

Социально-гуманитарное измерение мировой политики: аспект здравоохранения

К.П. Боришполец

Вклад современного здравоохранения в решение гуманитарных вопросов мировой политики является позитивным и масштабным. Сегодня, благодаря повсеместной мобилизации ресурсов и совершенствованию подходов к охране здоровья, человеческая жизнь защищена от биологических рисков лучше, чем несколько десятилетий назад. Однако далеко не все цели, сформулированные на уровне мирового сообщества и представленные в Программе ВОЗ «Здоровье для всех — XXI век», осуществлены на практике. Хотя потенциал здравоохранения как направления международного сотрудничества благодаря взаимодействию государственных и новых акторов заметно укрепился, необходимо наращивать усилия по продвижению универсальных норм охраны здоровья на основе обеспечения равенства людей.

Крылатая фраза древнегреческого философа Протагора «Человек — мерило всех вещей» включена во все учебники по гуманитарным дисциплинам, а термин «человеческое измерение» постоянно присутствует в современном общественном дискурсе. Но этот, ставший очень популярным термин, многогранен и вряд ли имеет строгое определение. В контексте мирополитического развития он представляет собой скорее собирательное понятие, в котором может быть найдено и отражение начавшихся во второй половине XX века тенденций формирования универсального социального пространства. Направления международного сотрудничества, с которыми ассоциируются наиболее интенсивно развивающиеся процессы сближения людей и решаются проблемы интеграции человечества в условиях глобализации, связаны с здравоохранением, образованием и миграцией. Они существенно способствуют выполнению практических задач по:

- осуществлению проектов в области устойчивого развития;
- преодолению глобального разрыва между бедностью и богатством;
- обеспечению прав человека;

— решению других вопросов повестки мирового сообщества.

Однако «гуманитарная триада» создает и большое число вызовов, тесно связанных с безопасностью, выживанием и сохранением цивилизационного статуса человека.

Здоровье для всех как императив международного гуманитарного сотрудничества

Вопреки распространенным представлениям, проблемы здоровья стоят крайне остро не только в отдаленных сельских районах развивающихся стран, но и в ультрасовременных мегаполисах. Многие из них стали зонами повышенного риска заражения туберкулезом, дизентерией, гепатитом, СПИДом¹. Эти реалии часто побуждают аналитиков к пессимистическим заключениям о наступлении глобального кризиса здравоохранения и возникновению необратимой угрозы выживанию человеческого рода. Дискуссии о здравоохранении не обошли и тему конспирологии, которая периодически поднимается в статьях представителей ультралевых или, напротив, ультраконсервативных партий². Но все же

Боришполец Ксения Петровна — кандидат политических наук, профессор кафедры мировых политических процессов МГИМО (У) МИД России; E-mail: oksabor@mgimo.ru

апокалипсические настроения, получившие заметное распространение в постбиполярный период, расходятся с реальными тенденциями, которые сложились благодаря достижениям современной медицины и международному сотрудничеству в деле обеспечения здоровья населения.

Одним из главных достижений современного человечества стало существенное снижение уровня смертности. Оно началось в развитых районах мира в XIX веке и в XX веке распространилось на все регионы. За период с 1800 года средняя продолжительность жизни человека возросла с 30 до 68 лет. Это привело к стремительному росту численности населения — с одного миллиарда в 1810 году до почти семи миллиардов в 2010 году. Снижение уровня смертности шло параллельно с увеличением уровней доходов. Однако в значительной степени этот прогресс был связан с революцией в области технологий и успехами в понимании причин заболеваний, совершенствованием подходов к организации здравоохранения.

В масштабах всего мира ожидаемая продолжительность жизни особенно быстро росла после 1950 года, увеличившись с 47 в 1950–1955 годах до 68 лет в 2005–2010 годах. Но эти средние показатели распределяются пока по регионам мира еще не равномерно. На сегодняшний день самая высокая продолжительность жизни — в Северной Америке и Европе. Больших успехов в увеличении ожидаемых лет жизни удалось достичь Китаю и Индии. В 1950–1955 в этих странах в среднем люди жили 40 и 38 лет, а в 2005–2010 — 72 и 68 лет. В то же время Африка не смогла обеспечить столь впечатляющих успехов. В силу возникшей на континенте в 90-е годы XX века эпидемии ВИЧ/СПИДа, ожидаемая продолжительность жизни в регионе не превышает 55 лет³.

Вторым важнейшим свидетельством успехов на пути преодоления биологических угроз человеческой жизни, являются данные о сокращении детской смертности. За последние 20 лет глобальные показатели детской смертности снизились на 28%. В 1990 году в возрасте до пяти лет умирало 90 из тысячи малышей, в 2008 году — 65. В 2000 году лидеры всех государств мира обязались до 2015 года сократить на две трети смертность среди детей в возрасте до 5 лет. За время, истекшее после этой инициативы, во всех регионах мира удалось добиться заметных успехов. Эксперты полагают, что положительную роль здесь сыграли несколько факторов:

- большее число детей были привиты от инфекционных болезней;
- грудное кормление младенцев стало более популярным;
- в регионах, где встречаются насекомые — переносчики малярии, стали шире применяться защитные сетки для кроватей⁴.

Тем не менее, и сегодня перед мировым здравоохранением стоят масштабные задачи. За последние сорок лет стали известны новые заболевания — лихорадка

Эбола, атипичная пневмония и особенно СПИД. Распространение СПИДа грозит опустошением крупных областей и уже существенно изменило демографическую ситуацию в ряде стран южнее Сахары. В то же время вернулись малярия и туберкулез — которые, казалось, были уже под контролем⁵. Весной 2009 г. люди во всем мире узнали о существовании вируса «H1N1», который сначала называли вирусом «свиного гриппа», и об угрозе, связанной с риском смертельной эпидемии. В 2004 г. много недель подряд первое место в новостных программах занимал «птичий грипп». Еще раньше, в 1990-х годах большие опасения вызывала вспышка «коровьего бешенства».

Одновременно сотни миллионов людей вынуждены жить без нормальных санитарных условий, пить загрязненную воду и иметь крайне туманные перспективы улучшения своего положения. По прогнозам ООН, в ближайшие полтора-два десятилетия трущоб станет больше, чем всех остальных форм городских поселений, вместе взятых⁶, что серьезно усиливает риски различных опасных пандемий. Таким образом, в условиях глобализации мировое сообщество столкнулось в сфере здравоохранения с целым спектром традиционных и новых вызовов, ответы на которые требуют широкой координации на многосторонней основе.

Одним из важнейших направлений деятельности, позволяющей планомерно снижать риски человеческого развития в области здравоохранения, стала работа, развернутая Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ). Около тридцати лет назад ВОЗ определила понятие «человеческое здоровье» как «состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только лишь отсутствие болезни или инвалидности». Она также указала, что «здоровье является фундаментальным правом человека», а «достижение наилучшего возможного состояния здоровья является важнейшей социальной целью, реализация которой требует действий многих социальных и экономических секторов, а не одного лишь сектора здравоохранения».

В этой связи в 1981 г. ВОЗ приняла глобальную программу «Здоровье для всех к 2000 году», которая предусматривала создание инфраструктуры для служб охраны здоровья, прежде всего, охвата первичной медико-санитарной помощью всего населения. С 1987 г. под руководством ВОЗ была развернута еще одна комплексная программа — Всемирная программа предупреждения и борьбы со СПИДом. Документы ВОЗ 1981 и 1987 годов заложили основу глобального сетевого мониторинга здоровья населения планеты, охватившего сегодня практически людей всех стран мира⁷.

Национальные отчеты, которые регулярно направляются в ВОЗ, являются серьезным стимулом для усиления внимания государственных структур к вопросам совершенствования систем обеспечения здоровья граждан, независимо от уровня их доходов. Условия мониторинга акцентируют и многие

конкретные проблемы — например, условия снижения детской смертности, профилактики тяжелых инфекционных заболеваний, борьбы с эпидемиями. В рамках Программ предлагаются также модельные стратегии совершенствования здравоохранения с учетом разнообразия местных условий.

Программа «Здоровье для всех» с 2000 года проводится в рамках стратегии ВОЗ «Здоровье для всех — XXI век»⁸. Отличительной чертой нового этапа стали растущая значимость вопросов партнерства между правительственными и неправительственными организациями, а также усиление региональных ориентиров модельных стратегий. Политика достижения здоровья для всех в XXI столетии, сформулированная в 2000 г. на уровне ВОЗ, представляет собой перспективное видение проблемы здоровья человека в глобализирующемся мире и принята на вооружение всеми членами мирового сообщества.

Предполагается, что основные цели этой политики на национальном, региональном и глобальном уровнях могут быть достигнуты путем:

- сочетания усилий по обеспечению равенства в вопросах охраны здоровья;
- укрепления и охраны здоровья людей на протяжении всей жизни;
- снижения распространенности и уменьшения страданий, вызываемых основными болезнями, травмами и увечьями⁹.

При этом всем странам и неправительственным участникам программы рекомендуется добиваться научной, экономической, социальной и политической устойчивости развития как предпосылок достижения целей «Здоровье XXI» (ЗДВ). Тем самым на высоком международном уровне подтверждается значимость задач совершенствования здравоохранения в комплексе мирополитических процессов.

Появившиеся в начале нынешнего десятилетия региональные аспекты рекомендаций ВОЗ оказались наиболее востребованными в европейском контексте. В 2005 году для Европейского региона были сформулированы двадцать одна задача по достижению ЗДВ. Они рассматриваются как своего рода критерии оценки работы по уменьшению факторов риска для здоровья человека и одновременно выступают основой развития национальной политики здравоохранения в каждой из европейских стран. Конечная цель регионального общеевропейского курса носит комплексный характер: полная реализация всеми людьми имеющегося потенциала здоровья, устранение различий в состоянии здоровья между странами и внутри них (т.е. усиление социальной солидарности), проведение межотраслевого и межсекторального инвестирования, направленного на улучшение детерминантов здоровья.

Усилия по совершенствованию и гармонизации мирового здравоохранения получили важный импульс в принятой на Саммите ООН 2000-го года знаковой декларации «Цели развития тысячелетия».

Ее положения стали ориентиром для деятельности ВОЗ на различных направлениях. Особенно тесно практика здравоохранения и содействия развитию переплетается в следующих моментах:

1. сокращение вдвое доли населения, страдающего от голода¹⁰. Фактические данные свидетельствуют об улучшении питания детей на глобальном уровне. По оценкам, доля детей с низкой массой тела снизилась с 25% в 1990 году до 16% в 2010 году. По оценкам, число отстающих в росте детей в Азии уменьшилось вдвое — со 190 миллионов в 1990 году до 100 миллионов в 2010 году. Зато число отстающих в росте детей в Африке, по прогнозам, увеличится с 45 миллионов в 1990 году до 60 миллионов в 2010 году. Несмотря на общие успехи, по оценкам, около 104 миллионов детей в возрасте до пяти лет в 2010 году имеют низкую массу тела¹¹;
2. сокращение за период 1990–2015 гг. смертности детей в возрасте до пяти лет на две трети¹². В настоящее время ежегодно умирает около 9 миллионов детей в возрасте до пяти лет. Почти 90% всех случаев смерти детей происходит только по шести причинам: неонатальным, пневмонией, диареей, малярией, кори и ВИЧ/СПИД. За период 1960–1990 гг. детская смертность в развивающихся регионах сократилась в два раза, то есть до одного случая смерти из 10 ребят в возрасте до пяти лет. Целью является сокращение детской смертности к 2015 г. еще на две трети;
3. снижение показателей материнской смертности за период 1990–2015 гг. на три четверти¹³;
4. борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими болезнями¹⁴.

Обзор тенденций и достижений современного здравоохранения во взаимосвязи с целями развития, провозглашенными мировым сообществом, отражает неоднозначную картину, которая сложилась в этой области. И если, например, вопросы снижения детской смертности решаются достаточно динамично, то борьба с опасными болезнями, преследующими человека, ведется, так сказать, с переменным успехом.

Со времени создания ВОЗ было реализовано несколько комплексных международных программ по искоренению болезней, но полным успехом увенчалась только одна — программа борьбы с оспой. Решение о начале этой программы было принято ВОЗ в 1966 г. Последние случаи заболевания оспой отмечались в Эфиопии в 1977 г. 8 мая 1980 г. в Женеве было официально заявлено об искоренении оспы. Для борьбы с этой болезнью использовались такие стратегии, как кампании вакцинации, эпиднадзор и профилактические меры, направленные на сдерживание распространения эпидемии из горячих точек и лучшее информирование населения охваченных болезнью районов¹⁵. До этого попытка искоренения малярии в 1955–1968 гг. не привела к ожидаемому результату, что заставило ВОЗ пересмотреть свою

стратегию и переориентироваться скорее на контроль, чем на искоренение этой болезни¹⁶. Результаты борьбы с жёлтой лихорадкой между 1916–1970 г.г. были только временными¹⁷.

Медицина располагает сегодня 120 видами вакцин от смертельных болезней, но они доступны не всем¹⁸. За последние несколько лет ученые в сотрудничестве с фармацевтическими компаниями разработали новые, спасающие жизнь вакцины против менингококкового менингита, ротавирусной диареи, пневмококковой инфекции и папилломавируса человека. Кроме того, более 80 новых продуктов проходят последние стадии клинических испытаний, причем более 30 из них предназначаются для таких болезней, против которых в настоящее время не имеется вакцин. Продолжаются научные исследования значительного количества вакцин, включая препараты против ВИЧ/СПИДа, малярии, туберкулеза и лихорадки Денге.

Благодаря усилиям всего международного сообщества, удалось достичь беспрецедентно высоких уровней охвата детей иммунизацией (вакцинацией от инфекционных болезней детского возраста). Согласно совместному докладу, подготовленному ВОЗ, Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) и Всемирным банком, в 2008 году иммунизацией было охвачено 106 миллионов детей. Но спасающие жизнь вакцины, широко распространенные в богатых странах, до сих пор не доступны для 24 миллионов детей в зоне развивающихся стран. Для обеспечения новыми и существующими вакцинами всех детей в 72-х беднейших странах необходимо ежегодно выделять дополнительно, по меньшей мере, один миллиард долларов США. Однако вопрос получения дополнительного финансирования остается пока открытым.

В целом, программные установки ВОЗ, провозгласившие в конце биполярного периода принцип «здоровье для всех» как главную цель усилий по обеспечению здоровья человека, обрели статус устойчивого императива международного гуманитарного сотрудничества. Сегодня, благодаря повсеместной мобилизации ресурсов и совершенствованию подходов к здравоохранению, человеческая жизнь защищена от биологических рисков лучше, чем несколько десятилетий назад. Важной тенденцией стало взаимодействие государственных и негосударственных структур, положительная роль которого регулярно отмечается в документах ВОЗ.

Однако система защиты человека от биологических рисков пока слишком фрагментарна с точки зрения распределения необходимых ресурсов. Региональное и внутристрановое равенство доступа населения к медицинскому обслуживанию остается пока лишь стратегической целью. Задача укрепления социальной солидарности на основе совершенствования здравоохранения остается не решенной даже в рамках европейского интеграционного объединения. Не в полной мере осуществляются меры

по предупреждению эпидемий, растут претензии к производителям медикаментов, сохраняются существенные противоречия в том, что касается источников финансирования проектов борьбы против конкретных заболеваний.

Актуальные примеры международного сотрудничества в сфере здравоохранения

Проблемы, встающие перед различными участниками международного сотрудничества в области здравоохранения, наглядно проявляются на таком направлении, как борьба со СПИДом, заболеванием, от которого, согласно официальным данным, страдает тридцать три миллиона человек. ВИЧ/СПИД является не просто серьезной угрозой здоровью десятков миллионов людей, но и глобальным вызовом в области развития. Он распространяется угрожающими темпами среди женщин, которые уже составляют половину инфицированных во всем мире, и повышает прямую угрозу репродуктивным возможностям человечества¹⁹.

Быстрее всего эпидемия ВИЧ/СПИД распространяется в регионах, которые она раньше не затрагивала, особенно в Восточной Европе и на всей территории Азии — от Урала до Тихого океана²⁰. Число ВИЧ-инфицированных в Восточной Европе и Центральной Азии за 9 лет выросло на 66%. На современном этапе здесь насчитывается больше 1,5 миллиона человек, живущих с ВИЧ. В Эстонии, Российской Федерации и Украине уровень распространенности ВИЧ превышает 1%. В Украине эпидемия ВИЧ/СПИДа достигла самых опасных в Европе масштабов.

Экспертов ООН беспокоит тот факт, что развитие эпидемии продолжает опережать масштабы и темпы борьбы с ней²¹. На западе Европы ежегодное число новых случаев ВИЧ-инфекции остается относительно стабильным — около 20 тысяч. Но в восточной части региона в год опасным вирусом заражаются около 80 тысяч человек. ВОЗ высказывает опасения в связи с возможностями возникновения нового раздела Европы, на этот раз по качеству помощи ВИЧ-инфицированным²².

На 18-й международной конференции по СПИДу, проходившей летом 2010 года в Вене, отмечалось: «Если эпидемиологическая ситуация с ВИЧ в странах Западной Европы, за некоторыми исключениями, в целом стабилизируется, то во многих странах Восточной Европы она полностью вышла из-под контроля»²³. В целом европейский регион занимает первое место по темпам роста эпидемии ВИЧ-инфекции²⁴.

В целях борьбы с угрозой массового распространения ВИЧ/СПИД десять специализированных учреждений ООН создали в 1996 году Объединенную программу ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). Она взяла на себя роль главного координатора всемирных действий по:

- предотвращению передачи инфекции;
- обеспечению медицинской помощи и поддержки;
- сокращению уязвимости отдельных лиц и общин;
- смягчению последствий эпидемии²⁵.

В 2010 году ЮНЭЙДС²⁶ объявила о создании Комиссии высокого уровня по предотвращению распространения вируса иммунодефицита. В нее вошли 15 наиболее известных в мире политиков, спортсменов и общественных деятелей, среди которых есть и два представителя российской общественности. Сопредседателями Комиссии стали:

- профессор Франсуаза Барре-Синусси, получившая Нобелевскую премию в области медицины за исследования вируса иммунодефицита;
- известный борец с апартеидом, лауреат Нобелевской премии мира, архиепископ Десмонд Туту²⁷.

Включение в состав международных структур в области здравоохранения авторитетных общественных деятелей подтверждает общую тенденцию повышения роли крупных публичных фигур в развитии международного сотрудничества.

Еще одним подтверждением проявления в рамках борьбы против СПИДа универсальных моментов мировой политики стали адресные программы, координируемые на региональном уровне. Показательным в этом отношении является пример Азиатского региона, где в нынешнем десятилетии проведено девять крупных профильных мероприятий. Их документы позволяют конкретизировать анализ основных причин стремительного распространения эпидемии СПИДа в регионе. Доступными в этом смысле стали аспекты, связанные с миграцией и употреблением инъекционных наркотиков, стало возможным уточнить условия обеспечения всеобщего доступа заболевших к антиретровирусным препаратам и т.д. Тем не менее, ситуация на азиатском континенте не должна внушать излишний оптимизм. На сегодняшний день в регионе СПИД является основной причиной смерти среди людей в возрасте от 15 до 44 лет. Число ВИЧ-инфицированных в Азии превысило пять миллионов человек²⁸.

Для компании борьбы против СПИДа характерна и активная вовлеченность различных новых акторов — неправительственных общественных организаций и представителей религиозных кругов. Так, в последние годы международная борьба со СПИДОМ получила заметную поддержку со стороны религиозных учреждений на Африканском континенте. В этом лидируют страны южной части континента, где положение особенно драматично и распространенность ВИЧ достигает, как, например, в Лесото и Замбии, до 20 процентов от общей численности населения²⁹.

По данным ВОЗ, религиозные организации играют гораздо большую роль в предоставлении услуг по уходу за больными и лечении ВИЧ/СПИДа в Африке к югу от

Сахары, чем считалось ранее. Сегодня в Лесото христианские больницы и центры здравоохранения предоставляют около 40 % услуг в сфере ухода и лечения ВИЧ/СПИДа, а в Замбии религиозные организации управляют почти что одной третью учреждений по лечению чумы XX века. Исследования, проведенные по линии ВОЗ показывают, что религиозные организации оказывают значительную часть помощи в развивающихся странах, часто добираясь до самых уязвимых групп населения, живущих в неблагоприятных условиях³⁰.

Характерно, что в последнее время, не только в Африке, но и в других регионах, представители религиозных кругов предпринимали шаги по активизации своего участия в борьбе против СПИДа. Весной 2010 года в Нидерландах состоялся саммит религиозных лидеров по вопросам противостояния ВИЧ/СПИДу. Его участники обсудили механизмы и средства, которые священнослужители могут использовать в борьбе за обеспечение всеобщего доступа к профилактике вируса иммунодефицита и лечению, а также в борьбе против стигмы и дискриминации в отношении ВИЧ-инфицированных. В саммите участвовали около 40 лидеров общин беахаистов, буддистов, христиан, индуистов, иудеев, мусульман и сикхов, а также главы ЮНЭЙДС и Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА), дипломаты и представители гражданских сетей людей, живущих с ВИЧ³¹.

Практика международной кампании против ВИЧ/СПИДа включает и расширяющееся участие неправительственных организаций. Например, недавно были достигнуты соглашения между Фондом Клинтона и двумя фармацевтическими компаниями о снижении цен на антиретровирусные препараты для людей, живущих с ВИЧ и туберкулезом³².

Сотрудничество различных международных акторов в борьбе против ВИЧ/СПИДа приносит свои положительные результаты. Как указывается в последнем докладе, подготовленном ЮНЭЙДС, в 15 из 25 наиболее пострадавших от СПИДа стран число случаев инфицирования среди молодежи сократилось более чем на 25%.³³

Вместе с тем, спустя 30 лет после начала распространения болезни, она по-прежнему остается одной из главных проблем человечества. Как показали исследования, появление новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией во всем мире можно сократить на треть, если радикально изменить подход к лечению и профилактике заболевания. По мнению специалистов ЮНЭЙДС, средства борьбы с ВИЧ/СПИДОМ должны быть более простыми, дешевыми и доступными. Новый метод позволит к 2025 году дополнительно предотвратить 10 миллионов смертей и сэкономить значительные средства.

Специальное внимание ЮНЭЙДС обращает на финансовую сторону вопроса. Согласно ее подсчетам, правительства должны выделять от 0,5% до 3%

своих доходов на нужды борьбы с ВИЧ, в зависимости от степени распространения инфекции в той или иной стране. Полагая, что сейчас, когда «Большая восьмерка» дополнилась «Большой двадцаткой» и гораздо большее число государств объединили свою экономическую мощь для достижения общих целей, ЮНЭЙДС выделяет 5 стран, которые помогут существенно изменить глобальную ситуацию в отношении ВИЧ/СПИДа, — Бразилию, Россию, Индию, Китай и Южную Африку.

Открытие вируса СПИДа в 1981 г и определение потенциальных масштабов вызываемой им эпидемии сыграли важную роль в развитии широкой борьбы с биологическими угрозами человеческому развитию. Но не стоит забывать, что, наряду со СПИДом, существует ряд других опасных инфекционных заболеваний, создающих огромные риски здоровью людей.

Среди новых успешно развивающихся глобальных инициатив по борьбе с инфекционными болезнями необходимо особо отметить кампанию по искоренению полиомиелита. В 1988 г., констатируя, что, несмотря на существование вакцины, ежегодно насчитывалось 350000 новых случаев заболевания детей, ВОЗ развернула Глобальную инициативу по искоренению полиомиелита. В её рамках было организовано масштабное сотрудничество между ВОЗ, Детским Фондом ООН (ЮНИСЕФ), Rotary International, Centers for Disease Control and Prevention из Атланты³⁴ и рядом других организаций. Таким образом, всемирная кампания против полиомиелита с самого начала опиралась на взаимодействие правительственных и неправительственных участников международного сотрудничества.

Характерно, что начало противостояния полиомиелиту было положено еще в 1979 г благодаря инициативе одного из самых больших частных фондов в мире Rotary International, принявшим решение аккумулировать финансовые средства для вакцинации шести миллионов детей на Филиппинах³⁵. К 1988 г. Фонд собрал 247 миллионов долларов. Именно эти усилия послужили катализатором решения 41-й Ассамблеи ВОЗ об искоренении полиомиелита во всемирном масштабе³⁶. Другой важный шаг к искоренению полиомиелита сделала Панамериканская Организация Здравоохранения (ПАО). Она в 1985 г. приняла решение искоренить полиомиелит на континенте к 1990 г. и смогла достигнуть этой цели в 1994 г.³⁷

Глобальной инициативой по искоренению полиомиелита руководят ВОЗ, ЮНИСЕФ, Rotary International и Centers for Disease and Prevention Control (США). В инициативе также участвуют:

- государства, в которых полиомиелит остаётся первоочередной проблемой здравоохранения;
- частные фонды (в том числе и Фонд Bill and Melinda Gates³⁸);
- банки развития (в том числе Всемирный Банк);
- страны-благотворители;

- Европейская Комиссия;
- Международный Красный Крест;
- корпорации и добровольцы во всем мире³⁹.

Их сотрудничество осуществляется преимущественно на многостороннем уровне. Больше половины финансирования Глобальной Инициативы по искоренению полиомиелита осуществляется странами «Большой восьмёрки». Частные доноры также обеспечивают крупную финансовую поддержку всех этапов кампании. Так, общий взнос Фонда Bill and Melinda Gates и Rotary International составил к настоящему времени 555 миллионов долларов⁴⁰. В итоге, благодаря объединению усилий государственных и негосударственных структур различных стран, за период 1988–2008 г.г. на борьбу против полиомиелита было затрачено 6,15 триллионов долларов. Бюджет, на нынешний, 2010 г. составляет 648 миллионов долларов⁴¹.

Особую роль в осуществлении практической стороны международной кампании играет ЮНИСЕФ, который является крупнейшим актором в области вакцинации. ЮНИСЕФ осуществляет закупки и поставки вакцины, занимается материально-техническим обеспечением прививочных мероприятий, профессиональной подготовкой служащих, организацией санитарно-просветительской работы среди матерей, координацией национальных и региональных «дней вакцинации».

В целом, в борьбе против полиомиелита принимали и продолжают принимать участие около 10 миллионов человек по всему миру, что является уникальным примером массовой поддержки инициатив в сфере здравоохранения. Но достигнутые к настоящему времени результаты кампании по искоренению полиомиелита оставляют неоднозначное впечатление. В ликвидации болезни ощущается немалый прогресс, поскольку основные эндемичные страны добились масштабного снижения заболеваемости. Наиболее существенные успехи отмечаются в Нигерии. Там число случаев заболевания снизилось более чем на 99% — с 312 случаев в 2009 году до трех случаев в 2010 году. В индийских штатах Уттар-Прадеш и Бихаре в течение более шести месяцев не зарегистрировано ни одного случая инфицирования «полиовирусом типа 1»⁴².

Однако, хотя борьба ведется уже более двадцати лет, до полного достижения ее целей еще довольно далеко. Сохраняется опасность того, что первичные заражения полиомиелитом в эндемичных странах будут продолжаться. Это стало очевидно в начале 2010 года, когда крупная вспышка заболевания, возникшая первоначально в Индии, перекинулась в Таджикистан. К слабостям всемирной Программы борьбы против полиомиелита, можно отнести и недостаточное внимание к привлечению поддержки традиционных этнических и религиозных лидеров. Необходимы также дополнительные усилия, направленные на закрепление достигнутых результатов, с тем, чтобы избежать случаев, аналогичных, заболеванию весной 2010 года 239 детей в Таджикистане, считавшимся с 1997 года территорией, свободной от полиомиелита⁴³.

Несколько месяцев назад в Женеве под эгидой ВОЗ и ЮНИСЕФ было официально объявлено о новом этапе кампании, направленной на борьбу с полиомиелитом. В частности, был представлен план на 2010–2012 годы по искоренению «дикого» полиовируса, предусматривающий проведение поголовной вакцинации в районах с «резервуарами» источников заражения. На сегодняшний день эндемичными остаются лишь Нигерия, Индия, Пакистан и Афганистан⁴⁴.

Широкий опыт международной борьбы против СПИДа и полиомиелита позволяет надеяться если и не на полное искоренение этих заболеваний, то на существенное снижение связанных с ними рисков. Вместе с тем он свидетельствует о важности параллельного решения сугубо медицинских и социальных проблем широких слоев населения, как тех, которые входят в специфические группы рисков, так и относительно дистанцированных от основных причин заражения. Как подтверждают эпидемические данные относительно СПИДа и полиомиелита, современные инфекции различной природы остаются источниками повышенных рисков человеческого развития глобального уровня.

Здоровье человека и рыночная экономика в мирополитическом контексте

На формирование современных тенденций в области здравоохранения и достижения целей «Здоровье для всех XXI», все большее влияние оказывают рыночные механизмы. Согласно мнению специалистов, мировой рынок здравоохранения подразделяется на несколько сегментов:

- товарный сегмент, состоящий, в свою очередь, из рынка лекарственных средств и рынка медицинской техники;
- сегмент услуг, медицинских и образовательных, причем рынок медицинских услуг условно делится на три подраздела:
 1. оказание скорой и неотложной помощи;
 2. лечение заболеваний и поддержание определенной стадии хронических состояний и инвалидности;
 3. профилактика;
- сегмент инноваций, то есть результатов научных исследований, патентов, патентных лицензий, ноу-хау, программных продуктов, учебных программ⁴⁵.

Основная специфика рынков медицинских услуг заключается в том, что основное влияние на их формирование оказывают не потребители, а производители услуг. Поэтому большой рост объемов рынков медицинской помощи наблюдается в странах с «гонорарным» принципом оплаты медицинских услуг (США, Франция). Меньшим он является для стран с «подушевым» принципом оплаты (Великобритания)⁴⁶. Но в целом рост капиталоемкости современного производства лекарств, оборудования и подготовки

медицинских кадров создает все больше проблем на пути развития массового здравоохранения не только в развивающихся, но и в развитых индустриальных странах.

Не случайно в Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире, опубликованном в 2008 г. указывается, что глобализация порождает социальную напряженность во многих странах, и очевидно, что системы здравоохранения как основные элементы структуры современных обществ, функционируют не так эффективно, как они могли бы и должны это делать⁴⁷. В Докладе также подчеркивается, что «первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо».

Развитие этой мысли отражено и в докладе Комиссии ВОЗ по социальным детерминантам здоровья, представленном в 2009 году. В нем подчеркивается, что ключевым моментом для достижения целей международной стратегии в области здравоохранения является социальная справедливость, которая становится вопросом жизни и смерти. Она влияет на образ жизни людей, вероятность появления у них болезни и риск преждевременной смерти. «Мы наблюдаем с изумлением за продолжающимся увеличением средней продолжительности жизни и укреплением здоровья в одних частях мира и с тревогой — за отсутствием их улучшения в других. Родившаяся сегодня девочка может рассчитывать прожить более 80 лет, если она родилась в определенных странах, но менее 45 лет, если она родилась в других странах. Внутри стран существуют глубокие различия в состоянии здоровья, которые тесно связаны со степенью социального неблагополучия. Столь глубокие различия внутри стран и между ними просто не должны иметь места»⁴⁸. В этой связи в рекомендациях Комиссии был сформулирован призыв к ликвидации разрыва в отношении здоровья за одно поколение, обеспечив соблюдение справедливости в отношении здоровья.

Современная постановка вопроса о соотношении рыночных и социальных механизмов управления здравоохранением, сформулированная на уровне мирового сообщества, возрождает дискуссии о системной архитектуре здравоохранения и путях ее оптимизации в XXI веке. Эти дискуссии отражают конкуренцию трех основных моделей здравоохранения, утвердившихся на современном этапе: государственной, частной и страховой медицины.

Необходимо подчеркнуть, что на конкуренцию этих трех подходов к обеспечению здоровья населения самое серьезное влияние оказывают политические партии, другим словами, она зависит от соотношения сил между политическими акторами на внутригосударственном уровне. Так, либеральные партии, например, Лейбористская партия Великобритании, обычно поддерживают создание национальных служб здравоохранения, основанных на принципах общедоступности и финансируемых из государственного бюджета за счет налогообложения. На близкие

к британским лейбористам позиции встала и администрация Б. Обамы. В 2010 году ей удалось добиться парламентского одобрения проекта по обеспечению всех граждан США медицинской страховкой при значительной доле государственных дотаций. Такой подход формально ставит пациента в центр врачебной деятельности, однако его реализация повсеместно сталкивается с нехваткой средств, что ведет к дискредитации идеи общественной медицины и необходимости постоянного реформирования ее служб. Что касается партий консервативного толка, то в период своего пребывания у власти они, как правило, расширяют применение рыночных элементов в системе здравоохранения с целью сократить государственные расходы на ее содержание.

Противоречия в организации здравоохранения даже в благополучных индустриальных странах можно наблюдать на примере современной Германии, в которой существует одна из лучших систем страховой медицины в мире. Однако с середины нынешнего десятилетия здесь постоянно проходят забастовки врачебного персонала, недовольного низким уровнем оплаты труда и ростом бюрократизации обязательной отчетности. Со своей стороны, рядовые граждане жалуются на непомерное удорожание медицинских услуг, особенно стоматологии⁴⁹.

В целом, ведущие политические силы всех промышленно развитых стран объявляют своей задачей обеспечение доступности и высокого качества медицинской помощи, но пути к достижению этих целей определяются по-разному. Принципиальные различия программных установок либералов и консерваторов по вопросам здравоохранения еще недавно играли очень большую роль в предвыборной борьбе европейских стран. Сегодня фактор их дифференциации постепенно утрачивает остроту. Согласно установкам ЕС, всем членам регионального интеграционного объединения необходимо приблизить финансирование здравоохранения к показателю не менее 8% ВВП, что предполагает перевод расхождений между сторонниками социальных и рыночных подходов из политической в чисто инструментальную плоскость.

Что касается развивающихся стран, то крупнейшие из них, такие, как Китай и Индия, сравнительно недавно также начали реформирование национальных систем здравоохранения. В отличие от развитых индустриальных стран, они сделали главный упор не на достижение всех рекомендованных международными структурами показателей, а на приоритетное развитие сельского здравоохранения. При этом Китай предпринял шаги по созданию программ совместного финансирования здравоохранения со стороны правительства и населения. Индия же продолжает придерживаться курса на усиление роли государственного здравоохранения и расширение бюджетных ассигнований на эти цели.

Таким образом, опыт современных государств отражает широкую вариативность способов адаптации

национальных систем здравоохранения к развитию рыночной экономики. Формы этой адаптации служат предметом существенных разногласий между представителями различных политических сил, остаются фактором дифференциации электората и противоречий на уровне правящих кругов. В настоящее время только подход ЕС позволяет говорить о вероятности ослабления остроты дискуссионных моментов при разработке планов обеспечения здоровья населения и отнесения их к компетенции экспертов. Однако такая вероятность остается пока гипотетической. Что касается особенностей опыта развивающихся стран, в том числе Индии и Китая, то здесь мы можем наблюдать относительно небольшую степень политизации проблем здравоохранения на уровне национальных элит.

Документы и декларации ВОЗ, определяющие основные принципы развития современного здравоохранения, лишь отчасти смягчают расхождения относительно последствий применения рыночных механизмов в сфере оказания медицинских услуг между различными государствами и экспертными группами. Учитывая содержание специализированных и общих дискуссий, можно сделать заключение, что в ближайшие годы руководители ряда стран, прежде всего крупных индустриальных держав, предпримут в области здравоохранения инициативы, аналогичные шагам администрации Б. Обамы. Однако при этом они будут вынуждены учитывать и сопряженные с такими шагами политические противоречия.

Еще одной крупной дискуссионной проблемой в сфере современного здравоохранения, масштабы обсуждения которой выходят далеко за рамки границ отдельных государств, является производство дешевых лекарств. В частности, считается, что политика администрации Дж. Буша-старшего в течение ряда лет блокировала доступ жителей развивающихся стран к недорогим лекарствам против СПИДа⁵⁰. Апеллируя к соблюдению права интеллектуальной собственности, американская сторона препятствовала импорту сравнительно не дорогих бразильских антиретровирусных препаратов в страны Южной Африки. Только после принятия в 2001 году в Дохе Декларации по вопросам согласования требований по торговым аспектам прав на интеллектуальную собственность с потребностями общественного здравоохранения, возникла возможность вплоть до конца 2015 года производить дешёвые препараты для «бедных стран»⁵¹.

Масса пациентов из развивающихся стран впервые получила доступ к бразильским, индийским и тайским препаратам-аналогам дорогих лицензионных брэндов. Сегодня с их помощью курс специального лечения проходят более четырех миллионов человек из небогатых стран⁵². Показательно вместе с тем, что фармацевтические корпорации продолжают проводить активную работу с тем, чтобы не допустить продления Декларации 2001 года. Они стремятся обратить внимание на вопросы несовершенства

здравоохранения развивающихся стран, которые не успевают адаптироваться к социально-экономическим реалиям глобализации.

Критические настроения, сложившиеся вокруг деятельности крупных фармацевтических компаний, в полной мере проявились во время разразившейся в 2009 году пандемии гриппа H1N1⁵³. Так, Совет Европы, с одной стороны, обвинил ВОЗ в раздувании паники вокруг гриппа H1N1 в интересах фармацевтических компаний. С другой стороны, достоянием общественности стали сведения о личной заинтересованности международных экспертов в пропаганде специфических лекарственных средств⁵⁴.

И хотя ВОЗ в лице ее генерального директора Маргарет Чен отрицала какое-либо влияние фармацевтических компаний на принятие решений по пандемии гриппа H1N1⁵⁵, тем не менее достоянием общественности стали сведения, что по крайней мере 5 из 15 членов Комиссии по гриппу H1N1, были связаны с деятельностью фармкомпаний⁵⁶. Как отмечали европейские парламентарии, непрозрачность процедур принятия решений по поводу пандемии привела к резкому падению доверия граждан к Всемирной организации здравоохранения и может привести к тяжелым последствиям в случае возникновения настоящего опасного эпидемий.

Одновременно с обвинениями в адрес ВОЗ в связи с принятой стратегией во время пандемии гриппа выступил авторитетный медицинский журнал British Medical Journal. Последний упрекал международную организацию в умалчивании фактов сотрудничества экспертов, принимавших участие в выработке рекомендаций по противодействию пандемии гриппа H1N1, с фармацевтическими компаниями⁵⁷.

Реалии растущей коммерциализации условий обеспечения здоровья человека и проблемы реформирования национальных систем здравоохранения представляют собой одну из крайне противоречивых областей современного мирового

развития, причем количество вопросов, требующих активного участия многосторонних структур глобального и регионального уровня объективно возрастает. Вместе с тем тенденции универсализации управления в сфере здравоохранения в полной мере обнажают новую группу рисков, связанных с деятельностью международной бюрократии. Международная практика показывает усиление значимости экспертных систем за счет вытеснения традиционных демократических форм проведения дискуссий, что однозначно ведет к проекции частных интересов на принятие решений общечеловеческой значимости.

Вклад современного здравоохранения в решение гуманитарных вопросов мировой политики является позитивным и масштабным. Однако далеко не все цели, сформулированные на уровне мирового сообщества в качестве стратегических ориентиров, осуществлены на практике. Хотя потенциал здравоохранения как направления международного сотрудничества благодаря взаимодействию государственных и новых акторов в последние десятилетия заметно укрепился, необходимо наращивать усилия по продвижению универсальных норм охраны человеческого здоровья.

Summary: Contribution of modern to the solution of the humanitarian issues of the world politics is positive and far-reaching. By virtue of mobilization and enhancement of approaches to the healthcare, today human life is more protected from biological risks, than several decades ago. However, not all of the targets, shaped by international community and presented in the Program passed by WHO «Health 21» («health-for-all policy for the twenty-first century») are brought into life. Meanwhile, collaboration of public and new actors has significantly strengthened the potential of healthcare, as the direction of international cooperation. We need to enhance efforts of promotion of universal norms and practices of healthcare that are based on securing of equality of people.

Ключевые слова

международное гуманитарное сотрудничество, неправительственные акторы, региональная координация, риски человеческого развития, здравоохранение, религиозные организации, ВОЗ, ЮНИСЕФ, Rotary International, Фонд Bill and Melinda Gates, государственная, частная и страховая медицина, атипичная пневмония, СПИД, полиомиелит, оспа, грипп H1N1, вакцинация, фармацевтические компании

Keywords

International humanitarian cooperation, nongovernmental actors, regional coordination, human development risks, religious organizations, WHO, UNICEF, Rotary International, Bill and Melinda Gates Fund, public private and insurance medicine, SARS (atypical pneumonia), AIDS, poliomyelitis, smallpox, H1N1, vaccination, pharma companies

Примечания

1. Gandy M., Zumla A., eds. The return of the White Plague: Global poverty and the "new" tuberculosis. London: Verso, 2003. 320 p.
2. Семана разрушения: тайная подоплека генетических манипуляций. Гл.12. Противостолбнячная вакцина, Рокфеллер и ВОЗ. URL: <http://www.warandpeace.ru/ru/exclusive/vprint/33395/> — 10.03.09.
3. Доклад Генерального секретаря ООН «Охрана здоровья, заболеваемость, смертность и развитие», представленный на сессии Комиссии по народонаселению и развитию. URL: <http://www.un.org/russian/news/fullstorynews.asp?newsID=13140> 23.02.2010

4. За последние 20 лет уровень детской смертности снизился на 28%. URL: <http://www.un.org/russian/news/fullstorynews.asp?newsID=1223310.09.2009>.
5. Barnett T. AIDS in the twenty-first century: Disease and globalisation. London: Palgrave, 2002. 432 p.; Garrett L. Betrayal of trust: The collapse of global public health. New York: Hyperion, 2000. 624 p.
6. Davis M. Planet of slums: Urban involution and the informal proletariat. New Left Rev., № 26, 2004. p. 5–34; UN Human Settlements Programme (Habitat). The challenge of slums: Global report on human settlements. London: Earthscan, 2003. 300 p.; World Health Organization. Global water supply and sanitation assessment 2000 Report.
7. См.: URL: http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_law/348.
8. Стратегия ВОЗ «Здоровье для всех — 21 век». URL: http://www.belmapo.by/downloads/oziz/2009/strategija_vos.doc.
9. Стратегия ВОЗ «Здоровье для всех — 21 век»
URL: http://www.belmapo.by/downloads/oziz/2009/strategija_vos.doc.
10. Цель тысячелетия в области развития 1: Ликвидация крайней нищеты и голода
Задача 1С.
11. См.: URL: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/hunger/ru/index.html.
12. Цель тысячелетия в области развития 4: Сокращение детской смертности
Задача 4А.
13. Цель тысячелетия в области развития 5: Улучшение охраны материнства
Цель 5А; Цель 5В. Обеспечить к 2015 г. всеобщий доступ к охране репродуктивного здоровья.
14. Цель тысячелетия в области развития 6: Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими болезнями; Задача 6А. Остановить к 2015 году распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости; Задача 6В. Обеспечить к 2010 году для всех нуждающихся всеобщий доступ к медикаментам для лечения ВИЧ/СПИДа.
15. В 2010 году отмечается 30-я годовщина ликвидации оспы. URL: <http://www.un.org/russian/news/fullstorynews.asp?newsID=13583-17.05.2010>.
16. Orth G. и Sansonetti P. La Maîtrise des maladies infectieuses, un défi de santé publique, une ambition médico-scientifique, Institut de France, Académie des Sciences, 2006.
17. Ibid.
18. URL: <http://www.un.org/russian/news/fullstorynews.asp?newsID=12516-21.10.2009>.
19. ЮНЭЙДС интегрировала меры по защите женщин в глобальный план борьбы с вирусом иммунодефицита. URL: <http://www.un.org/russian/news/fullstorynews.asp?newsID=13186-03.03.2010>.
20. Доклад ЮНЭЙДС «Осуществление мер в ответ на СПИД» (2010 год)
URL: <http://www.unaids.org/outlook/Default.aspx?langChange=ru>.
21. Число ВИЧ-инфицированных в Восточной Европе и Центральной Азии за 9 лет выросло на 66%. URL: <http://www.un.org/russian/news/fullstorynews.asp?newsID=13217>.
22. URL: <http://www.un.org/russian/news/fullstorynews.asp?newsID=13917-21.07.2010>.
23. Там же.
24. В Европе основной причиной распространения ВИЧ-инфекции является увлечение инъекционными наркотиками. В некоторых странах на потребителей инъекционных наркотиков приходится 50% людей, живущих с ВИЧ. Кроме того, значительная доля этих людей одновременно страдает от туберкулеза и гепатита С.
25. В ЮНЭЙДС участвуют Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Всемирная продовольственная программа (ВПП), Программа развития ООН (ПРООН), Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА), Управление ООН по наркотикам и преступности (ЮНОДК), Международная организация труда (МОТ), Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Всемирный банк и Управление Верховного комиссара по делам беженцев (УВКБ).
26. URL: <http://www.un.org/ru/aids/unaids.shtml>.
27. ЮНЭЙДС объявила о создании Комиссии высокого уровня по предотвращению распространения ВИЧ/СПИДа. URL: <http://www.un.org/russian/news/fullstorynews.asp?newsID=13922-21.07.2010>.
28. На острове Бали проходит 9-й Международный конгресс по СПИДу в странах Азии и Тихого океана. URL: <http://www.un.org/russian/news/fullstorynews.asp?newsID=12083-10.08.2009>.
29. ВОЗ признала вклад религиозных организаций в решение проблемы ВИЧ/СПИДа в Африке. URL: <http://ru.christiantoday.com/article/2134.htm-13.02.2007>.
30. Религиозные лидеры намерены активизировать борьбу со СПИДом. URL: <http://www.un.org/russian/news/fullstorynews.asp?newsID=13308-22 и 23 марта 2009 г>.
31. Религиозные лидеры намерены активизировать борьбу со СПИДом. URL: <http://www.un.org/russian/news/fullstorynews.asp?newsID=13308-24.03.2010>.
32. Фонд Клинтона добился снижения цен на антиретровирусные препараты. URL: <http://www.un.org/russian/news/fullstorynews.asp?newsID=12073-07.08.2009>.
33. ЮНЭЙДС призывает радикально изменить подход к лечению и профилактике СПИДа. URL:

- <http://www.un.org/russian/news/fullstorynews.asp?newsID=13888> -13.07.2010.
34. ВОЗ остановила свое внимание на полиомиелите в соответствии с тремя критериями, которые способствуют реальному искоренению болезни и в принципе должны позволить добиться успеха: во-первых, носителями вируса являются только люди, во-вторых, все три вируса имеют короткую продолжительность жизни, и в-третьих, при очень действенной, простой и дешёвой вакцинации обеспечивается строгая система надзора. См.: Bégué P. Bull. Acad. Natle Méd., 2001, 185, n°5: 927–39; discussion 939–41.
 35. Majiyagbe J. The volunteers' contribution to polio éradication. // Bulletin of the World Health Organization, January 2004.
 36. Ibid.
 37. Guide canadien d'immunisation, 2006. URL: <http://www.santepublique.gc.ca>.
 38. Фонда Bill and Melinda Gates является самым крупным благотворителем в финансирование кампании против полиомиелита.
 39. URL: <http://www.who.int/features/2004/polio/en/>.
 40. Bill Gates veut en finir avec la polio, 08/03/09. URL: // <http://www.rotary.belux.org/fr/news/00552.shtml>
 41. URL: <http://www.polioeradication.org/fundingbackground.asp#FRR>.
 42. ООН представила новый план борьбы с полиомиелитом
URL: <http://www.un.org/russian/news/fullstorynews.asp?newsID=13775>–18.06.2010.
 43. ВОЗ обеспокоена вспышкой полиомиелита в Таджикистане. URL: <http://www.un.org/russian/news/fullstorynews.asp?newsID=13451>-23.04.2010.
 44. ООН представила новый план борьбы с полиомиелитом
URL: <http://www.un.org/russian/news/fullstorynews.asp?newsID=13775>–18.06.2010.
 45. Филатов В. Мировой рынок здравоохранения <http://forum.pridnestrovie.com/topic/?id=4364>. Этот автор указывает, что по имеющимся оценкам на долю медицинских услуг приходится около 82% мирового рынка здравоохранения, лекарственные средства занимают 10% оборота, инновации — 5%, медицинская техника — 2,3%, образовательные услуги — 0,6%. Возрастание объемов рынков медицинских услуг играет стимулирующую роль — влечет за собой рост товарного сегмента, активизирует разработку новых технологий и спрос на медицинское образование. Основными интегрирующими факторами мирового рынка здравоохранения являются его инновационный и товарный сегменты и универсализация медицинского страхования, а также узкая специализация национальных рынков здравоохранения, обуславливающая шаги по разработке систем взаимодополняемости на различных уровнях предоставления профильных услуг.
 46. Филатов В. Мировой рынок здравоохранения. URL: <http://forum.pridnestrovie.com/topic/?id=4364>.
 47. URL: <http://www.who.int/whr/ru/index.html>.
 48. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Всемирная организация здравоохранения. 2009. 40 С.# ВОЗ: WHO/IER/CSDH/08. URL: http://www.who.int/publications/list/WHO_IER_CSDH_08_1/ru/index.html.
 49. Кальц М. В Германии не хватает врачей URL: <http://www.dw-world.de/dw/article/0,,5975153,00.html> — 04.09.2010.
 50. Смерть, болезни и мировая политика здравоохранения. URL: http://sceptis.ru/library/id_2630.html-25.01.2005.
 51. World Trade Organization Declaration on the TRIPS agreement and public health, adopted on 14 November 2001. Была единогласно одобрена в 2001 г. всеми членами ВТО в г. Доха (Катар) на IV Министерской конференции ВТО.
 52. Сегодня более четырех миллионов ВИЧ-инфицированных из небогатых стран проходят курс антиретровирусной терапии. URL: <http://www.un.org/russian/news/fullstorynews.asp?newsID=13721>–09.06.2010.
 53. Пандемия гриппа H1N1 завершилась. URL: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2010/08/10/flu/?print=True>.
 54. Godlee Fiona Conflicts of interest and pandemic flu. URL: <http://www.bmj.com/content/340/bmj.c2947.full>.
 55. ВОЗ отвергла обвинения в сговоре с фармкомпаниями. URL: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2010/09/14/who/-14.09.2010>.
 56. Треть экспертов ВОЗ по гриппу H1N1 оказались связаны с фарминдустрией
<http://medportal.ru/mednovosti/news/2010/08/12/whoexp/?print=True> -12.08.2010.
 57. Совет Европы обвинил ВОЗ в раздувании паники вокруг гриппа H1N1
<http://medportal.ru/mednovosti/news/2010/06/07/paceflu/>.