

Формирование повестки дня БРИКС в сфере здравоохранения¹

М.В. Ларионова, М.Р. Рахмангулов, А.В. Шелепов, А.Г. Сахаров

Ларионова Марина Владимировна – д.полит.н., директор Института международных организаций и международного сотрудничества (ИМОМС) НИУ ВШЭ; 101000, Российская Федерация, Москва, ул. Мясницкая, 20; E-mail: mlarionova@hse.ru

Рахмангулов Марк Ринадович – заместитель директора Центра исследований глобального управления ИМОМС НИУ ВШЭ; Российская Федерация, 101000, Москва, ул. Мясницкая, 20; E-mail: mrakhmangulov@hse.ru

Шелепов Андрей Владимирович – м.н.с. Центра исследований глобального управления Института международных организаций и международного сотрудничества НИУ ВШЭ; Российская Федерация, 101000, Москва, ул. Мясницкая, 20; E-mail: ashelapov@hse.ru

Сахаров Андрей Геннадиевич – м.н.с. Центра исследований глобального управления ИМОМС НИУ ВШЭ, аспирант кафедры мировой политики НИУ ВШЭ; Российская Федерация, 101000, Москва, ул. Мясницкая, 20; E-mail: agsakharov@hse.ru

Здравоохранение является незаменимым общественным благом. На национальном уровне признание ценности здоровья как общественного блага выражается в приверженности правительств стран БРИКС и других государств целям повышения объемов финансирования здравоохранения. На глобальном уровне об этом свидетельствует работа международного сообщества, направленная на достижение трех Целей развития тысячелетия в сфере здравоохранения, все более усложняющаяся глобальная архитектура здравоохранения и поступательный рост расходов на охрану здоровья, наблюдавшийся в предшествующие кризису годы. Однако, несмотря на успехи в борьбе с инфекционными заболеваниями, детской и материнской смертностью, сохраняются существующие риски, отмечается появление новых вызовов в результате финансового кризиса 2008 г., низких темпов экономического роста и увеличивающегося неравенства.

Страны БРИКС сталкиваются с этими вызовами и уже начали взаимодействие с целью их преодоления. Повестка дня форума находится в стадии становления. Представляется важным, чтобы в процессе формирования повестки дня форума, наряду с учетом вышеизложенных проблем, была обеспечена приверженность стран принципам устойчивости принимаемых решений и сотрудничества с другими акторами для реализации эффективной модели глобального управления в сфере здравоохранения.

В статье представлены результаты анализа потенциала БРИКС по развитию глобального управления в сфере здравоохранения, рассматривается сотрудничество между странами БРИКС (институционализация, дискурс, взаимодействие с другими международными институтами). Представлен сравнительный анализ сотрудничества в сфере здравоохранения с другими областями взаимодействия стран – членом БРИКС. Затем авторы дают краткий обзор национальных систем здравоохранения стран БРИКС, а также стоящих перед ними вызовов и задач. В Заключении делается вывод о том, что поскольку страны БРИКС сталкиваются с общими рисками на национальном и глобальном уровне, формируемая повестка дня в области здравоохранения должна стать ответом на запрос как собственных систем здравоохранения, так и вызовов глобального управления в данной сфере.

Ключевые слова: БРИКС, глобальное управление в сфере здравоохранения, функции глобального управления, обязательства, институционализация, официальная помощь развитию, Всемирная организация здравоохранения

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта «Разработка модели обеспечения баланса внешних условий и национальных приоритетов государства, председательствующего в «Группе восьми», «Группе двадцати» и БРИКС, при формировании программы председательства на основе модели «спрос-предложение»» № 12-03-00563.

Введение

Здравоохранение является незаменимым общественным благом. На национальном уровне признание ценности здоровья как общественного блага выражается в приверженности правительств стран БРИКС и других государств целям повышения объемов финансирования здравоохранения. На глобальном уровне об этом свидетельствует работа международного сообщества, направленная на достижение трех Целей развития тысячелетия в сфере здравоохранения, все более усложняющаяся глобальная архитектура здравоохранения и поступательный рост расходов на охрану здоровья, наблюдавшийся в предшествующие кризису годы. Однако, несмотря на успехи в борьбе с инфекционными заболеваниями, детской и материнской смертностью, отмечается как сохранение существующих рисков, так и появление новых вызовов в результате финансового кризиса 2008 г., низких темпов экономического роста и увеличивающегося неравенства. Риск возникновения пандемии вызван растущей взаимосвязанностью в мировой экономике, активизацией миграционных потоков и появлением устойчивых к антибиотикам бактерий [World Economic Forum, 2014, p. 12, 22, 26, 31–32]. Угроза неинфекционных заболеваний усугубляется демографическими проблемами, нездоровым образом жизни людей, а также неспособностью многих государств обеспечить функционирование устойчивых всеобщих систем здравоохранения [World Economic Forum, 2011, p. 9–11]. «На сегодняшний день перемены в мире спровоцировали появление пяти принципиальных вызовов для акторов системы здравоохранения: трудности создания устойчивой системы социального обеспечения; влияние бедности на здоровье человека (а также на состояние систем здравоохранения. — *Прим. авт.*); растущий дисбаланс между структурой «глобальной системы здравоохранения» и ее первоочередными приоритетами; изменения в системе продовольственного снабжения; а также изменение климата» [Garret, 2013, p. 2].

Со времени своего возникновения в 2008 г. БРИКС постепенно превратилась в актора глобального управления, что не удивительно, принимая во внимание растущий вес объединения в мировой экономике и его роль как двигателя экономического роста в мире. Однако растущая важность БРИКС в системе глобального управления основывается не только на темпах экономического роста входящих в него государств. Развитие сотрудничества между этими странами в значительной степени способствует повышению влияния БРИКС в мире. С 2008 г. члены БРИКС расширяли и углубляли координацию своей политики в различных сферах, форматах и на разных уровнях.

В целях изучения возможностей БРИКС внести вклад в развитие глобального управления в сфере здравоохранения, было прослежено сотрудничество между странами БРИКС (институционализация, дискурс, взаимодействие с другими международными институтами), в особенности в сфере здравоохранения; осуществлен сравнительный анализ сотрудничества в сфере здравоохранения с другими областями взаимодействия стран — членом БРИКС. Анализ национальных систем здравоохранения стран БРИКС позволил выявить стоящие перед ними вызовы и задачи. Поскольку страны БРИКС сталкиваются с общими вызовами на национальном и глобальном уровне, формируемая повестка дня в области здравоохранения должна стать ответом на запрос как собственных систем здравоохранения, так и вызовов глобального управления в данной сфере. Таким образом, форум сможет внести вклад в развитие как собственных систем здравоохранения стран — членом, так и системы глобального управления в данной сфере. При этом страны БРИКС должны оставаться приверженными принципам устойчи-

вого развития и привлечения широкого круга акторов к участию в процессе развития глобального управления в области здравоохранения.

Методология

В работе применяются методы количественного и качественного анализа всех документов БРИКС, начиная с момента создания института в 2008 г. База данных насчитывает 37 документов, принятых на саммитах лидеров и министерских встречах. (Всего с 2008 г. состоялось 10 саммитов, 43 министерские встречи и 27 встреч в других форматах). Эти данные были использованы для проведения исследования по нескольким параметрам. Во-первых, в целях выявления динамики в процессе институционализации был проведен сравнительный анализ данных по количеству встреч в различных форматах и принятых на них документов по постоянно расширяющейся повестке дня БРИКС.

Во-вторых, для осуществления сравнительного анализа относительной важности и динамики приоритетов повестки дня был проведен контент-анализ документов БРИКС по 11 расширенным приоритетным пунктам повестки. В рамках проведенного анализа текст был поделен на смысловые отрезки, относящиеся к одному из 11 приоритетов (или без категории). Были получены абсолютные данные по количеству символов, посвященных тому или иному приоритету в текстах документов БРИКС, и выражены в процентном отношении к общему количеству знаков во всех документах. Сравнительная оценка основывалась на относительных данных о доле отдельного приоритета в дискурсе.

В-третьих, в целях оценки возможностей БРИКС по осуществлению глобального управления в исследовании было проанализировано исполнение БРИКС функций глобального управления: обсуждение, определение направления действий, принятие коллективных решений, исполнение решений, развитие глобального управления. При этом обсуждение понимается как дискуссии между странами-членами, отраженные в официальных документах. Определение направления действий рассматривается как коллективное подтверждение приверженности общим принципам, нормам или уставным нормам. Принятие решений определяется как убедительное и четко выраженное коллективное обязательство с должным уровнем точности, обязательности и делегирования. Исполнение решений понимается как отраженное в документе утверждение об исполнении коллективного решения, принятого ранее. Развитие глобального управления рассматривается как возможности БРИКС по использованию других международных институтов и созданию новых механизмов глобального управления.

В рамках контент-анализа смысловой отрезок текста может быть отнесен лишь к одной из вышеозначенных функций глобального управления. Абсолютные данные о числе символов по каждой функции в текстах документов БРИКС были переведены в процентное отношение к общему числу символов во всех документах. Сравнительная оценка была основана на относительных данных о доле отдельной функции в общем дискурсе или дискурсе конкретного председательства.

Данные о доле функции развития глобального управления в общем дискурсе подкреплены такими индикаторами взаимодействия БРИКС с международными институтами, как число упоминаний и поручений, данных многосторонним институтам в документах БРИКС, а также число институтов, созданных БРИКС.

Функция внутреннего политического управления, как правило, понимается как увеличение престижа или общественной поддержки в результате упоминания успешных действий отдельного государства в коллективных документах. В рамках данной

работы принимается во внимание другой аспект данной функции. Действия БРИКС, отвечающие долгосрочным интересам отдельного государства, могут иметь благоприятные социально-экономические последствия и, таким образом, рассматриваются как реализующие функцию внутреннего политического управления.

Институционализация БРИКС и развитие диалога в сфере здравоохранения

После первой встречи лидеров БРИКС на полях саммита «Группы восьми» на о. Хоккайдо, в ходе которой главы государств договорились о дальнейшей координации по наиболее насущным экономическим проблемам, включая взаимодействие в финансовой сфере и продовольственной безопасности, динамика сотрудничества в поисках общих или скоординированных ответов на новые проблемы неизменно росла. Постоянными стали встречи министров финансов и глав центральных банков стран БРИК. На первой встрече 7 ноября 2008 г. в Сан-Паулу, состоявшейся в преддверии встречи министров финансов и управляющих центральными банками «Группы двадцати», участники обсудили возможные сценарии развития финансового кризиса, ответные меры экономической политики стран БРИК, обязались предпринимать необходимые шаги по сокращению влияния кризиса на экономическую деятельность с целью сохранения средне- и долгосрочных темпов роста. В 2009 г. состоялись две встречи министров финансов для координации позиций на последующих встречах «двадцатки». В Хоршеме (Великобритания) министры финансов призвали к изучению возможностей изменений в международной валютной системе, в том числе роли резервных валют, а также реформе системы международных финансовых институтов. На встрече в Лондоне министры финансов и главы центральных банков сформулировали цель перераспределения 7% квот в МВФ и 6% в группе Всемирного банка для обеспечения более справедливого распределения голосов развитых и развивающихся стран. Практика встреч для координации позиций в «двадцатке» и других финансовых институтах закрепились, министры финансов встречаются как отдельно, так и «на полях» весенних и ежегодных встреч МВФ и Всемирного банка. К настоящему времени состоялось 14 встреч, было принято пять документов. Наряду со сложившимся еще до 2008 г. форматом взаимодействия на уровне министров и заместителей министров иностранных дел, встречи министров финансов стали важнейшей составляющей координации по финансово-экономической повестке дня и подготовки саммитов глав государств БРИКС.

В области сельского хозяйства и продовольственной безопасности направления действий, сформулированные лидерами на первом саммите в совместном заявлении по глобальной продовольственной безопасности, нашли развитие в Московской декларации министров сельского хозяйства. Несмотря на то, что состоялось только три встречи министров сельского хозяйства, в рамках сотрудничества по этому направлению заложены элементы подотчетности, создана рабочая группа, согласованы рабочие процедуры ее деятельности, принято решение о создании стратегического альянса для исследований и технологического сотрудничества в области сельского хозяйства, принят план действий на 2012–2016 гг.

Начало сотрудничеству между министерствами, ответственными за развитие торговли, было положено в 2011 г. С тех пор состоялось пять встреч. В Женевской декларации, принятой в декабре 2011 г., сформулировано важное институциональное решение о создании контактной группы, на которую возложены задачи по формированию институциональной основы и конкретных мер для расширения экономического со-

трудничества как между странами БРИКС, так и между БРИКС и развивающимися странами. Был разработан и в настоящее время обсуждается проект стратегии экономического сотрудничества БРИКС.

Здравоохранение не являлось элементом повестки дня БРИКС до 2011 г. Потенциал БРИКС в деле модернизации национальных систем здравоохранения и развития глобального управления в данной сфере был впервые отмечен в период китайского председательства. В декларации, принятой 14 апреля 2011 г. по итогам саммита в Санье, лидеры БРИКС приняли обязательство «усилить диалог и сотрудничество в сферах... общественного здравоохранения, включая борьбу с ВИЧ/СПИДом» [BRICS Leaders, 2011]. В рамках Плана действий, принятого в тот же день, лидеры договорились развивать международное сотрудничество по ряду направлений, включая актуальные вопросы мирового здравоохранения, а также провести первую встречу министров здравоохранения в Китае в 2011 г. [Ibid.]. К саммиту в Форталезе состоялись три отдельные встречи министров здравоохранения, а также три встречи на полях 65-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в Женеве. На каждой из встреч было принято коммюнике.

На первой встрече 11 июля 2011 г. министры здравоохранения БРИКС приняли Пекинскую декларацию, в которой подчеркивалась важность сотрудничества в сфере охраны общественного здоровья как между странами БРИКС, так и с другими государствами и международными институтами. Подтверждая центральную роль ВОЗ в деле координации международных усилий в области здравоохранения, министры, тем не менее, отметили необходимость реформ ВОЗ. Пекинская декларация министров насчитывает 13 обязательств по различным аспектам общественного здравоохранения. Предусмотренные действия в основном направлены на усиление национальных систем здравоохранения посредством механизмов обмена технологиями. Таким образом, стороны обозначили несколько приоритетов: «Сотрудничество по укреплению систем здравоохранения и преодолению барьеров на пути доступа к недорогим, качественным, эффективным, безопасным лекарственным препаратам, вакцинам и другим медицинским технологиям для лечения ВИЧ/СПИДа, туберкулеза, вирусного гепатита, малярии и других инфекционных и неинфекционных заболеваний; Сотрудничество в сфере изучения и продвижения эффективной передачи технологий для укрепления инновационного потенциала в интересах общественного здравоохранения в развивающихся странах; Сотрудничество и поддержка международных организаций, в том числе ВОЗ и ЮНЭЙДС, Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria) и Глобального альянса по вакцинации и иммунизации (GAVI), для расширения доступа к недорогим, качественным, эффективным и безопасным лекарственным средствам, вакцинам и другой медицинской продукции, которая обслуживает потребности общественного здравоохранения» [BRICS Health Ministers, 2011]. Осознавая ответственность за состояние систем здравоохранения в беднейших развивающихся странах, министры обязались «поддерживать и осуществлять глобальные проекты по сотрудничеству в сфере общественного здравоохранения, в том числе в рамках сотрудничества Юг – Юг и трехстороннего сотрудничества» [Ibid.].

Министры здравоохранения БРИКС договорились об институционализации своего диалога на постоянной основе и о начале сотрудничества постоянных представителей БРИКС в Женеве в целях осуществления «контроля и реализации результатов саммита БРИКС в области здравоохранения» [Ibid.]. Была создана техническая рабочая группа для обсуждения вопросов дальнейшего сотрудничества, в том числе создания

сети технологического сотрудничества БРИКС. Было решено провести следующую встречу в сентябре 2011 г. совместно с Заседанием ООН на высшем уровне по неинфекционным заболеваниям. Наблюдается стремительная институционализация диалога по вопросам здравоохранения в рамках БРИКС.

Международное сообщество приветствовало включение вопросов здравоохранения в повестку дня БРИКС. Одним из примеров может служить доклад Фонда Билла и Мелинды Гейтс лидерам «Группы двадцати», подготовленный к саммиту «двадцатки» в Каннах. В докладе была подчеркнута роль быстро развивающихся государств, таких как страны БРИКС, в деле развития и укрепления общественного здоровья [Gates, 2011]. Это заявление имело особое значение в связи с тем, что к началу 2011 г. большую часть мировых расходов на здравоохранение выделяли Фонд Билла и Мелинды Гейтс и правительство США [Jenks et al., 2013, p. 71]. Появление БРИКС в качестве актора глобального управления в сфере здравоохранения рассматривалось одним из ключевых игроков в данной области как возможность сокращения зависимости мирового здравоохранения от небольшого числа источников финансирования.

Решение о проведении регулярных встреч министров здравоохранения было одобрено лидерами БРИКС на саммите в Нью-Дели в 2012 г. Главы государств подчеркнули, что страны БРИКС имеют общие приоритеты в сфере здравоохранения – обеспечение всеобщего доступа к медицинским услугам, доступ к технологиям, в том числе фармацевтическим, сокращение издержек и угрозы инфекционных и неинфекционных заболеваний. В этой связи лидеры поддержали идею об институционализации встреч министров «с тем, чтобы добиваться решения этих общих проблем на наиболее эффективной, с точки зрения затрат, справедливой и устойчивой основе» [BRICS Leaders, 2012].

Решение о проведении следующей встречи министров здравоохранения БРИКС на полях Заседания ООН на высшем уровне по неинфекционным заболеваниям в сентябре 2011 г. не было реализовано. Однако сотрудничество между постоянными представителями стран БРИКС в Женеве началось, как и было предусмотрено в Пекинской декларации. 22 мая 2012 г. министры здравоохранения Бразилии, Китая, ЮАР, а также Секретарь службы здравоохранения и семейного благополучия правительства Индии и постоянный представитель России в штаб-квартире ООН в Женеве провели встречу на полях 65-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Участники подчеркнули важность обмена технологиями для повышения эффективности систем здравоохранения развивающихся стран. Также обсуждалась роль непатентованных лекарственных препаратов (дженериков) в обеспечении всеобщего доступа к медицинским услугам. Участники встречи приняли обязательство о развитии сотрудничества в сфере исследований и инноваций в интересах улучшения систем здравоохранения стран БРИКС. Было заявлено о проведении в течение ближайших нескольких месяцев встречи технической рабочей группы, на которой должно было состояться обсуждение плана развития сотрудничества между странами БРИКС по вопросам здравоохранения и создания сети технологического сотрудничества БРИКС. Сеть технологического сотрудничества была призвана способствовать продвижению совместной работы по таким приоритетам, как «продовольствие, фармацевтика, здравоохранение и энергетика, а также в сфере фундаментальных исследований в новых междисциплинарных областях (нанотехнологии, биотехнологии, перспективные материалы и т.д.)» [BRICS Leaders, 2012].

Представители БРИКС договорились определить тематические сферы для обсуждения и продвижения отдельными странами. Каждая страна «должна определить ответственное лицо по каждому направлению работы для сотрудничества с ведущим лицом

из страны, курирующей конкретное направление, и предоставить программу действий по продвижению сотрудничества стран БРИКС в области здравоохранения, в частности созданию сети технологического сотрудничества» [Stuenkel, 2013]. Результаты этой работы должны были способствовать подготовке следующей встречи министров здравоохранения БРИКС [BRICS, 2012].

Вторая отдельная встреча министров здравоохранения БРИКС состоялась, как и было предусмотрено в Делийском плане действий, принятом 29 марта 2012 г. [BRICS Leaders, 2012], 10–11 января 2013 г. в Нью-Дели. Повестка дня встречи была посвящена как вопросам сотрудничества между государствами БРИКС, так и взаимодействию с другими странами. Министры приняли 22 обязательства: по борьбе с неинфекционными заболеваниями, расстройствами психики, табакокурением, туберкулезом, малярией и ВИЧ; по повышению эффективности систем наблюдения за состоянием здоровья населения; по развитию медицинских биотехнологий; а также по достижению Целей развития тысячелетия в сфере здравоохранения. Было в очередной раз заявлено о приоритетном характере технического обмена для наращивания возможностей развивающихся стран. Также министры подтвердили свою приверженность обязательству по созданию сети технологического сотрудничества БРИКС [BRICS Health Ministers, 2013a]. Большая часть обязательств Пекинской декларации были подтверждены министрами здравоохранения на встрече в Нью-Дели.

В соответствии с порядком, принятым в Женеве, представители БРИКС определили тематические сферы для дальнейшего обсуждения в докладах, представленных в первый день проведения встречи министров [AniNews.in, 2013]. Среди заявленных сфер: усиление систем наблюдения за состоянием здоровья; сокращение риска неинфекционных заболеваний; улучшение здоровья и всеобщий доступ к здравоохранению; стратегические медицинские технологии, в частности, в целях борьбы с инфекционными и неинфекционными заболеваниями; медицинские технологии; разработка и улучшение лекарств [Pandey, 2013]. Принятие обновленных обязательств, касающихся создания технической рабочей группы и сети технологического сотрудничества, свидетельствовало о наличии дальнейших перспектив сотрудничества по данному направлению. Тем не менее, несмотря на незначительный прогресс и отсутствие осязаемых финансовых обязательств, сотрудничество в области здравоохранения в рамках БРИКС было позитивно воспринято Исполнительным директором ЮНЭЙДС. В своем обращении к участникам министерской встречи Мишель Сидибэ подчеркнул уникальную роль стран БРИКС в распространении инноваций и результатов исследований в другие развивающиеся страны и отметил, что «БРИКС демонстрирует, как здравоохранение все больше становится инструментом внешней политики и средством улучшения здравоохранения и развития для всего мира» [UNAIDS, 2013].

Несмотря на институционализацию диалога БРИКС в области здравоохранения и его потенциальную важность для стран, входящих в объединение, повестка дня встречи лидеров БРИКС в ЮАР 2013 г. не включала обсуждения вопросов здравоохранения. Лидеры лишь отметили проведение встреч министров в Женеве и Нью-Дели и договорились о проведении дальнейших министерских и подготовительных встреч в период председательства ЮАР [BRICS Leaders, 2013].

В то же время на полях 66-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в Женеве в мае 2013 г. состоялась вторая встреча постоянных представителей стран БРИКС. Таким образом, подобные встречи стали регулярными. В совместном коммюнике, представители стран БРИКС обозначили пять приоритетных тематических сфер для технической группы, в том числе укрепление систем наблюдения за состоянием здо-

ровья и борьбой с причинами неинфекционных заболеваний. Они также обсудили доклад Всемирной организации здравоохранения, посвященный мониторингу достижения Целей развития тысячелетия, и согласились, что, несмотря на позитивные результаты, предстоит еще многое сделать для достижения ЦРТ к 2015 г. Представители БРИКС четко обозначили свою решимость «совместно способствовать расширению доступа к доступным, безопасным, эффективным и качественным медицинским продуктам посредством применения механизмов Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТРИПС)» и приняли традиционное обязательство по поддержке ВОЗ в качестве центрального института в сфере координации мировой повестки дня в области здравоохранения. Наконец, они также в очередной раз подчеркнули важность технологического обмена как инструмента расширения возможностей развивающихся стран по решению проблем здравоохранения [BRICS Health Ministers, 2013c].

6–7 ноября 2013 г. в Кейптауне, в соответствии с поручением лидеров, прошла третья отдельная встреча министров здравоохранения БРИКС. Основным вопросом повестки дня стало «сотрудничество между государствами БРИКС в деле улучшения здоровья населения» [BRICS Health Ministers, 2013b]. В отсутствие прогресса по созданию сети технологического сотрудничества министры решили придать этому проекту дополнительный стимул. Было принято «Рамочное соглашение о сотрудничестве стран БРИКС по стратегическим проектам в области здравоохранения». На момент написания данной работы документ не был опубликован. Однако несколько совместных стратегических проектов в области здравоохранения были предложены министрами в рамках их заявлений, сделанных по итогам встречи. Так, министр здравоохранения и семейного благополучия Индии Шри Гулам Наби Азад упомянул об инициативах по целому ряду областей: «контроль неинфекционных заболеваний, медицинское образование, фармацевтический сектор, традиционные медицинские практики, исследования в области здравоохранения, а также... контроль инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ, туберкулез и малярия» [Ministry of Health and Family Welfare, 2013]. В том, что касается глобального управления в сфере здравоохранения, министры подтвердили центральную роль ВОЗ в деле развития всемирной системы здравоохранения, подчеркнули важность поддержки материнского и детского здоровья, а также призвали страны – члены ООН «осознать значение здравоохранения как важнейшего элемента повестки дня в области развития в период после 2015 г.» [BRICS Health Ministers, 2013b].

Отмечается высокая динамика институционализации в рамках БРИКС. К настоящему времени состоялось 80 встреч. Помимо саммитов на высшем уровне, встреч министров иностранных дел и министров финансов, существует еще 14 форматов, включая сотрудничество по линии министров здравоохранения, глав статистических ведомств, банков развития и антимонопольных агентств. В ходе работы БРИКС было принято около 40 документов по широкому спектру рассматриваемых вопросов. Наблюдается тенденция к увеличению числа отдельных встреч, принимаемых документов, созданных рабочих групп и других механизмов координации.

Данная тенденция была отмечена и по направлению сотрудничества в области здравоохранения. Три из шести встреч были самостоятельными. Министры здравоохранения стремились развивать повестку дня посредством создания таких форматов, как техническая рабочая группа и сеть технологического сотрудничества БРИКС. Принимая во внимание, что по итогам шести встреч по тематике здравоохранения было принято шесть документов, можно констатировать достаточно высокое качество диалога в данной сфере

ре. Среди всех направлений взаимодействия в рамках БРИКС тематика здравоохранения занимает 4-е место по количеству посвященных ей встреч после диалога министров иностранных дел, министров финансов и глав центральных банков, а также встреч на высшем уровне.

Место вопросов здравоохранения в дискурсе БРИКС

В соответствии с общим трендом институционализации в рамках БРИКС, доля вопросов здравоохранения в дискурсе форума постоянно росла.

Несмотря на то, что БРИКС воспринимается многими экспертами как политический форум, ведущая роль в повестке дня отводится приоритетам экономики и финансов (24% и 20% дискурса соответственно). Страны БРИКС заявляют о своем объединении как о «ведущей площадке для диалога и сотрудничества по вопросам экономики, финансов и развития». В то же время, по мере расширения повестки дня форума, наблюдается тенденция к сокращению доли экономического и финансового приоритетов. Доля дискурса, посвященная политическим вопросам и проблемам безопасности, составляет приблизительно 10%, включая вопросы координации позиций стран БРИКС по реформе ООН, мировым вызовам и угрозам, консультации по конфликтам на Ближнем Востоке и в Северной Африке, в том числе в Сирии, а также по иранской ядерной программе. Доля политических вопросов в повестке дня БРИКС растет, поскольку сохраняется необходимость разрешения множества кризисных ситуаций в вышеозначенных регионах. Укрепляется и диалог по проблемам международного развития. Существенный вклад в оформление повестки дня БРИКС в данной сфере был внесен в период бразильского председательства. В 2011 г. был консолидирован диалог по вопросам сельскохозяйственного развития и продовольственной безопасности. Проблемы охраны окружающей среды, доступа к энергоносителям, экологически чистым технологиям, возобновляемым источникам энергии, вопросы энергоэффективности и энергетической безопасности также обсуждаются в рамках БРИКС. Так, в 2011 г. страны БРИКС подтвердили свое намерение укрепить сотрудничество в целях достижения соглашений в рамках Дурбанской конференции, а также повысить эффективность практического взаимодействия по вопросам экономической и социальной адаптации к изменению климата. Сотрудничество в сфере торговли и инвестиций стало традиционной частью повестки дня – лидеры БРИКС последовательно выражают свою приверженность основополагающим принципам многосторонней торговой системы.

С момента начала обсуждения вопросов здравоохранения в рамках БРИКС в 2011 г. наблюдался поступательный рост доли данного приоритета в дискурсе. Средний показатель за период 2011–2014 гг. составил 9,37%. Однако в 2014 г. доля приоритета здравоохранения в дискурсе существенно сократилась ввиду отсутствия отдельной встречи министров здравоохранения. Динамика приоритетов повестки дня БРИКС в общем дискурсе представлена на рис. 1.

Высокие темпы институционализации диалога по вопросам здравоохранения не нашли отражения в практических результатах для системы глобального управления в области здравоохранения, даже несмотря на то, что дискурс постепенно менял свой характер, переходя от функции обсуждения к функции принятия решений. Лидерами БРИКС принято всего три конкретных обязательства.

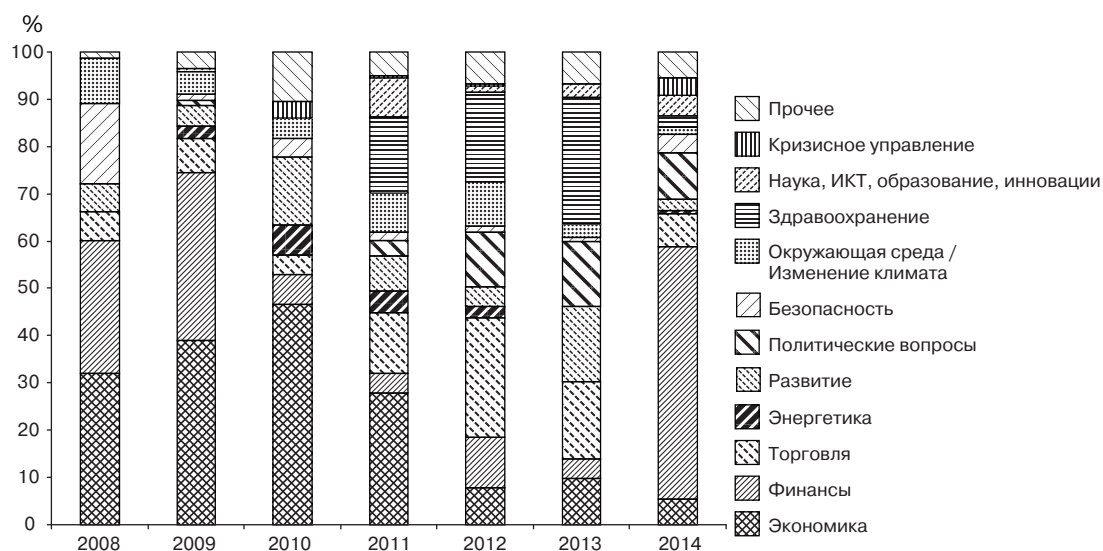


Рис. 1. Приоритеты БРИКС, 2008–2014 гг., доля символов, %

Динамика функций глобального управления: необходимость сокращения разрыва между обсуждением и реальными действиями в рамках повестки дня в области здравоохранения

Соотношение функций глобального управления (обсуждение, определение направления действий, принятие коллективных решений, исполнение решений, развитие глобального управления) в документах БРИКС менялось по мере развития института.

В целом наблюдается тенденция к сокращению доли обсуждения и росту долей принятия и исполнения коллективных решений в общем объеме дискурса. В документах 2008 г. большая часть текста посвящена функции обсуждения (46%) и определения направления действий (около 49%), в то время как доля функции принятия решений составляет лишь 5%. В 2009 г. доля обсуждения заметно сократилась при росте долей определения направления действий и принятия решений до 57% и 18% соответственно. В последующие периоды наблюдался рост доли функции принятия решений в дискурсе, составивший 38%, в 2011 г. В 2012 г. этот показатель опустился до 21%, в 2013 г. составил 25%, а в 2014 г. вырос почти до 62%. Доля функции исполнения коллективных решений выросла с 1,76% в 2009 г. до 4,01% в 2013 г. В 2014 г., однако, этот показатель составил лишь 0,4%. Доли функций обсуждения и определения направления действий в текстах документов 2014 г. снизились до 17% и 21% соответственно.

Высокая доля функции развития глобального управления в 2010 г. отражает усилия БРИК, направленные на реализацию реформ управления МВФ и Всемирного банка, в целях расширения права голоса развивающихся стран в рамках данных структур. Также в 2010 г. было начато обсуждение конкретных шагов по достижению региональных валютных соглашений между странами БРИК. Государства БРИК договорились о создании базы данных сельскохозяйственной информации и дали старт нескольким секторальным инициативам: сотрудничеству по линии банков развития, статистических ведомств, антимонопольных органов, деловых кругов и академического сообщества.

Соотношение функций глобального управления в дискурсе БРИКС в области здравоохранения соответствует общему тренду. В то время как доля функции обсуждения последовательно снижалась, наблюдался рост долей функций принятия решений и определения направления действий. В 2013 г. министры здравоохранения БРИКС впервые доложили об исполнении ранее принятых обязательств. Относительная стабильность показателя функции развития глобального управления отражает усилия БРИКС, направленные на развитие институционализации диалога по вопросам здравоохранения посредством создания технической рабочей группы и сети технологического сотрудничества. Сравнительная динамика функций глобального управления в дискурсе БРИКС по вопросам здравоохранения и в общем дискурсе представлена на рис. 2.

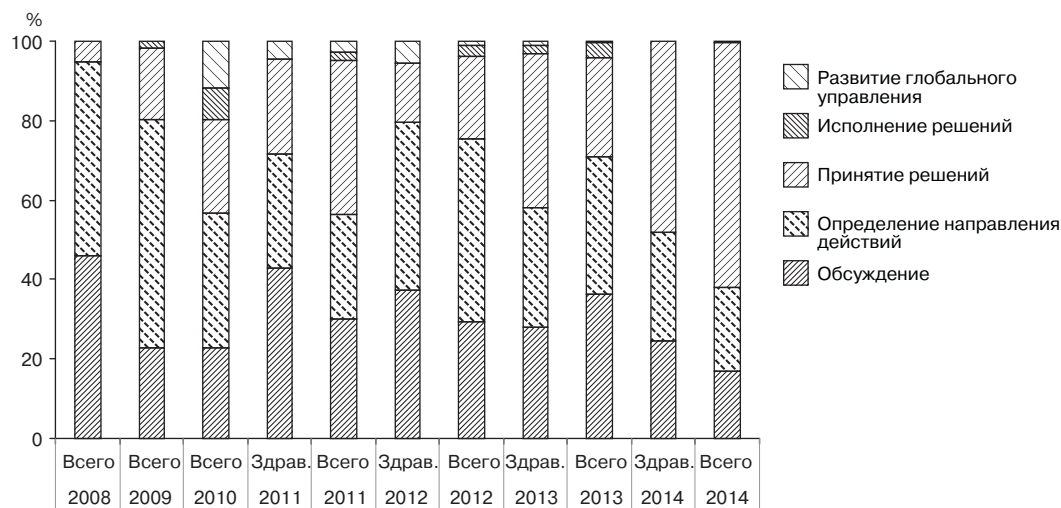


Рис. 2. Исполнение функций глобального управления в общем дискурсе и в дискурсе по вопросам здравоохранения БРИКС, 2008–2014 гг., доля символов, %

Наблюдается рост числа конкретных обязательств², принимаемых на саммитах глав государств БРИКС. Среднее число обязательств в период с 2009 г. по 2014 г. составляет 38,5, что значительно ниже аналогичного показателя «Группы двадцати» за период 2009–2013 гг, тем не менее отмечается устойчивый тренд на повышение. На саммите 2014 г. в Форталезе лидеры БРИКС согласовали наибольшее число обязательств за всю историю форума (68).

Несмотря на позитивную динамику институционализации диалога БРИКС в области здравоохранения и рост доли дискурса по данному направлению, число конкретных обязательств лидеров БРИКС остается низким. На саммите в Санье было принято обязательство «усилить диалог и сотрудничество в сферах социальной защиты, обеспечения достойными рабочими местами, достижения равенства полов, решения

² Обязательство определяется как конкретное, публично выраженное, коллективно согласованное заявление о намерении выполнить определенное действие; обещание участников саммита выполнить действие в будущем, направленное на достижение определенной цели. Дополнительная информация доступна в Руководстве по определению обязательств и их исполнения «Группы восьми» и «Группы двадцати». Режим доступа: <http://www.g8.utoronto.ca/evaluations/compliancemanual-110922.pdf> (дата обращения: 14.11.2014).

проблем молодежи и общественного здравоохранения, включая борьбу с ВИЧ/СПИДом» [BRICS Leaders, 2011]. На саммите в Нью-Дели лидеры приняли еще одно обязательство в сфере здравоохранения и поручили министрам приступить к решению проблем «всеобщего доступа к медицинским услугам, технологиям и медикаментам, с увеличением затрат и ростом показателей распространения инфекционных и неинфекционных заболеваний», в качестве общих вызовов для всех стран БРИКС [Ibid., 2012]. В декларации 2014 г. главы государств и правительства БРИКС подтвердили решимость обеспечить охрану сексуального и репродуктивного здоровья, а также репродуктивные права для всех [Ibid., 2014]. Таким образом, было принято лишь три обязательства в сфере здравоохранения, что составляет 1,3% от общего числа обязательств БРИКС.

Данный показатель является одним из наименьших среди элементов повестки дня форума. В то же время наблюдался поступательный рост числа обязательств лидеров БРИКС в других сферах. В совместном заявлении лидеров стран БРИКС 2009 г. содержится 15 обязательств. В 2010 г. на саммите в Бразилиа было принято 31 обязательство. Вместе со значительным расширением повестки дня форума в 2011 г. выросло и число обязательств – до 38. В 2012 г. данный показатель снизился до 32. Однако в 2013 г. и 2014 г. он составил 47 и 68 соответственно, показав значительный рост. По сравнению со сферой здравоохранения, динамика числа обязательств по другим направлениям сотрудничества БРИКС была более позитивной. Обязательства по вопросам международного развития, межгосударственного сотрудничества и реформам международных институтов принимались на каждом саммите. Достаточно регулярно согласовывались обязательства по энергетике, изменению климата, макроэкономической политике, региональной безопасности и борьбе с терроризмом. Одно или два обязательства принимались по менее традиционным элементам повестки дня БРИКС, таким как информационные и коммуникационные технологии, права человека, подотчетность, культура, спорт, а также ядерное нераспространение. Динамика обязательств БРИКС представлена на рис. 3.

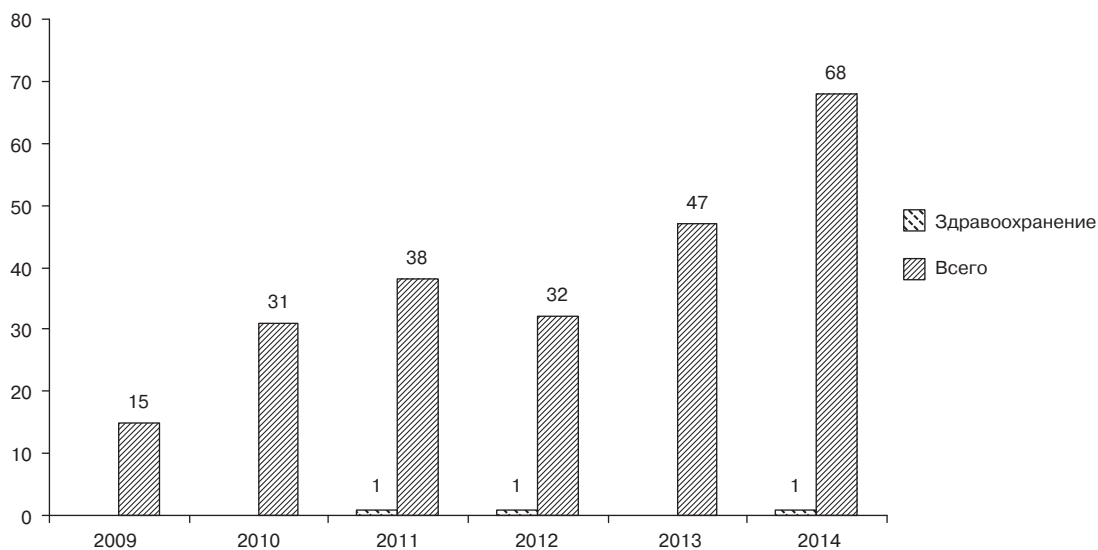


Рис. 3. Обязательства БРИКС, 2009–2014 гг.

Наблюдается очевидный разрыв между функцией обсуждения и наличием конкретных действий в сфере здравоохранения. Странам БРИКС необходимо переломить данную тенденцию в целях повышения эффективности взаимодействия в рамках объединения, усиления национальных систем здравоохранения, и содействия развитию глобального здравоохранения. Выполнение последней задачи также потребует более продуктивного сотрудничества с профильными международными институтами.

Анализ деятельности БРИКС в области развития глобального управления подкреплен данными о количестве упоминаний международных институтов в текстах документов форума. Полный список включает 42 международных института. Страны БРИКС последовательно подчеркивают свою приверженность принципам многосторонней дипломатии и сотрудничества с международными и региональными организациями. Наиболее часто в документах БРИКС упоминается ООН. БРИКС поддерживают центральную роль ООН в решении актуальных проблем современности и призывают к всеобъемлющей реформе ее институтов, в том числе и Совета Безопасности ООН. «Группа двадцати» занимает 2-е место по числу упоминаний в документах БРИКС, что не удивительно, учитывая тот факт, что страны БРИКС координируют свои позиции по приоритетам повестки дня «двадцатки». Поскольку реформирование Бреттон-Вудских институтов остается одной из центральных тем обсуждения в рамках БРИКС, упоминания МВФ и Всемирного банка также достаточно часто встречаются в документах форума, составляя 12% и 6% соответственно. Упоминания ВТО в рассматриваемый период составляют 10% от общего числа. Доли упоминания других международных институтов варьируются год от года. В 2009 г. было зафиксировано 65 упоминаний, в 2010 г. — 31, в 2011 г. — 61, в 2012 г. — 54, а в 2013 г. под председательством ЮАР этот показатель достиг своего пика — 104 упоминания. В 2014 г. было зафиксировано 93 упоминания других международных институтов.

Интенсивность взаимодействия БРИКС с международными институтами в области здравоохранения остается стабильной. В период с 2009 г. по 2014 г. было зарегистрировано 39 упоминаний Всемирной организации здравоохранения в документах форума. Число отсылок к другим профильным институтам по проблематике здравоохранения, в том числе структур ООН, в рассматриваемый период последовательно росло. Таким образом, можно заключить, что страны БРИКС активно взаимодействуют с международными институтами в области здравоохранения, способствуя тем самым развитию глобального управления в рассматриваемой сфере.

Однако следует отметить, что характер взаимодействия БРИКС с международными институтами существенно отличается от аналогичного процесса в рамках «Группы восьми» или «Группы двадцати». Работа этих объединений с международными институтами определяется тремя типами взаимодействия: сотрудничество, поручения по исполнению решений саммитов, поддержка действий института или выражение коллективной позиции объединения по определенным вопросам. БРИКС практикует лишь последний из вышеозначенных способов взаимодействия. Поручения БРИКС международным институтам до настоящего момента зарегистрировано не было.

В целях повышения влияния на мировую повестку дня в области здравоохранения странам БРИКС необходимо интенсифицировать взаимодействие с международными и региональными институтами, в том числе посредством проведения консультаций, осуществления поддержки конкретных действий и, возможно, делегирования мандатов по выполнению обязательств.

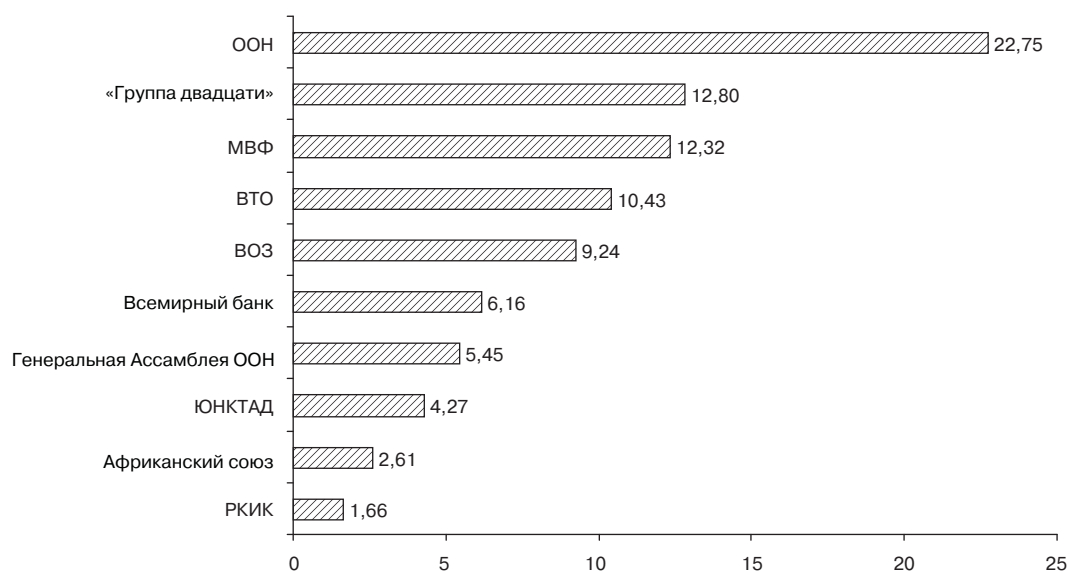


Рис. 4. Упоминания международных институтов в документах БРИКС, 2009–2014 гг., доля символов, %

Национальная политика стран БРИКС в области здравоохранения

Страны БРИКС являются одними из центральных акторов глобализации и важнейшими потребителями «Глобальных общественных благ» [Jenks et al., 2013, p. IV], в том числе и в области здравоохранения. Однако эти государства по-прежнему сталкиваются с серьезными вызовами в данной сфере на национальном уровне. В связи с этим существенная часть решений форума направлена на преодоление ограничений национальных систем здравоохранения посредством межгосударственной кооперации внутри БРИКС. Не снимая с себя ответственности по участию в глобальном управлении в области здравоохранения, страны БРИКС способны внести весомый вклад в создание глобального общественного блага посредством обеспечения эффективного, инновационного и инклюзивного функционирования национальных систем здравоохранения. Предстоит еще много работы в этом направлении. Несмотря на увеличивающиеся объемы финансирования здравоохранения, развитие инноваций и сотрудничества в последние годы, страны БРИКС по-прежнему отстают от среднего уровня стран ОЭСР по многим аспектам обеспечения общественного здоровья, таким как доступ к медикаментам и медицинским услугам, стационарное и амбулаторное лечение, и т.д.

Несмотря на высокие темпы экономического роста, наблюдавшиеся в последние годы, Бразилия продолжает сталкиваться с проявлениями неравенства. Непропорциональная региональная и этническая локализация бедности в значительной степени ограничивает доступ уязвимых групп граждан (в частности, темнокожего населения северо-восточных регионов страны) к качественным медицинским услугам, подрывает их продовольственную безопасность. Также серьезной проблемой для Бразилии является распространение таких заболеваний, как ВИЧ/СПИД, малярия, туберкулез, и неинфекционных заболеваний – диабета, высокого артериального давления и др. Болезни, связанные с нездоровым образом жизни, такие как ожирение и алкогольная/

наркотическая зависимость, также являются проблемой для Бразилии. Наблюдаются регулярные вспышки тропической лихорадки, лихорадки денге и ее геморрагической формы, а также атипичной пневмонии [UNHCO, 2013b]. В 2011 г. общий объем финансирования системы здравоохранения составил 8,9% ВВП – наивысший относительный показатель среди стран БРИКС, и достаточно близкий к среднему уровню по ОЭСР (9,3% ВВП) [OECD, 2013]. Расходы на здравоохранение на душу населения выросли с 940 долл. США в 2009 г. до 1043 долл. США в 2011 г. По данному показателю Бразилия занимает 2-е место после России [Global Health Strategies Initiatives, 2012]. В то же время это существенно ниже среднего показателя по ОЭСР (3322 долл. США) [OECD, 2013]. Будучи конституционной обязанностью на национальном уровне, здравоохранение является также одной из ключевых областей политики международного сотрудничества Бразилии. Выделяемая страной помощь развитию здравоохранения в других государствах составляет одну шестую часть общего объема финансирования сферы содействия международному развитию (СМР) (по разным оценкам составила от 400 млн до 1,2 млрд долл. США в 2010 г.). Опираясь на свой национальный опыт, Бразилия преимущественно участвует в проектах технической помощи в таких сферах, как предотвращение и борьба с ВИЧ/СПИДом, продовольственная безопасность, расширение доступа к медицинским услугам в Южной Америке, Карибском бассейне и португалоговорящих странах [Global Health Strategies initiatives, 2012].

Население России сокращалось с 1992 г., когда был достигнут пик в 148,3 млн человек. Эта тенденция была вызвана падением коэффициента фертильности и уровня рождаемости, а также повышением уровня смертности. В то время как первые два показателя являются общими для многих стран, проходящих через процесс социальной, экономической и политической трансформации, уровень смертности в России был существенно выше средних показателей. Интенсивное употребление алкоголя и табачной продукции стало одним из ключевых факторов в сокращении продолжительности жизни в начале 1990-х годов и продолжает негативно сказываться на продолжительности жизни, в особенности мужчин трудоспособного возраста. Высокий показатель смертности от внешних причин напрямую связан с употреблением алкоголя и нездоровым образом жизни. Показатели смертности от неинфекционных (включая сердечно-сосудистые) и инфекционных заболеваний (в том числе туберкулеза) выросли с 1990 г. Смертность от болезней системы кровообращения выросла с 618,7 на 100 тыс. человек в 1990 г. до 801 в 2009 г. Смертность от инфекционных заболеваний также выросла – с 12,1 на 100 тыс. человек в 1990 г. до 24 на 100 тыс. в 2009 г. Туберкулез стал причиной смерти 7,9 человек на 100 тыс. в 1990 и 16,8 человек на 100 тыс. в 2009 [Popovich et al., 2011]. Сохраняется опасность распространения ВИЧ/СПИДа. В 2009 г. показатель распространенности ВИЧ/СПИДа среди взрослого населения страны составил 1% [CIA, 2014]. Уровень расходов на здравоохранение в России в 2011 г. составил 6,2% ВВП [OECD, 2013]. Отмечается рост данного показателя с 5,4% в 2009 г. [OECD, 2011]. Несмотря на отставание по этому параметру от Бразилии (8,9%), ЮАР (8,5%), а также среднего уровня по странам ОЭСР (9,3%), Россия демонстрирует наиболее высокий среди стран БРИКС показатель расходов на здравоохранение на душу населения – в 2011 г. он составлял 1316 долл. США. Этот показатель вырос с 2009 г., когда он составлял 1040 долл. [Global Health Strategies initiatives, 2012]. В то же время это существенно ниже среднего уровня по странам ОЭСР (3322 долл. США).

Здравоохранение является одним из приоритетов российской политики в области СМР. В 2007–2011 гг. более 28% официальной помощи развитию из России было направлено на нужды здравоохранения. Однако этот показатель существенно варьируется

вался от года к году – 104,2 млн долл. США в 2007 г. (50% общего объема финансирования СМР) и 61,2 млн долл. в 2011 г. (13%) [UK G8 Presidency, 2013].

Индия претерпела существенные изменения социально-экономического и демографического характера во второй половине XX в. Численность населения страны выросла почти втрое, в то время как городское население увеличилось в 4,6 раза в период с 1951 г. до 2001 г. Несмотря на колоссальный прогресс в борьбе с инфекционными заболеваниями, такими как полиомиелит, изменения в индийском обществе и образе жизни граждан привели к скачку неинфекционных заболеваний, на долю которых приходится около 53% всех смертей в стране. Неравенство также остается значительной проблемой для Индии. Высокий уровень гендерного неравенства приводит к учащимся случаям абортов по гендерному признаку, что привело к диспропорции между полами в возрастной категории от 0 до 6 лет. В период с 1991 г. по 2011 г. соотношение между детьми женского и мужского пола в данной возрастной категории снизилось с 0,945 до 0,914. Показатели материнской и детской смертности в Индии являются одними из наиболее высоких в мире. Несмотря на снижение смертности среди новорожденных с 83 на 1000 человек в 1990 г. до 44 в 2011 г. и сокращение материнской смертности с 570 на 100 тыс. человек в 1990 г. до 212 в 2007–2009 гг., оба показателя остаются на крайне высоком, по сравнению с другими странами БРИКС, уровне [WHO, 2013b]. Недостаточное бюджетное финансирование усугубляет ситуацию. В 2011 г. общие расходы Индии на здравоохранение составили 3,9% ВВП – наиболее низкий среди стран БРИКС показатель [OECD, 2013]. Более того, наблюдается его спад (в 2009 г. расходы на здравоохранение составляли 4,2% ВВП Индии) [OECD, 2011]. Показатель расходов на здравоохранение на душу населения также самый низкий среди стран БРИКС – 141 долл. США в 2011 г. В 2009 г. данный показатель составлял 130 долл. [Global Health Strategies initiatives, 2012].

Ввиду того, что Индия сталкивается с существенными проблемами в области здравоохранения на национальном уровне, страна не рассматривает данное направление в качестве приоритета в рамках программ СМР. Содействие в области здравоохранения составляет незначительную долю в общем объеме финансирования (около 600 млн долл. в 2010 г.). Эти деньги выделяются на ряд двусторонних проектов в сфере инфраструктурного строительства, развития человеческого капитала и образования [Ibid.].

В период после запуска экономических реформ в 1978 г. в Китае имели место значительные демографические, социально-экономические изменения, сопровождавшиеся высокими темпами экономического и промышленного роста. Были достигнуты существенные результаты в улучшении общественного здоровья, в особенности в деле борьбы с инфекционными заболеваниями. Однако по-прежнему сохраняется угроза распространения ВИЧ/СПИДа, гепатита, туберкулеза и других опасных заболеваний в связи с усиливающейся мобильностью населения и развитием международной торговли. Таким образом, осуществление контрольных мероприятий в данной сфере является одной из приоритетных задач правительства страны [WHO, 2013a]. Несмотря на тридцатикратный рост в объеме финансирования системы здравоохранения в течение последних 20 лет (5,2% ВВП в 2011 г.) [OECD, 2013], изменение образа жизни китайских граждан способствовало повышению уровня смертности от неинфекционных заболеваний, таких как злокачественные опухоли, болезни сердечнососудистой системы, цереброваскулярные болезни, хронические болезни легких. Региональное неравенство является ограничительным фактором в развитии национальной системы здравоохранения страны. Так, материнская смертность в западных регионах Китая по-прежнему выше, чем в более развитых центральных и восточных областях. Ускоренные темпы

индустриализации привели к существенной деградации окружающей среды – загрязнению воздуха, водной среды, почв. Все это приводит к росту заболеваемости среди граждан [WHO, 2013a]. Общий объем финансирования здравоохранения вырос с 4,6% в 2009 г. [OECD, 2011] до 5,2% в 2011 г. [OECD, 2013]. В абсолютном выражении это увеличение было крупнейшим среди стран БРИКС. Расходы на душу населения также выросли – с 310 до 432 долл. США на человека в рассматриваемый период. Оба показателя, однако, значительно уступают среднему уровню стран ОЭСР.

Объем финансирования программ СМР в 2010 г. составил 3,9 млрд долл. США. Однако на нужды здравоохранения была выделена лишь незначительная доля этих денег, в частности на осуществление программ по созданию медицинской инфраструктуры, развития человеческого капитала и по борьбе с малярией в Африке и Юго-Восточной Азии [Global Health Strategies initiatives, 2012].

ЮАР, обладая крупнейшей наиболее промышленно развитой экономикой на африканском континенте, тем не менее сталкивается с негативными последствиями политики апартеида в сфере здравоохранения. Несмотря на то, что расходы ЮАР на здравоохранение в 10 раз выше средних по региону, сохраняющееся экономическое неравенство приводит к возникновению аналогичного дисбаланса в сфере общественного здоровья. Так, по ряду показателей, таких как доступ к чистой питьевой воде, санитарно-гигиеническое состояние и детское здоровье, сельские регионы ЮАР существенно отстают от городских [UNHCO, 2013]. ВИЧ представляет серьезную проблему для ЮАР – показатель распространенности ВИЧ/СПИДа среди взрослого населения страны является одним из наиболее высоких в мире (17,3% в 2011 г.) [CIA, 2014]. Инфекционные заболевания являются причиной большей части смертей в ЮАР [UNHCO, 2013a). Ожидаемая продолжительность жизни в стране уступает аналогичным показателям всех стран БРИКС – 51,6 лет [Global Health Strategies initiatives, 2012]. В 2009 г. и 2011 г. уровень расходов на здравоохранение ЮАР составлял 8,5% [OECD, 2011, 2013]. Расходы на душу населения выросли с 860 долл. США в 2009 г. [OECD, 2011] до 942 долл. в 2011 г. [OECD, 2013]. Система здравоохранения ЮАР испытывает острое недофинансирование – только 56% нуждающихся имеют доступ к медикаментам.

Несмотря на проблемы и ограничения на национальном уровне, ЮАР выделяет средства на программы помощи другим странам в области здравоохранения. В 2006 г. было заявлено о выделении 20 млн долл. в течение 20 лет в фонд Глобального альянса по вакцинации и иммунизации (GAVI Alliance). Продолжается сотрудничество по вопросам здравоохранения по линии IBSA (Индия, Бразилия, ЮАР), а также в рамках двустороннего взаимодействия с Индией в сфере разработки вакцин от ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии [Global Health Strategies initiatives, 2012].

Общность вызовов, стоящих на сегодняшний день перед странами БРИКС, во многом определяется схожестью путей социально-экономического развития в этих государствах. Среди этих вызовов: региональное неравенство в том, что касается доступа к качественным медицинским услугам; высокий уровень риска неинфекционных заболеваний, а также ВИЧ/СПИД. Учитывая большую совокупную численность населения стран БРИКС, успешное решение национальных проблем в сфере здравоохранения станет существенным вкладом в развитие глобального общественного блага здравоохранения.

Общие вызовы являются надежной основой для углубленного сотрудничества в целях построения устойчивых национальных систем здравоохранения и использования потенциала института в интересах внутреннего политического управления.

Заключение

Страны БРИКС осознают важность сотрудничества для решения общих проблем. Анализ выявил позитивную динамику в диалоге БРИКС по вопросам здравоохранения. Наблюдалась институционализация взаимодействия в данной сфере посредством проведения регулярных министерских встреч, принятия конкретных планов действий и создания специальных рабочих механизмов и институтов. Отмечается развитие диалога – трансформация от обсуждения и определения направления действий к принятию коллективных решений. Доля дискурса, посвященная проблемам здравоохранения, растет. Однако обязательства принимаются преимущественно на уровне министров. Реализация функции развития глобального управления ограничена выражением коллективной позиции по отдельным вопросам повестки дня международных организаций и не включает субстантивного сотрудничества по конкретным вопросам на разных этапах выработки решений и передачи мандатов на их реализацию. Для обеспечения влияния на повышение качества глобального управления в сфере здравоохранения БРИКС должны вынести вопросы здравоохранения на уровень лидеров, усилить функции принятия решений и их исполнения, а также изменить модель взаимодействия с профильными международными институтами, включая структуры ООН и ВОЗ, вовлекая их в процесс реализации функций глобального управления.

Саммит в Форталезе, в результате которого было принято лишь одно обязательство в сфере здравоохранения, не привел к существенному прорыву по рассматриваемой тематике в рамках повестки дня форума. Однако наблюдается позитивная тенденция, выражающаяся в том, что было принято наибольшее за всю историю форума количество социально-экономических обязательств, а также дано поручение статистическим ведомствам и министерствам здравоохранения и образования подготовить общую методологию социальных индикаторов. Это представляется еще одним шагом на пути развития сотрудничества БРИКС и закрепления вопросов здравоохранения в повестке дня форума.

Сфера	Число обязательств							Доля обязательств, %						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Энергетика	5	9	1	2			17	33,33	29,03	2,63	6,25	0	0	7,36
Финансы		3	1			6	10	0	9,68	2,63	0	0	8,82	4,33
Изменение климата		1	6	3	1	1	12	0	3,23	15,79	9,38	2,13	1,47	5,19
Макроэкономическая политика		1	5	1	5	7	19	0	3,23	13,16	3,13	10,64	10,29	8,23
Торговля		3	5	9	4	4	25	0	9,68	13,16	28,13	8,51	5,88	10,82
Международное сотрудничество	1	2	5	3	6	8	25	6,67	6,45	13,16	9,38	12,77	11,76	10,82
Социально-экономическая сфера	1	1	3	2		7	14	6,67	3,23	7,89	6,25	0	10,29	6,06
СМР	1	5	1	3	11	11	32	6,67	16,13	2,63	9,38	23,40	16,18	13,85

Сфера	Число обязательств							Доля обязательств, %						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Природные катастрофы	1	1	1				3	6,67	3,23	2,63	0	0	0	1,30
Продовольствие и сельское хозяйство	3		1	1		1	6	20	0	2,63	3,13	0	1,47	2,60
ИКТ			2			1	3	0	0	5,26	0	0	1,47	1,30
Наука и образование	1	1	1			2	5	6,67	3,23	2,63	0	0	2,94	2,16
Здравоохранение			1	1		1	3	0	0	2,63	3,13	0	1,47	1,30
Права человека			1		1	2	4	0	0	2,63	0	2,13	2,94	1,73
Подотчетность			1				1	0	0	2,63	0	0	0	0,43
Региональная безопасность	1		1	4	8	6	20	6,67	0	2,63	12,50	17,02	8,82	8,66
Терроризм			1	1	2	2	6	0	0	2,63	3,13	4,26	2,94	2,60
Культура		1				3	4	0	3,23	0	0	0	4,41	1,73
Спорт		1					1	0	3,23	0	0	0	0	0,43
Реформа МФИ	1	2	1	2	8	1	15	6,67	6,45	2,63	6,25	17,02	1,47	6,49
Нераспространение					1		1	0	0	0	0	2,13	0	0,43
Преступность и коррупция						4	4	0	0	0	0	0	5,88	1,73
Окружающая среда						1	1	0	0	0	0	0	1,47	0,43
Всего	15	31	38	32	47	68	231	100	100	100	100	100	100	100

Литература

Aninews.in (2013) Second BRICS Health Ministers' meet begins in Delhi. Режим доступа: <http://www.aninews.in/newsdetail2/story93803/second-brics-health-ministers-039-meet-begins-in-delhi.html> (дата обращения: 20.02.2014).

BRICS (2012) Joint Communiqué of the BRICS Member States on Health. Режим доступа: <http://www.geneva.mid.ru/speeches/71.html> (дата обращения: 20.02.2014).

BRICS Health Ministers (2011) Beijing Declaration. Режим доступа: [http://www.mid.ru/brics.nsf/0/66A1B2E6460EB69DC32578DC0038982E/\\$file/img-718104543-0001.pdf](http://www.mid.ru/brics.nsf/0/66A1B2E6460EB69DC32578DC0038982E/$file/img-718104543-0001.pdf) (дата обращения: 20.02.2014).

BRICS Health Ministers (2013a) Delhi Communiqué. Режим доступа: <http://www.brics.utoronto.ca/docs/130111-health.html> (дата обращения: 20.02.2014).

BRICS Health Ministers (2013b) Cape Town Communiqué. Режим доступа: <http://www.brics5.co.za/3rd-health-ministers-meeting-south-africa-7th-november-2013-cape-town-communicue/> (дата обращения: 20.02.2014).

- BRICS Health Ministers (2013c) Joint Communiqué of the BRICS Member States on Health on the Sidelines of the 66th WHA. [Online]. Режим доступа: <http://www.brics.utoronto.ca/docs/130520-health.html> (дата обращения: 12.11.2014).
- BRICS Leaders (2011) Sanya Declaration. Режим доступа: http://eng.news.kremlin.ru/ref_notes/45 (дата обращения: 20.02.2014).
- BRICS Leaders (2012) Delhi Declaration. Режим доступа: <http://www.brics.utoronto.ca/docs/120329-delhi-declaration.html> (дата обращения: 20.02.2014).
- BRICS Leaders (2013) BRICS and Africa: Partnership for Development, Integration and Industrialisation: eThekweni Declaration. Режим доступа: <http://www.brics.utoronto.ca/docs/130327-statement.html> (дата обращения: 20.02.2014).
- BRICS Leaders (2014) The 6th BRICS Summit: Fortaleza Declaration. Режим доступа: <http://www.brics.utoronto.ca/docs/140715-leaders.html> (дата обращения: 12.11.2014).
- Central Intelligence Agency (2014) Country Comparison: HIV/AIDS – Adult Prevalence Rate. Режим доступа: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2155rank.html> (дата обращения: 20.02.2014).
- Garrett L. (2013) Existential Challenges to Global Health. Режим доступа: http://cic.nyu.edu/sites/default/files/garrett_challenges_global_health.pdf (дата обращения: 20.02.2014).
- Gates B. (2011) A Report by Bill Gates to G20 Leaders. Режим доступа: <http://www.gatesfoundation.org/What-We-Do/Global-Policy/G20-Report> (дата обращения: 20.02.2014).
- Global Health Strategies initiatives (2012) Shifting Paradigm – How the BRICS are Reshaping Global Health and Development. Режим доступа: http://www.ghsinitiatives.org/downloads/ghsi_brics_report.pdf (дата обращения: 20.02.2014).
- Ministry of Health and Family Welfare (2013) Year End Review. India. Режим доступа: <http://pib.nic.in/newsite/PrintRelease.aspx?relid=102221> (дата обращения: 20.02.2014).
- Jenks B., Jones B., Tortolani B., Vujones A. (2013) United Nations Development at a Crossroads. Режим доступа: <http://cic.nyu.edu/content/united-nations-development-crossroads> (дата обращения: 20.02.2014).
- OECD (2011) Health at a Glance 2011. Режим доступа: <http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf> (дата обращения: 20.02.2014).
- OECD (2013) Health at a Glance 2013. Режим доступа: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf> (дата обращения: 20.02.2014).
- Pandey K. (2013) BRICS Nations Discuss Ways to Achieve Health Goals through Collaboration. Режим доступа: <http://www.downtoearth.org.in/content/brics-nations-discuss-ways-achieve-health-goals-through-collaboration> (дата обращения: 20.02.2014).
- Popovich L., Potapchik E., Shishkin S., Richardson E., Vacroux A., Mathivet B. (2011) Russian Federation: Health system review // Health Systems in Transition. No. 13 (7). P. 1–190. Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/157092/HiT-Russia_EN_web-with-links.pdf (дата обращения: 20.02.2014).
- Stuenkel O. (2013) Does intra-BRICS Cooperation Make Sense? The Case of Public Health. Режим доступа: <http://www.postwesternworld.com/2013/05/27/does-intra-brics-cooperation-make-sense-the-case-of-public-health/> (дата обращения: 20.02.2014).
- UK G8 Presidency (2013) Lough Erne Accountability Report. Режим доступа: <https://www.gov.uk/government/publications/lough-erne-accountability-report> (дата обращения: 20.02.2014).
- UNAIDS (2013) BRICS Ministers of Health Call for Renewed Efforts to Face HIV and Global Health Challenges. Режим доступа: <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2013/january/20130111brics/> (дата обращения: 20.02.2014).
- UNHCO (2013a) Country Profile South Africa. Режим доступа: <https://web.archive.org/web/20131015185255/http://www.unhco.org/country-profile-south-africa/> (дата обращения: 20.02.2014).
- UNHCO (2013b) Health Report Brazil. Режим доступа: <https://web.archive.org/web/20131209090658/http://www.unhco.org/country-reports/> (дата обращения: 20.02.2014).

World Economic Forum (2014) Global Risks 2014 report. Режим доступа: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GlobalRisks_Report_2014.pdf (дата обращения: 20.02.2014).

World Economic Forum and the Harvard School of Public Health (2011) The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. Режим доступа: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf (дата обращения: 20.02.2014).

World Health Organization (2013a) China. Country Cooperation Strategy at a Glance. Режим доступа: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_chn_en.pdf?ua=1 (дата обращения: 20.02.2014).

World Health Organization (2013b) India. Country Cooperation Strategy at a Glance. Режим доступа: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_ind_en.pdf?ua=1 (дата обращения: 20.02.2014).

BRICS: Emergence of Health Agenda

M. Larionova, M. Rakhmangulov, A. Sakharov, A. Shelepov

Marina Larionova – Dr. of Political Science, Head of International Organisations Research Institute, National Research University Higher School of Economics, 20, Myasnitskaya, 101000 Moscow, Russian Federation; E-mail: mlarionova@hse.ru

Mark Rakhmangulov – Deputy Director of the Global Governance Research Centre of the International Organisations Research Institute, National Research University Higher School of Economics, 20, Myasnitskaya, 101000 Moscow, Russian Federation; E-mail: MRakhmangulov@hse.ru

Andrei Sakharov – Junior Researcher of the Global Governance Research Centre of the International Organisations Research Institute, National Research University Higher School of Economics, PhD student of the Department of International Affairs, National Research University Higher School of Economics, 20, Myasnitskaya, 101000 Moscow, Russian Federation; E-mail: agsakharov@hse.ru

Andrey Shelepov – Junior Researcher of the Global Governance Research Centre of the International Organisations Research Institute, National Research University Higher School of Economics; 20, Myasnitskaya, 101000 Moscow, Russian Federation; E-mail: ashelepov@hse.ru

Abstract

Health is an indispensable public good. At the national level it has been manifested in the BRICS governments' commitment to scale up health financing, though to a different degree. At the global level it is evidenced by the international community progress on the three health-related Millennium Development Goals. However despite successes in fighting infectious diseases, child and maternal mortality, old risks persist and new challenges emerge, resulting from the 2008 financial crisis, current slack economic growth and growing economic inequality.

The BRICS face these challenges and have begun cooperation on health issues. It is important that they build their emerging health agenda recognizing these challenges, committing to develop sustainable policy solutions, and cooperating with other actors to promote effective health governance for change.

To explore how the BRICS contribute towards global health governance the article first considers the BRICS cooperation (its institutionalization, discourse, and engagement with other international institutions) with a focus on health issues. The authors then look into the BRICS members' national health systems, challenges and goals. The article concludes with expectations of the BRICS future health agenda and its implications for global governance.

Key words: BRICS, global health governance, global governance functions, commitments, institutionalization, official development assistance, World Health Organisation

References

Aninews.in (2013) Second BRICS Health Ministers' meet begins in Delhi. Available at: <http://www.aninews.in/newsdetail2/story93803/second-brics-health-ministers-039-meet-begins-in-delhi.html> (accessed 20 February 2014).

BRICS (2012) Joint Communiqué of the BRICS Member States on Health. Available at: <http://www.geneva.mid.ru/speeches/71.html> (accessed 20 February 2014).

BRICS Health Ministers (2011) Beijing Declaration. Available at: [http://www.mid.ru/brics.nsf/0/66A1B2E6460EB69DC32578DC0038982E/\\$file/img-718104543-0001.pdf](http://www.mid.ru/brics.nsf/0/66A1B2E6460EB69DC32578DC0038982E/$file/img-718104543-0001.pdf) (accessed 20 February 2014).

BRICS Health Ministers (2013a) Delhi Communiqué. Available at: <http://www.brics.utoronto.ca/docs/130111-health.html> (accessed 20 February 2014).

BRICS Health Ministers (2013b) Cape Town Communiqué. Available at: <http://www.brics5.co.za/3rd-health-ministers-meeting-south-africa-7th-november-2013-cape-town-communicue/> (accessed 20 February 2014).

- BRICS Health Ministers (2013c) Joint Communiqué of the BRICS Member States on Health on the Sidelines of the 66th WHA. Available at: <http://www.brics.utoronto.ca/docs/130520-health.html> (accessed 20 February 2014).
- BRICS Leaders (2011) Sanya Declaration. Available at: http://eng.news.kremlin.ru/ref_notes/45 (accessed 20 February 2014).
- BRICS Leaders (2012) Delhi Declaration. Available at: <http://www.brics.utoronto.ca/docs/120329-delhi-declaration.html> (accessed 20 February 2014).
- BRICS Leaders (2013) BRICS and Africa: Partnership for Development, Integration and Industrialisation: eThekweni Declaration. Available at: <http://www.brics.utoronto.ca/docs/130327-statement.html> (accessed 20 February 2014).
- BRICS Leaders (2014) The 6th BRICS Summit: Fortaleza Declaration. Available at: <http://www.brics.utoronto.ca/docs/140715-leaders.html> (accessed 20 February 2014).
- Central Intelligence Agency (2014) Country Comparison: HIV/AIDS – Adult Prevalence Rate. Available at: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2155rank.html> (accessed 20 February 2014).
- Garrett L. (2013) Existential Challenges to Global Health. Available at: http://cic.nyu.edu/sites/default/files/garrett_challenges_global_health.pdf (accessed 20 February 2014).
- Gates B. (2011) A Report by Bill Gates to G20 Leaders. Available at: <http://www.gatesfoundation.org/What-We-Do/Global-Policy/G20-Report> (accessed 20 February 2014).
- Global Health Strategies initiatives (2012) Shifting Paradigm – How the BRICS are Reshaping Global Health and Development. Available at: http://www.ghsinitiatives.org/downloads/ghsi_brics_report.pdf (accessed 20 February 2014).
- Ministry of Health and Family Welfare (2013) Year End Review. India. Available at: <http://pib.nic.in/newsite/PrintRelease.aspx?relid=102221> (accessed 20 February 2014).
- Jenks B., Jones B., Tortolani B., Bujones A. (2013) United Nations Development at a Crossroads. Available at: <http://cic.nyu.edu/content/united-nations-development-crossroads> (accessed 20 February 2014).
- OECD (2011) Health at a Glance 2011. Available at: <http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf> (accessed 20 February 2014).
- OECD (2013) Health at a Glance 2013. Available at: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf> (accessed 20 February 2014).
- Pandey K. (2013) BRICS Nations Discuss Ways to Achieve Health Goals through Collaboration. Available at: <http://www.downtoearth.org.in/content/brics-nations-discuss-ways-achieve-health-goals-through-collaboration> (accessed 20 February 2014).
- Popovich L., Potapchik E., Shishkin S., Richardson E., Vacroux A., Mathivet B. (2011) Russian Federation: Health system review. *Health Systems in Transition*, no 13 (7), pp.1–190. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/157092/HiT-Russia_EN_web-with-links.pdf (accessed 20 February 2014).
- Stuenkel O. (2013) Does intra-BRICS Cooperation Make Sense? The Case of Public Health. Available at: <http://www.postwesternworld.com/2013/05/27/does-intra-brics-cooperation-make-sense-the-case-of-public-health/> (accessed 20 February 2014).
- UK G8 Presidency (2013) Lough Erne Accountability Report. Available at: <https://www.gov.uk/government/publications/lough-erne-accountability-report> (accessed 20 February 2014).
- UNAIDS (2013) BRICS Ministers of Health Call for Renewed Efforts to Face HIV and Global Health Challenges. Available at: <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2013/january/20130111brics/> (accessed 20 February 2014).
- UNHCO (2013a) Country Profile South Africa. Available at: <https://web.archive.org/web/20131015185255/http://www.unhco.org/country-profile-south-africa/> (accessed 20 February 2014).
- UNHCO (2013b) Health Report Brazil. Available at: <https://web.archive.org/web/20131209090658/http://www.unhco.org/country-reports/> (accessed 20 February 2014).

World Economic Forum (2014) Global Risks 2014 report. Available at: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GlobalRisks_Report_2014.pdf (accessed 20 February 2014).

World Economic Forum and the Harvard School of Public Health (2011) The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. Available at: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf (accessed 20 February 2014).

World Health Organization (2013a) China. Country Cooperation Strategy at a Glance. Available at: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_chn_en.pdf?ua=1 (accessed 20 February 2014).

World Health Organization (2013b) India. Country Cooperation Strategy at a Glance. Available at: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_ind_en.pdf?ua=1 (accessed 20 February 2014).