghp-new/publications/wp/wp_0013_v8.pdf).
3. Стратегия и план действий в отношении здоровья беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (EUR/RC66/8 + EUR/RC66/Conf.Doc./4; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/315480/66wd08r_MigrantHealthStrategyActionPlan_160424.pdf?ua=1).
4. Резолюция WHA69.10 Всемирной ассамблеи здравоохранения. Механизм взаимодействия с негосударственными структурами. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R10-ru.pdf).
5. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. The EU role in global health. Brussels: European Commission; 2010 (COM(2010)128 final; https://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/communication-eu-role-in-global-health-com2010128-20100331_en.pdf).

* Все электронные ссылки в данной книге приведены по состоянию на 9 мая 2017 г., если не указано иное.

6. Council conclusions on the EU role in global health. Brussels: Council of the European Union; 2010 (http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/eu_world/docs/ev_20100610_rd04_en.pdf).
7. Европейский процесс «Окружающая среда и здоровье» (ЕПОСЗ). Источник: Окружающая среда и здоровье [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/environment-and-health/pages/european-environment-and-health-process-ehp>).
8. Повестка дня в области устойчивого развития. Страница сайта Цели устойчивого развития [веб-сайт]. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2017 (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/about/development-agenda/>).
9. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Источник: Вопросы и темы здравоохранения [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>).
10. Устав ВОЗ: принципы. Источник: Информация о ВОЗ [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (<http://www.who.int/about/mission/ru/>).
11. Kökény M. Negotiating the World Health Organization reform process. In: Kickbusch I, Matlin S. Pathways to global health. Case studies in global health diplomacy. Volume 2. Singapore: World Scientific; 2017:15–38 (Global Health Diplomacy. Volume 5; <http://www.worldscientific.com/worldscibooks/10.1142/10140#t=toc>).

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 году, основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых им стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чехия
Швейцария
Швеция
Эстония

С тех пор, как в XIX веке охрана здоровья была признана важнейшей трансграничной проблемой, дипломатия в области здравоохранения остается ключевым механизмом международного сотрудничества. Она стала еще более актуальной в контексте глобальных процессов, таких как изменение климата, пандемии и распространение неустойчивых моделей потребления в современном обществе. Сегодня она занимает центральное место в системе стратегического руководства глобальным здравоохранением и во многих странах является неотъемлемой частью внешней политики.

В Европейском регионе ВОЗ дипломатия в области здравоохранения осуществляется на уровне руководящих органов ВОЗ, ведущих региональных организаций и других организаций, решающих глобальные вопросы. Она также присутствует в деятельности отдельно взятых стран, когда страны вырабатывают свои позиции на переговорах и нужно добиться консенсуса между различными интересами и партнерами. В 2010 г. Европейский региональный комитет ВОЗ в своей резолюции EUR/RC60/R6 об учете интересов здоровья во внешней политике и в сотрудничестве в области развития предложил Региональному директору вносить вклад в повышение профессионального потенциала дипломатов и ответственных сотрудников органов здравоохранения по вопросам дипломатии и здоровья мирового населения.

В книге представлено 17 примеров из практики, иллюстрирующих последние тенденции в дипломатии в области здравоохранения в Регионе. Примеры охватывают широкий спектр деятельности – от включения вопросов здравоохранения в Парижское соглашение по изменению климата и достижения Целей в области устойчивого развития до вынесения проблемы устойчивости к противомикробным препаратам в глобальную повестку дня и демонстрации актуальности дипломатии здравоохранения в городах. Выявляется большее разнообразие подходов и анализируются менее известные примеры из опыта Юго-Восточной Европы, Центральной Азии и Российской Федерации. Опыт интегрированной дипломатии в области здравоохранения на Мальте и в Швейцарии показывает, как сотрудничество с сектором внешней политики позволило добиться прогресса в сфере здравоохранения, а деятельность Германии в «Группе семи» и «Группе двадцати» иллюстрирует, как европейские страны могут продвигать интересы здоровья населения во всем мире. Также в книге содержатся главы, рассказывающие о работе страновых офисов ВОЗ в области дипломатии и о сотрудничестве между ВОЗ и Европейским союзом. Завершает этот уникальный сборник обсуждение будущих насущных задач дипломатии в области здравоохранения.

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения

World Health Organization Regional Office for Europe
UN City, Marmtorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01

Эл. адрес: eurocontact@who.int

Веб-сайт: www.euro.who.int

