

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ КОМИССИЯ ДЛЯ АЗИИ И ТИХОГО ОКЕАНА

Подкомитет по здравоохранению и развитию

Первая сессия
1-3 декабря 2004 года
Бангкок

**ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ, КАСАЮЩИЕСЯ СОДЕЙСТВИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
И РАЗВИТИЮ В РЕГИОНЕ ЭСКАТО**

(Пункт 5а предварительной повестки дня)

**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И РАЗВИТИЕ: СВЯЗАННЫЕ СО ЗДОРОВЬЕМ
ДЕТЕРМИНАНТЫ РАЗВИТИЯ**

Записка секретариата

РЕЗЮМЕ

Право на охрану здоровья является одним из основных прав человека. Оно является неотъемлемым условием экономического и социального развития. Необходимыми условиями хорошего здоровья являются, в частности, социальная справедливость и стабильность, равенство мужчин и женщин, наличие продовольствия, дохода и образования. Центральную роль в деле поддержания хорошего здоровья играют систематические и экологические условия для психического и физического здоровья. Население во многих странах Азиатско-Тихоокеанского региона страдает от голода и недоедания, что приводит к ухудшению состояния здоровья и тормозит экономический прогресс. Нищета представляет собой наиболее серьезную угрозу здоровью, однако стремительная урбанизация, старение населения и ухудшение качества окружающей среды порождают новые проблемы.

В настоящее время регион переживает важный переходный период в здравоохранении, когда большинство стран несет на себе двойное бремя борьбы с заразными и незаразными болезнями. Число случаев инфекционных заболеваний, таких, как ВИЧ/СПИД, туберкулез и малярия, увеличивается, однако число незаразных заболеваний, таких, как сердечно-сосудистые заболевания, диабет и рак, также достигает вызывающего тревогу уровня. Неуделение должного внимания мерам безопасности в ходе индустриализации и расширения транспортной инфраструктуры приводит к увеличению числа случаев получения травм.

Усугубляют эту проблему испытывающие дефицит ресурсов системы здравоохранения, которые не удовлетворяют потребности бедного населения. Глобальные торговые режимы затрудняют доступ развивающихся и наименее развитых стран к необходимым медикаментам. Финансирование здравоохранения в целях обеспечения всеобщего доступа к медико-санитарному обслуживанию является одним из ключевых вопросов в процессе укрепления систем здравоохранения и уменьшения неравенства между бедными и богатыми в том, что касается состояния здоровья.

В настоящем документе выявлены некоторые основные региональные тенденции в области здравоохранения и проанализированы основные причины их возникновения. В нем представлены факты, необходимые для разработки основы для стратегического укрепления здоровья и содействия устойчивому развитию в Азиатско-Тихоокеанском регионе. Он дополняет другие три документа секретариата, посвященные инвестированию в здравоохранение, укреплению системы здравоохранения и проекту рамок стратегических действий по укреплению здоровья и содействию устойчивому развитию.

СОДЕРЖАНИЕ

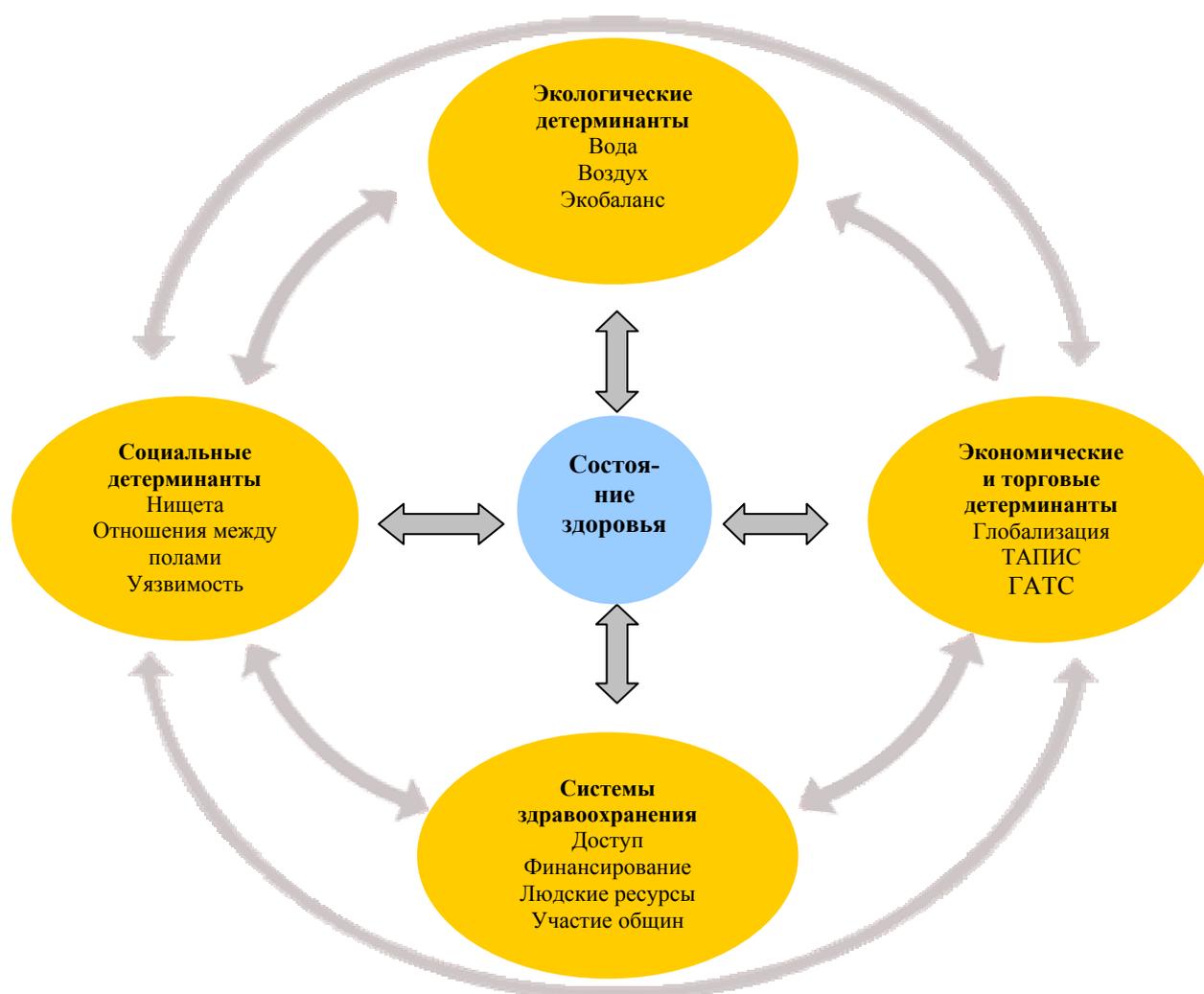
Стр.

Введение	1
I. ТЕНДЕНЦИИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНЕ ЭСКАТО.....	2
А. Голод	3
В. Сексуальная и репродуктивная гигиена.....	3
С. Инфекционные заболевания.....	4
D. Незаразные болезни и их факторы риска и травмы.....	5
II. ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ.....	8
А. Социальные детерминанты	9
В. Экономические и торговые детерминанты.....	14
С. Экологические детерминанты.....	16
III. СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	18
А. Доступность.....	19
В. Финансирование	19
С. Людские ресурсы.....	20
D. Участие общин	20
IV. ВЫВОДЫ.....	21
Справочная литература	22
Список схем	
1. Детерминанты здоровья	1
2. Случаи заболевания в Азиатско-Тихоокеанском регионе, 1990-2020 годы.....	5
3. Последствия различных факторов для диареи.....	9

Введение

1. Право на охрану здоровья является одним из основных прав человека. Оно является неперенным условием экономического и социального развития. «Достижение возможно высшего уровня здоровья, необходимы усилия многих социальных и экономических секторов общества в дополнение к сектору здравоохранения» (ВОЗ, 1978 год).
2. Социальная справедливость и стабильность, равенство мужчин и женщин, а также равный доступ к продовольствию, доходам и образованию являются необходимыми условиями для здоровья. Кроме того, центральную роль в поддержании здоровья играют общественные, систематические и экологические условия для психического и физического здоровья (см. схему 1). Такие демографические тенденции, как урбанизация, а также увеличение доли и численности престарелых, и такие эпидемиологические тенденции, как большое число случаев хронических заболеваний, порождают новые проблемы в регионе ЭСКАТО. Другие социальные изменения и изменения в поведении, касающиеся злоупотребления веществами, а также насилие в обществе и семье угрожают здоровью и благосостоянию миллионов.

Схема 1. Детерминанты здоровья



3. Нищета представляет собой наибольшую угрозу для здоровья. Слабое здоровье не только является следствием нищеты, но и ее причиной. Почти две трети бедного населения мира проживает в Азиатско-Тихоокеанском регионе, значительное большинство которого составляют женщины. Население, проживающее в крайней нищете, как правило, не имеет доступа к безопасной питьевой воде, питательной пище, образованию, информации о здравоохранении, профессиональному медико-санитарному обслуживанию, адекватному санитарно-гигиеническому обслуживанию, приличному жилью, транспорту, а также безопасному и гарантированному трудоустройству.

4. Процесс глобализации и торговая либерализация несут с собой для бедного населения как блага, так и опасности. Углубление рыночной интеграции открывает возможности для роста, хотя как торговые, так и неторговые барьеры ограничивают доступ производителей развивающихся стран к рынкам развитых стран. Финансовые кризисы, связанные с глобализацией, сильнее всего бьют по бедным и уязвимым слоям населения. В регионе эти изменения негативно сказываются на доступе населения к продовольствию, воде, земле, медико-санитарному обслуживанию и другим его видам, трудоустройству и чистой окружающей среде, а также на их системах ценностей и условиях и образе жизни.

5. Сформулированные в Декларации тысячелетия цели развития подчеркивают важное значение здравоохранения в глобальной повестке дня развития. Из восьми сформулированных в Декларации тысячелетия целей развития три явно касаются здравоохранения: снижение коэффициента детской смертности, совершенствование охраны материнства и детства и борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями. Достижение этих сформулированных в Декларации тысячелетия целей развития тесно связано с прогрессом в достижении других целей, касающихся борьбы с нищетой, установления равенства мужчин и женщин, обеспечения экологической устойчивости и установления партнерских связей. Прогресс в этой области создаст жизненно необходимые условия для укрепления здоровья за счет повышения продовольственной безопасности и обеспечения равенства мужчин и женщин, а также предоставления доступа к образованию, необходимым медикаментам и чистой питьевой воде. Сформулированные в Декларации тысячелетия цели развития подчеркнули центральную роль здравоохранения в развитии, а не только как результат процесса развития.

6. В настоящем документе выявлены некоторые основные региональные тенденции в области здравоохранения и проанализированы связанные с развитием их детерминанты. В нем представлены факты, указывающие на необходимость создания основы для стратегического укрепления здоровья и содействия устойчивому развитию в регионе ЭСКАТО. Дефицит касающихся региона данных по многим аспектам здравоохранения представляет собой одну из серьезных проблем, требующих решения.

I. ТЕНДЕНЦИИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНЕ ЭСКАТО

7. В настоящее время регион ЭСКАТО переживает важный переходный период в здравоохранении. Достигнуты немалые успехи в укреплении здоровья. Средняя продолжительность жизни при рождении в развивающихся странах увеличилась на 22 года - с 46 лет (1960 год) до 68 лет (2004 год). Коэффициент смертности в возрасте до 5 лет сократился на 70 процентов - с 225 на 1000 живорождений (1960 год) до 68 на 1000 живорождений (2004 год). Несмотря на такой впечатляющий прогресс, перед регионом по-прежнему стоят серьезные проблемы в области здравоохранения. Характер основных причин заболеваний, расстройств и смертей претерпевает изменения.

А. Голод

8. Население многих стран Азиатско-Тихоокеанского региона страдает от голода и недоедания, что приводит к ухудшению здоровья и тормозит экономический прогресс.

9. Похоже, многие заблуждаются, утверждая, что поскольку во многих странах достигнуты успехи в деле борьбы с нищетой, то проблемы «голода» больше не существует. Шесть из десяти страдающих от голода людей в мире проживают в регионе ЭСКАТО (Организация Объединенных Наций, 2004). В деле борьбы с голодом достигнуты лишь скромные успехи (ЭСКАТО/ПРООН, 2003 год). В сущности, из 20 стран мира, где отмечается самая высокая доля страдающих от недоедания детей, 11 находятся в Азиатско-Тихоокеанском регионе (ЮНИСЕФ-РОВАП, 2003).

10. Традиционно от голода страдает бедное население, проживающее в сельских районах. Вместе с тем в условиях стремительной урбанизации угроза продовольственной безопасности в городах и недоедания начинает вызывать озабоченность. К примеру, в Российской Федерации угроза продовольственной безопасности чаще существует в городах, а не в сельских районах.

11. Наиболее серьезные случаи недостаточного питания отмечаются среди детей и женщин. На анемию у беременных женщин приходится один из пяти случаев младенческой смертности. Экономические издержки недостаточного питания, прежде всего в случае широкого распространения недостаточного питания среди детей, могут быть огромными. Согласно оценкам, издержки недостаточного питания в таких странах, как Китай и Пакистан, составляют приблизительно 3 процента от ВВП (ЭСКАТО/ПРООН, 2003).

12. Как ни парадоксально, голод существует в странах с чистым «избытком продовольствия», где нет абсолютного дефицита запасов продовольствия (ЭСКАТО/ПРООН, 2003 год). Это подчеркивает тот факт, что голод связан с неравным доступом к продовольствию, а не с его отсутствием (Sen, 1997). Для борьбы с голодом необходимо принять меры по решению целого ряда проблем, которые связаны не только с запасами продовольствия. Они включают в себя наращивание экономического роста в целом, расширение занятости и увеличение вознаграждения за труд; диверсификацию производства; расширение медико-санитарного обслуживания; принятие мер к тому, чтобы уязвимые группы населения имели специальный доступ к продовольствию; распространение базового образования и грамотности; укрепление демократии и средств массовой информации и уменьшение гендерного неравенства (Sen, 1997).

В. Сексуальная и репродуктивная гигиена

13. На неудовлетворительную сексуальную и репродуктивную гигиену падает почти одна треть всех случаев насчитывающихся в мире заболеваний среди женщин в репродуктивном возрасте и одна пятая от всего населения мира. В Юго-Восточной Азии лишь в 37 процентах случаев роды принимает квалифицированный персонал; в Восточной Азии и Тихоокеанском субрегионе этот показатель выше и составляет 73 процента. Во многих странах региона коэффициент материнской смертности превышает 400 женщин на 100 000 человек. Потребности в услугах по планированию семьи не удовлетворяются на 24 процента, что лишает супружеские пары возможности контролировать интервалы между рождениями своих детей или ограничивать размеры своих семей. Отмечаются высокие коэффициенты

смертности и осложнений вследствие незаконно проводимых аборт. В условиях увеличения продолжительности жизни и появления ВИЧ/СПИДа была расширена сфера услуг в области репродуктивной гигиены в целях охвата групп населения различных возрастов, в том числе мужчин и подростков.

С. Инфекционные заболевания

14. Несмотря на то, что число случаев многих инфекционных заболеваний сокращается, они по-прежнему являются одной из основных причин заболеваемости и смертности в регионе. Инфекционные заболевания по-прежнему являются причиной свыше 60 процентов смертей среди детей. К тому же новые инфекционные заболевания порождают новую угрозу. Число случаев распространения инфекционных заболеваний в регионе далеко не одинаково. В некоторых странах (Бангладеш, Индии и Мьянме) инфекционные заболевания являются причиной свыше 40 процентов смертей по сравнению с 11 процентами в других странах (Австралии, Брунее-Даруссаламе, Новой Зеландии, Сингапуре и Японии).

а) ВИЧ/СПИД

15. В 2003 году в Азиатско-Тихоокеанском регионе еще приблизительно 1,4 млн. человек были инфицированы ВИЧ/СПИДом, и приблизительно 650 000 человек умерли от СПИДа. Таким образом, общее число людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом в регионе, составило свыше 8 млн. человек (ЭСКАТО, 2003а; ЮНЭЙДС, 2003). Эпицентр эпидемии быстро перемещается в регион, а поэтому ВИЧ/СПИД представляет собой серьезную опасность для общественного здравоохранения. Если говорить о самом большом количестве людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом, то Индия, где, согласно оценкам, инфицировано 4,9 млн. человек, занимает второе место после Южной Африки. В Китае эпидемия среди уязвимых групп, прежде всего среди лиц, злоупотребляющих наркотиками путем инъекций (ЛНИ), и связанная с зараженной кровью и продуктами из нее, распространяется среди населения в целом. Несмотря на предпринимаемые в Индии и Китае усилия, некоторые опасаются, что число случаев инфицирования ВИЧ в регионе к 2010 году удвоится, если не будут существенно наращиваться усилия по борьбе с этим явлением. Серьезными вопросами, прежде всего с учетом проживающей в регионе большой численности населения, являются связанные с ВИЧ дискриминация, а также не отвечающий необходимым требованиям доступ к анализам, консультациям и антиретровирусной терапии.

б) ТБ, малярия, САРС и птичий грипп

16. Число смертей от туберкулеза (ТБ), после того как оно за 40 лет сократилось, начинает вновь расти; 80 процентов таких смертей отмечается среди людей в наиболее продуктивном возрасте (15-44 года). Коэффициент распространенности ТБ в Южной Азии составляет 343 человека на 100 000 населения. Соответствующий показатель по Восточной Азии и Тихоокеанскому субрегиону составляет 313 человек. Эти показатели выше, чем коэффициент распространенности ТБ в мире (257 человек). От туберкулеза умирает больше женщин, чем от всех других вызывающих материнскую смертность болезней вместе взятых. Из первых 22 стран мира, население которых серьезно страдает от туберкулеза, 12 находятся в Азиатско-Тихоокеанском регионе (ВОЗ, 2004а).

17. Несмотря на то, что достигнуты немалые успехи в сокращении количества случаев смертей от малярии, в некоторых странах региона число смертей остается весьма большим. Приблизительно 56 процентов подтвержденных в регионе случаев отмечается в Индии. В

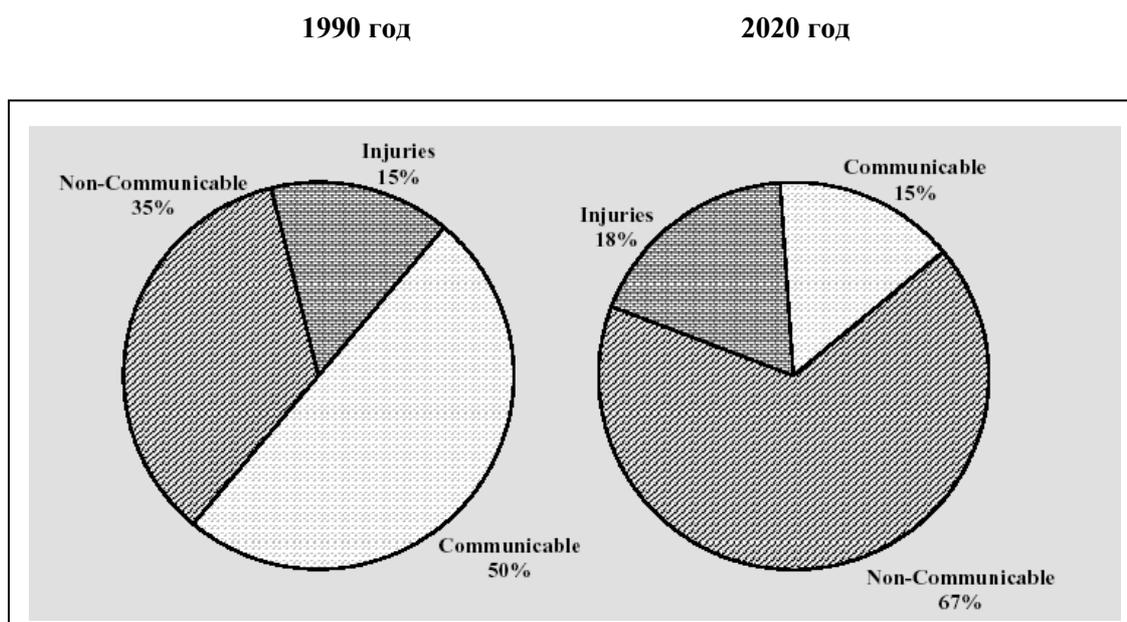
других восьми странах (в Тихоокеанском субрегионе и в субрегионе Большого Меконга) число вызываемых малярией смертей превышает десять на 100 000 в год.

18. Начиная с середины 70-х годов были выявлены свыше 30 новых инфекционных болезней. Последними из них стали тяжелый острый респираторный синдром (САРС) и птичий грипп. По сравнению с другими болезнями эти две болезни стали причинами небольшого количества смертей (САРС: 8422 случая, 916 смертей в 30 странах по всему миру, но главным образом в Азии; количество смертей от куриного гриппа: Таиланд – 8, Вьетнам – 15). Отсутствие вакцины и лекарственных средств, что усугублялось стремительным распространением болезней, вызвало повсеместную панику. Это весьма негативно сказалось на экономическом росте.

D. Незаразные болезни и их факторы риска и травмы

19. Число случаев незаразных заболеваний (НЗ), которые, по мнению многих, являются проблемами промышленно развитых стран, увеличивается даже в странах, где голод носит эндемический характер. К 2000 году в Южной Азии 44 процента всех заболеваний приходилось на НЗ. К 2002 году на НЗ приходилось 62 процента всех случаев смертей в Азиатско-Тихоокеанском регионе. Это резкое увеличение обусловлено изменением в образе жизни, увеличением числа курильщиков и изменением привычной диеты, в состав которой стали входить продукты повышенного качества, мясо и молочные продукты с высоким содержанием жиров, сахара и соли, а также снижением физической активности. В настоящее время развивающиеся страны региона несут на себе двойное бремя, ведя борьбу с заразными и незаразными болезнями. По мере того, как регион борется с инфекционными болезнями, НЗ стали представлять серьезную угрозу для здоровья (см. схему 2), выступая в качестве основной причины смертности и заболеваемости.

Схема 2. Случаи заболевания в Азиатско-Тихоокеанском регионе, 1990-2020 годы



Source: Murray and Lopez, *The Global Burden of Disease* (Geneva, WHO, 1996).

a) *Курение и употребление табака*

20. Курение является единственной серьезнейшей причиной болезней и преждевременной смерти, которые можно предотвратить. Один из пяти связанных с курением случаев смерти отмечается в западной части тихоокеанского субрегиона ВОЗ, включающего Китай, из всего количества заболеваний в мире, вызванных потреблением табака 16 процентов приходится на регион ВПРО и 20 процентов – на регион Юго-Восточной Азии (СЕАР). Курение поражает каждый орган тела и является причиной целого ряда раковых заболеваний. Курение взрослых увеличивает вероятность того, что дети начнут курить в раннем возрасте. Ежедневно во всем мире курить начинают 80 000 – 100 000 детей, половина из которых проживает в Азии.

b) *Злоупотребление наркотическими средствами*

21. Злоупотребление наркотическими средствами обрывает жизнь и угрожает безопасности человека. Свыше 50 процентов случаев злоупотребления стимуляторами амфетаминового ряда в мире приходится на регион ЭСКАТО. Вызывает озабоченность стремительное и повсеместное распространение употребления стимуляторов амфетаминового ряда, равно как и полинаркомания, особенно в тех случаях, когда стимуляторы амфетаминового ряда сочетаются с героином. В числе острых и хронических последствий для здоровья можно отметить возможные необратимые повреждения головного мозга.

22. Насчитывается 13 млн. наркоманов, использующих инъекции, почти 70 процентов из которых проживают в этом регионе. Парентеральное употребление наркотиков и совместное пользование не прошедшими стерилизацию инъекционными средствами приводит к резкому увеличению масштабов эпидемии ВИЧ. За весьма короткий период времени (менее 6 месяцев) число случаев инфицирования ВИЧ/СПИДа среди наркоманов, использующих инъекции, достигает 50-90 процентов.

c) *Рак*

23. К 2015 году две трети всех заболеваний раком, как ожидается, будет отмечаться в развивающихся странах. В Таиланде зарегистрированный коэффициент заболеваемости (количество случаев заболевания на 100 000 человек) увеличился с 53,8 процента (1987 год) до 60,4 процента (1997 год), тогда как в Индии в любой данный период насчитывается приблизительно 2,5 млн. людей, болеющих раком, и ежегодно выявляется почти 700 000 случаев заболеваемости. В Китае за последние два десятилетия число связанных с раковыми заболеваниями смертей выросло почти на 30 процентов; в настоящее время рак является основной причиной летальных исходов. Коэффициент заболеваемости раком легких в Китае может быть снижен на 80 процентов за счет уменьшения курения.

d) *Сердечно-сосудистые заболевания и диабет*

24. По мере распространения и полного развития эпидемий НЗ все слои общества и прежде всего бедное население будут подвергаться опасности сердечно-сосудистых заболеваний. Население с более низким уровнем дохода или образования подвергается большей опасности заболеть коронарной болезнью сердца.

25. Число случаев заболевания диабетом более стремительно увеличивается в Южной Азии, чем в какой-либо другой части мира. К 2025 году в регионе Юго-Восточной Азии (ВОЗ) будет насчитываться почти 80 млн. больных диабетом, тогда как в Западно-Тихоокеанском регионе (ВОЗ) этот показатель составит по крайней мере 55 млн. больных.

e) Ожирение

26. У свыше 1 млрд. взрослых людей отмечается чрезмерная полнота, из которых по крайней мере 300 млн. страдают ожирением, причем большинство из них проживают в регионе ЭСКАТО. Ожирение является одной из основных причин заболеваний и инвалидности в мире и нередко сосуществует с таким наблюдающимся в развивающихся странах явлением, как недоедание. Увеличение числа детей, страдающих ожирением, вызывает тревогу, поскольку тучные дети становятся тучными взрослыми. Ожирение и избыточный вес являются одной из основных причин серьезных связанных с питанием хронических заболеваний, включая диабета-II, сердечно-сосудистые заболевания, гипертонию и приступы, а также некоторые виды раковых заболеваний. Наибольшее число случаев ожирения среди взрослых в мире отмечается в тихоокеанском субрегионе. Коэффициент ожирения в большинстве общин Тихоокеанского субрегиона превышает 20 процентов (больше, чем в Австралии и Соединенных Штатах Америки), причем этот коэффициент выше среди женщин и горожан.

f) Душевная болезнь

27. Душевная болезнь стала одной из основных проблем здравоохранения. Согласно оценкам, 450 млн. человек страдают от психического или неврологического расстройства. Во всем мире 60 процентов всех самоубийств совершаются по причине депрессивного расстройства и шизофрении. Пять из десяти причин инвалидности связаны с психическими расстройствами, включая депрессию, злоупотребление наркотическими веществами, маниакальную депрессию, шизофрению и обсессивно-компульсивное расстройство. В условиях увеличения числа престарелых в регионе количество случаев психических расстройств, которые, как правило, связаны с пожилым возрастом, например, депрессия и старческое слабоумие, будет расти (ВОЗ, 2004d и 2004e).

g) Проблемы со здоровьем, связанные с шумом

28. Приблизительно 120 млн. человек в мире страдают нарушением слуха, главным образом, из-за шумового фона. Зашумленность является причиной нарушения сна, сердечно-сосудистых и психо-физиологических эффектов (например, гипертонии и беспокойства), снижения работоспособности и агрессивного поведения. Продолжительная подверженность шуму приводит к нарушению слуха и неспособности воспринимать речь в нормальных условиях. Это серьезная социальная проблема, которую можно избежать, и которая связана с экономическими последствиями.

h) Травмы

29. Свыше 90 процентов связанных с травмами смертей в мире приходится на страны с низким или средним уровнем дохода. На долю травм приходится 12,5 процента всех заболеваний в Азиатско-Тихоокеанском регионе.

30. На долю Азиатско-Тихоокеанского региона приходится приблизительно 60 процентов всех числа смертей на дорогах в мире, и это несмотря на то, что на его долю приходится лишь 16 процентов всех транспортных средств в мире. Ежегодно в Азиатско-Тихоокеанском регионе около 10 млн. человек получают серьезные увечья или погибают в автокатастрофах. Количество автокатастроф с летальным исходом в Азии в период 1987-1995 годов увеличилось почти на 40 процентов, тогда как в развитых странах этот показатель сократился приблизительно на 10 процентов вследствие совершенствования мер безопасности. В регионе Юго-Восточной Азии (2001 год) от полученных во время дорожно-транспортных происшествий травм скончалось приблизительно 354 000 человек, а 6,8 млн. человек были госпитализированы. Согласно прогнозам, в следующие 20 лет количество случаев получения травм в дорожно-транспортных происшествиях в регионе более, чем удвоится. Инвестиции в развитие транспортной инфраструктуры и производства более мощных видов транспорта не соответствуют объему инвестиций в обеспечение всеобъемлющих мер безопасности для всех водителей, пешеходов и пассажиров.

i) Опасности, окружающие гигиену труда

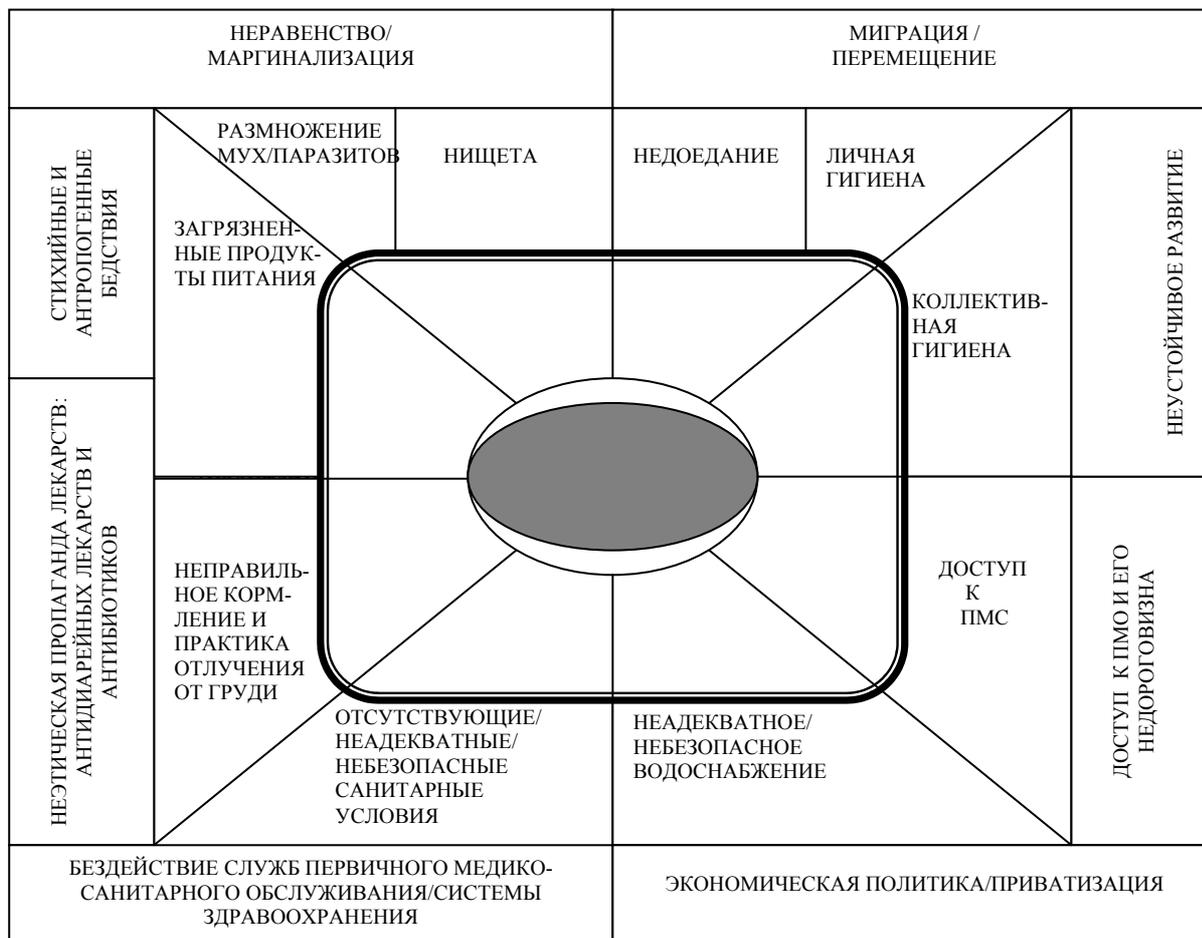
31. Согласно оценкам, ежегодно от связанных с работой болезней и травм умирают 1,2 млн. человек. Ровно столько же умирают в мире от малярии. Связанные с работой заболевания встречаются в мире везде. Опасности и риск, связанные с работой, как правило, подстерегают группы населения с низким уровнем дохода и другие уязвимые группы населения и не только их, например, женщин, детей и меньшинства. Дальнейшая индустриализация развитых стран при увеличении численности рабочей силы, как ожидается, существенно увеличит количество профессиональных заболеваний и травм.

32. Во многих странах Азиатско-Тихоокеанского региона не принимается адекватных мер по устранению производственных опасностей, вследствие чего рабочие могут получить травму и подвергаться действию химических веществ и шума. Вызванное шумлением нарушение слуха представляет собой наиболее распространенную производственную опасность, приводящую к необратимым последствиям.

II. ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ

33. Различные социальные, экономические, экологические и здравоохранительные факторы существенно соопределяют состояние здоровья членов общества. Всеобщий доступ к медико-санитарному обслуживанию явно является одним из главных детерминантов здоровья, однако более важное значение для здоровья населения в целом имеют экономические, социальные и экологические условия, которые приводят к заболеваниям и порождают необходимость в обеспечении медико-санитарного обслуживания. Данные свидетельствуют о том, что повышение качества водоснабжения и санитарной очистки, образования, прежде всего среди женщин и девочек, и обеспечение более равного доступа к медико-санитарному обслуживанию способствуют укреплению здоровья и повышению доходов (ВОЗ, 2001). К тому же справедливое распределение доходов уменьшает неравенство. В настоящей главе рассматриваются связанные с развитием детерминанты развития в трех основных областях, касающихся социальных, экономических, торговых и экологических факторов. Многие факторы могут действовать одновременно и влиять друг на друга, приводя к многократному повышению силы действия. В свою очередь действие некоторых из этих факторов ослабляется плохим состоянием здоровья, что приводит к возникновению порочного круга. Схема 3 является одним из наглядных примеров последствий действия различных факторов для одного заболевания – диареи.

Схема 3: Последствия различных факторов для диарей



Источник: На основе схемы-оригинала, составленной: Narayan, R. “The Community Health Paradigm in Diarrhoeal Disease Control.”

А. Социальные детерминанты

34. Насчитывается несколько социальных детерминантов здоровья населения в регионе. В их числе можно отметить восемь основных детерминантов, рассматриваемых ниже. К другим смежным факторам относится, в частности, стресс, характер работы, статус занятости, а также социальная поддержка.

35. Бедные страны и бедное население терпят множество лишений, которые приводят к высокому уровню заболеваемости и инвалидности. Нищета является одним из несомненных препятствий на пути укрепления здоровья. Она оказывает влияние на здоровье путем негативного воздействия на все другие факторы. Бедное население более уязвимо перед болезнями, в частности, в силу отсутствия у него доступа к прамоторному, профилактическому и терапевтическому медико-санитарному обслуживанию, питательной пище и финансовым ресурсам. Кроме того, бедное население более уязвимо перед такими экологическими опасностями, угрожающими здоровью, как загрязненный воздух и вода, что подрывает качество их жизни. Таким образом, от поддающихся профилактике и излечимых болезней умирает огромное число самых бедных людей.

36. Ежегодно, прежде всего в развивающихся странах, от восьми поддающихся профилактике с помощью вакцинации болезней умирает свыше 2,3 млн. человек. Согласно оценкам, 1,7 млн. человек в развивающихся странах ежегодно умирают от болезней, вызванных небезопасной водой и санитарными условиями, а также неудовлетворительной гигиеной (Wagstaff, 2002). Во всем мире дети из бедных семей подвергаются большей смертельной опасности. И все же при условии повышения качества воды и санитарных условий, питания и эффективной пероральной регидрации детскую смертность от диареи можно сократить приблизительно на 50 процентов.

37. ВИЧ/СПИД гораздо более серьезно сказываются на бедном населении, ставя под угрозу их существование и заставляя тратить заработок и сбережения на лечение. Бедному населению по-прежнему не по карману антиретровирусная терапия. Сумма располагаемого дохода в тех семьях, в которых основной кормилец умирает от СПИДа, может сократиться на 80 процентов (ЮНЭЙДС, 2002).

38. Во многих странах курящих больше всего среди бедного населения. В некоторых странах число курящих среди населения с наименьшим уровнем дохода в два раза превышает число курящих с наивысшим уровнем дохода.

39. Порочный круг заболеваемости оказывает еще большее влияние, когда бедные слои общества в целом не охвачены надлежащим медицинским страхованием, которое гарантирует им доступ к медико-санитарному обслуживанию (см. глава III) ниже. В двух наиболее густонаселенных странах региона значительная доля связанных с медико-санитарным обслуживанием расходов бедного населения покрывается наличными; как правило, оплачиваются услуги частных медицинских контор, и сумма оплаты непропорционально высока по сравнению с доходами бедного населения.

b) Неравенство мужчин и женщин

40. Последствия дискриминации по признаку пола для здоровья начинают сказываться на эмбриональной стадии во время недоедания молодых беременных женщин. Особенно разрушительные последствия недоедания в детском возрасте и юношестве сказываются на девочках. Девочки, страдающие от недоедания в детстве, будут, скорее всего, страдать от этого и в юношеском возрасте; в результате первая беременность будет протекать в условиях недоедания, дети будут рождаться хилыми, а развитие их умственных способностей будет ограничено вследствие недостаточного питания, что, тем самым, увековечивает порочный круг голода и слабого здоровья. Это воздействие приобретает еще более серьезный характер, если первая беременность наступает в юношеском возрасте.

41. Продовольственная безопасность семьи, равенство полов в доступе к продовольствию в семьях, знания правил питания и связанных с диетой методов оказания медицинской помощи, а также уход за детьми, который могут обеспечить члены семьи, как мужчины, так и женщины, играют решающую роль в решении проблемы недоедания в детском возрасте и обеспечения того, чтобы девочки и женщины продолжали сносно и адекватно питаться.

42. Женщины больше предрасположены к инфекции ВИЧ, чем мужчины. На ранних этапах эпидемии заражаются в основном мужчины. Количество инфицированных ВИЧ женщин и мужчин в настоящее время приблизительно одинаковое. Коэффициент

распространенности среди молодых женщин в возрасте 15-24 лет выше, чем среди мужчин в той же возрастной группе. Это отчасти обусловлено биологическими факторами. Это также объясняется трудностями, с которыми сталкиваются женщины в своих усилиях добиться более безопасного секса и решить проблему насилия в семье, а также их неадекватным доступом к информации и медико-санитарному обслуживанию, касающемуся контрацепции и передающихся половым путем болезней.

43. Курящих женщин меньше, чем мужчин. Вместе с тем в развивающихся странах региона, где роль женщин начинает меняться, «мишенью» табачной индустрии все чаще становятся женщины. Увеличение числа курящих женщин свидетельствует об успехе такой кампании, которая направлена на то, чтобы курение ассоциировалось с образами эмансипации, стройности и сексуальной привлекательности.

44. В целом нет половых различий в случае психических и поведенческих расстройств. Вместе с тем, случаи депрессии и состояния тревоги у женщин встречаются чаще. Женщины, как правило, испытывают сильный психологический дистресс по причине условий и проблем репродуктивной гигиены. Кроме того, налицо тесная связь между психическим расстройством (депрессия, тревога и связанные со стрессом синдромы) и насилием в жизни женщин.

c) Образование

45. Образование, особенно образование девочек, является ключом к решению проблемы дисбалансов в сфере здравоохранения в регионе. Для Южной Азии характерны низкие уровни образования, при этом уровень грамотности среди взрослого населения составляет 57,6 процента, а уровень грамотности среди женского населения не превышает 40,8 процента. Образование исключительно важно для того, чтобы население могло более стабильно и выгодно трудоустроиваться; повышать свой уровень медико-санитарной грамотности; понимать важность устойчивой продовольственной безопасности во избежание недоедания; принимать меры по охране здоровья профилактического характера; и отказываться от моделей поведения, связанных с высоким риском для здоровья. Достаточный и отвечающий требованиям уровень образования является тем инструментом, который позволяет вырваться из порочного круга голода и нищеты. Улучшение доступа девочек к образованию обуславливает более здоровый образ жизни как для женщин, так и для их детей.

d) Старение населения

46. Из-за снижения рождаемости и увеличения долголетия в Азиатско-Тихоокеанском регионе отмечается стремительное увеличение доли населения в возрасте 60 лет и старше. По состоянию на 2002 год 52 процента всего населения мира в возрасте 60 лет и старше проживало в Азиатско-Тихоокеанском регионе. Как ожидается, к 2025 году его доля достигнет 59 процентов (ЭСКАТО, 2002).

47. Среди пожилых людей в основном распространены неинфекционные заболевания, которые трудно лечатся и затраты на лечение которых высоки. Действительно, в какой-то степени увеличение случаев неинфекционных заболеваний в период с 1990 года по 2020 год будет объясняться демографическими причинами, но не менее важным фактором, обуславливающим это явление, является изменение моделей поведения. Такие заболевания, как болезнь Альцгеймера и синильная деменция, и такие психические расстройства, как депрессия, отмечаются в основном среди престарелых. Слепота из-за катаракты более

распространена в старшей возрастной группе. Несмотря на это, стареющее население сталкивается со все более острыми проблемами в плане доступа к услугам медико-санитарной помощи. Ожидается, что престарелые больше всех пострадают от приватизации услуг медико-санитарной помощи и развала государственной системы здравоохранения, учитывая усиление глобального акцента на возмещении издержек.

48. В настоящее время «основная часть обязанностей по уходу за находящимися на иждивении пожилыми людьми приходится на членов семьи при фактически полном отсутствии общинных ресурсов», а также отсутствуют «механизмы обеспечения качества и нормативные положения в сфере медико-санитарного обслуживания долгосрочного характера» (ЭСКАТО, 2002: 10). Разрушение систем поддержки в рамках семьи и общины связывается с быстрыми темпами урбанизации и уменьшает соотношение между числом работников и находящихся на их иждивении пожилых людей (АБР, 1999), что делает предоставление услуг медико-санитарной помощи для пожилых проблематичным в значительной части региона, где изменения зачастую происходят слишком резко, а системы социальной компенсации еще не развиты. Разработку эффективных стратегий также затрудняет недостаточная актуализация вопросов благосостояния пожилых людей в международной политике и распространение негативной глобальной парадигмы старения (Sherlock, 2002).

e) Мобильность населения

49. Миграция рабочей силы в регионе ЭСКАТО растет быстрыми темпами и приобретает все большую важность. Это явление отмечается внутри стран, между странами региона, а также в межрегиональном масштабе. Только в Китае насчитывается 170 млн. отечественных рабочих мигрантов.

50. Основной поток рабочих-мигрантов направляется в те сектора экономической деятельности, где охрана здоровья, юридическая защита и безопасность либо вообще отсутствуют, либо крайне ограничены. Эта группа работников особенно подвержена нарушению прав человека. Рабочие-мигранты зачастую соглашаются на работу с более высоким уровнем риска при меньшей оплате. Они не имеют постоянного статуса и им практически некуда обратиться в случае болезни, травмы или иных проблем, решение которых требует медицинского вмешательства. В большинстве случаев мигранты, особенно незарегистрированные мигранты, не охватываются национальными системами здравоохранения.

f) Урбанизация

51. Внутренняя миграция из сельских районов в города и урбанизация сельских населенных пунктов являются важными детерминантами высоких темпов роста городского населения в менее развитых районах (Организация Объединенных Наций, 2004). По прогнозам, население городов региона существенно возрастет - с 1,2 млрд. (1995 год) до 2,5 млрд. (2025 год) - при этом свыше 400 млн. людей будут проживать в городах с населением 10 млн. человек более.

52. Неимущие в городах страдают от перенаселенности, недостаточной вентиляции, нехватки питьевой воды, антисанитарных условий и недостаточного питания. Уровень младенческой смертности в одном из трущобных поселений Манилы в 2,8 раза превышал

уровень для нескваттерных районов. В трущобах Дакки число случаев диареи в два раза превышало число таких заболеваний в сельских районах Бангладеш (АБР, 1999).

53. Жилье является одним из важных определяющих факторов здоровья, который связан с другими детерминантами, такими, как нищета, урбанизация и образование. Жилищные условия оказывают воздействие на здоровье в зависимости от конструкции жилого строения (защита от природных элементов и безопасность строительной конструкции), наличия системы удаления отходов, вентиляции, загрязнения воздуха внутри жилых помещений и их использования в качестве рабочего места и места складирования опасных химических веществ.

54. Во всех странах региона отмечается бурный рост строительства и объема перевозок, что сопровождается существенно более высокими уровнями шума, защита от которого зачастую не предусматривается. Получили широкое распространение технические новшества в системах звукоусиления, при этом к повсеместному шуму городов добавился шум от объявлений, радио- и телепередач и музыки.

g) Отвержение и дискриминация

55. Многие социальные группы систематически становятся объектами отвержения, дискриминации и маргинализации, которые отрицательно сказываются на состоянии их здоровья. Доступ этих социальных групп к медико-санитарной помощи, а также ее качество и соответствие требованиям и та степень, в которой их мнение учитываются при выборе вариантов лечения, затрудняются предвзятым мнением и поведением медицинского персонала. Для многих доступ может также определяться их попечителями. Отвержение оказывает значительное воздействие на чувство собственного достоинства и волю к борьбе за свое право на здоровье.

56. Инфицированные ВИЧ/СПИДом зачастую не могут пользоваться надлежащими медико-санитарными и прочими базовыми услугами. Точно также многие психически больные люди отторгаются своими семьями, в результате чего они становятся бездомными или спроваживаются в соответствующие учреждения. Женщины, инфицированные СПИДом, а также психически больные женщины зачастую сталкиваются с большими трудностями; нередко им в принудительном порядке отказывают в общении с их детьми.

57. Большинство людей с инвалидностью в регионе, число которых, по оценкам, составляет 400 млн. человек, можно смело отнести к категории бедных и социально маргинализированных. Люди с различными видами инвалидности испытывают ту же потребность в регулярном доступе к медико-санитарным услугам, что и люди, не относящиеся к группе инвалидов. Несмотря на это, им гораздо труднее получить такой доступ из-за физических (отсутствия доступной среды жизнедеятельности) и информационных барьеров, обуславливаемых отвержением и дискриминацией.

h) Конфликты и катастрофы

58. Конфликты и экологические катастрофы обычно сопровождаются высоким уровнем заболеваемости и смертности из-за увечий, насилия, несчастных случаев и разрушений. Шоковое состояние из-за вынужденного переезда, внезапной утраты и физической травмы может спровоцировать, помимо прочих, проблемы с психическим здоровьем. После переезда на новое место жительства в группах беженцев обычно отмечаются высокие уровни

смертности. Кроме того, может нарушаться обычная практика оказания медико-санитарных услуг, при этом доступ к ним ограничивается именно тогда, когда потребность в них резко возрастает и создаются условия для распространения таких эпидемических заболеваний, как диарея, холера и малярия. В условиях конфликтов часто разрушаются системы снабжения продуктами питания и водоснабжения.

В. Экономические и торговые детерминанты

59. Глобализация экономики с характерными для этого процесса либерализацией торговли и крупными трансграничными потоками капитала оказывает глубокое воздействие на систему здравоохранения. Расширение выхода на рынки открывает возможности для роста, хотя барьеры, как торговые, так и неторговые, ограничивают выход производителей развивающихся стран на рынки развитых стран. Международная торговля может облегчать конкурентную борьбу и распространение знаний, повышать производительность и активизировать процесс нововведений. Тем не менее расширение торговли не служит гарантией ни для экономического роста в ближайшей перспективе, ни для экономического развития и развития людских ресурсов в долгосрочной перспективе. Бедные домашние хозяйства особенно подвержены резким колебаниям международной рыночной конъюнктуры, а любое сокращение бюджетов домашних хозяйств сказывается на расходах, что влечет за собой последствия для состояния здоровья, свидетельством чего стал финансовый кризис 1997 года, который самым неблагоприятным образом сказался на четырех странах региона.

60. В настоящее время на долю продуктов питания приходится 11 процентов объема глобальной торговли (Chopra et al, 2002). Изменения в предложении продуктов питания обуславливают изменения в рационе питания. Наиболее наглядно это проявляется в быстром распространении культуры питания в закусочных многонациональных сетей ресторанов быстрого обслуживания. Основными характерными чертами глобализации пищевой индустрии является глобальный маркетинг продуктов питания и систематическое формирование вкусов. Дети и молодежь являются объектом рекламных кампаний, которые играют ключевую роль в изменении моделей питания населения. Отмечается резкое усиление таких обуславливаемых образом жизни заболеваний, как заболевания сердечно-сосудистой системы, некоторые виды рака и гипертония.

61. Эти изменения могут быть увязаны с многомиллионными долларовыми расходами на рекламу потребительских товаров в средствах массовой информации и по другим каналам рекламирования, продвижения товаров и спонсорства. Основная доля (80-90 процентов) международных расходов на рекламу приходится на готовые пищевые продукты, безалкогольные напитки, сигареты, алкоголь, лекарства и туалетные принадлежности. Рекламные слоганы, порождающие стремление приобщиться к кругу «избранных», которые рекламные компании отшлифовывали в течение десятилетий в странах с более высоким уровнем доходов, в настоящее время применяются в рекламных компаниях во всем мире. Глобальная торговля, информационные технологии и либерализация экономики содействуют глобальному сбыту этих потребительских товаров как незаменимых символов современности и прогресса (Buse et al. 2002).

62. Ни одно торговое соглашение не оказывало столь существенного воздействия на сектор здравоохранения, как соглашение о коммерческих аспектах прав интеллектуальной собственности (КАПИС). В соответствии с КАПИС странам не разрешается производить, экспортировать, импортировать и продавать непатентованные изделия по крайней мере в течение 20 лет. Обязательные лицензии могут быть предоставлены без ссылок на

патентодержателей лишь в случаях «национальной катастрофы», «чрезвычайных обстоятельств» и для общественного некоммерческого использования. Соглашение по КАПИС налагает на развивающиеся страны обязательства, которые могут отрицательно сказаться на доступе к лекарствам для неотложной медицинской помощи. Дохинская декларация впервые открыла возможность для введения гарантий защиты интересов национального здравоохранения и улучшения доступа бедноты к лекарственным средствам.

63. Другие соглашения ВТО, такие, как Генеральное соглашение по торговле услугами (ГАТС), могут оказывать существенное влияние на системы здравоохранения в силу того, что они сказываются на перемещении кадров и размещении прямых иностранных инвестиций в секторе здравоохранения. Многие развивающиеся страны открывают для себя экономические возможности для экспорта медико-санитарных услуг в рамках ГАТС. Решения должны опираться на предварительный тщательный анализ последствий и консультации со всеми заинтересованными сторонами. На своем совещании в июле 2004 года Генеральный совет ВТО подтвердил Дохинские декларации и решения на уровне министров и утвердил соответствующие рамки. Однако эти процессы должны быть ограничены по времени и ориентированы на конкретные результаты и должны давать ощутимые выгоды более бедным странам региона, а также уменьшать разрыв между богатыми и бедными.

64. Странам следует осознать последствия соглашений во всей их полноте, а также внести необходимые поправки в их национальное законодательство, чтобы обеспечить беспрепятственное действие гарантий.

65. Расширение частного сектора без гарантий для социально незащищенных групп населения может нарушить целостность систем здравоохранения, при этом государственный сектор будет оказывать услуги лишь самым бедным и наиболее нуждающимся (это явление описывается как «снятие сливок»). ГАТС также оказывает воздействие на целый ряд других секторов услуг, которые непосредственно сказываются на секторе здравоохранения. Одним из примеров является коммерциализация водоснабжения и его нормирование посредством тарифов. На практике запретительные для большинства бедных домашних хозяйств цены на питьевую воду могут приводить к серьезным проблемам для здоровья.

66. Глобализация изменяет характер работы и условия труда. Недостаточно внимания уделяется технике безопасности и производственной гигиене.

67. Число связанных с работой увечий, болезней и смертей существенно снижается. Системы отчетности не развиты или вообще отсутствуют. По оценкам МОТ, ежегодно в регионе наносится 14 млн. увечий без летального исхода. На каждый несчастный случай с летальным исходом приходится по крайней мере 750 несчастных случаев с наступлением постоянной инвалидности (МОТ, 2001).

68. Длительная работа с микроскопом в электронной промышленности, работа за компьютером и плохая освещенность рабочего места отрицательно сказываются на состоянии зрения. Игнорирование требований к эргономическому дизайну рабочего места, включая расположение рабочего стола, оборудования, материалов, клавиатур и кресел, приводит к нарушениям в костно-мышечной системе. Не отвечающая требованиям система вентиляции становится питательной средой для клещей и пыли и не полностью отводит дымы, что приводит к расстройствам дыхания.

69. Глобализация содействует тому, что во многих странах местные и вспомогательные системы медико-санитарной помощи приходят в упадок, поощряя пренебрежительное отношение к этим системам и уменьшая официальную поддержку и объем их финансирования. Потребности этих систем медико-санитарной помощи, которые обеспечивают для бедноты реальную альтернативу дорогостоящей терапии и патентованным лекарственным средствам следует учитывать в основных процессах развития. В настоящее время правительства стран региона начинают уделять серьезное внимание этим системам.

С. Экологические детерминанты

70. Приблизительно одна четверть общего числа заболеваний в мире может объясняться экологическими причинами, при этом 40 процентов среди заболевших составляют дети в возрасте до пяти лет. Среди 10 основных факторов риска смерти в развивающихся странах с высоким уровнем смертности второе место занимают непригодная для питья вода, несоблюдение требований санитарии и гигиены, а четвертое место - дым в помещениях от сжигания твердого топлива (ВОЗ, 2002b).

a) Водоснабжение и санитария

71. В глобальных масштабах 80 процентов всех инфекционных заболеваний объясняются причинами, связанными с водой (Ford, 2004). В регионе ЭСКАТО диарея ежегодно уносит жизни приблизительно 750 000 людей, в основном детей. На долю передаваемых через воду бактериальных инфекций может приходиться почти половина от числа таких смертей (ЮНИСЕФ, 2004).

72. В мире 1,1 млрд. человек лишены надлежащего доступа к питьевой воде и 2,4 млрд. – надлежащей санитарии. В Восточной Азии и Тихоокеанском субрегионе 48 процентов населения имеют доступ к улучшенным средствам санитарии. В Южной Азии лишь 37 процентов могут пользоваться такими средствами. Отсутствие надлежащего водоснабжения и санитарии ухудшает состояние здоровья и, как следствие этого, повышает уровень нищеты. Беднейшими в обществе являются люди, которые лишены доступного и надлежащего водоснабжения.

73. По оценкам, свыше 200 млн. человек, проживающих в основном в сельских районах девяти стран Азии, подвержены риску мышьякового отравления, рака и позже смерти из-за долговременного употребления грунтовой воды, зараженной мышьяком. Микрочастицы мышьяка усваиваются всеми клетками человеческого организма, что в долгосрочной перспективе сказывается на детях, замедляет развитие их познавательных и умственных способностей. Медицинское противоядие при отравлении мышьяком отсутствует. Единственный надежный способ предотвращения мышьякового отравления состоит в том, чтобы избегать употребления зараженной этим веществом воды. Помимо этого чрезмерная концентрация фтора в воде приводит к хронической интоксикации фтором зубных и скелетных тканей, а кадмий наносит вред печени.

b) Загрязнение воздуха

74. В Азиатско-Тихоокеанском регионе загрязнение воздуха в помещениях относится к самым высоким факторам риска для здоровья среди многих источников загрязнения воздушной среды. Вредное воздействие дыма от сжигания твердого топлива (древесины, навоза, угля и сельскохозяйственных отходов) усиливается в соответствии с уровнем

загрязнения и временем, в течение которого человек вдыхает загрязненный воздух. Наиболее подвержены риску женщины и дети. Загрязнение воздуха в помещениях приводит к накоплению в теле человека, вдыхающего загрязненный воздух в помещениях, таких загрязняющих веществ, как мелкие и твердые частицы, окись углерода, окислы азота, бензол, толуол и формальдегид. Эпидемиологические свидетельства указывают на связь между загрязнением воздуха в помещениях и респираторными инфекциями, туберкулезом, раком, малым весом новорожденных и ростом младенческой и перинатальной смертности (Suk, 2003).

75. Выбросы промышленных предприятий и автотранспортных средств наносят вред здоровью людей. Одной из серьезных проблем в регионе являются выбросы свинца. Следы свинца обнаруживаются в рисе, овощах и питьевой воде, что приводит к повышению уровней свинца в крови. В Китае дети с высокими уровнями интоксикации свинцом по своему росту и весу уступают средним показателям для детей своей возрастной группы и чаще болеют (Suk, 2003).

76. Помимо непосредственных интоксикационных и канцерогенных последствий загрязнение воздуха также отрицательно сказывается на окружающей среде и состоянии здоровья по целому ряду направлений. Некоторые загрязняющие воздушную среду вещества выпадают в качестве кислотного дождя. Кислотный дождь приводит к деградации окружающей среды с сопутствующими последствиями для экосистем, что повышает уровень опасности для здоровья. Истощение озонового слоя, связанное с применением истощающих озоновый слой химических веществ, как ожидается, приведет к усилению ультрафиолетовой радиации в диапазоне UV-B, результатом чего может стать подавление иммунных систем и развитие рака кожи. В Юго-Восточной Азии 70 млн. людей на сезонной основе подвергаются воздействию загрязненного воздуха из-за лесных пожаров (Sastry, 2002).

с) Производство продуктов питания и продовольственная безопасность

77. В практике сельскохозяйственного производства часто отмечается злоупотребление пестицидами, удобрениями и другими химическими веществами, которые попадают в воздух и воду. Агрехимическая интоксикация и аварии сельскохозяйственных машин приводят к заболеваниям, увечьям и смертям, подлинное число которых замалчивается. Мелкие фермеры особенно уязвимы к интоксикации химическими удобрениями и пестицидами, которые находят широкое применение в регионе, и эргономическим опасностям, усугубляемым непрерывным тяжелым физическим трудом на устаревшем и часто отказывающем оборудовании (MOT, 2001). Некоторые виды пестицидов могут вызывать раковые опухоли, выкидыши и нарушения восприятия у детей, родители которых подвергались интоксикации такими пестицидами (Suk, 2003).

78. Многие новые инфекционные заболевания получили распространение из-за того, что после заражения животных вирусы могут трансформироваться и заражать людей. Система сельскохозяйственного производства, особенно интенсивное животноводство в густонаселенных районах, где скот держится в непосредственной близости от жилья людей, становятся благодатной почвой для появления новых болезней. Недавними примерами этого могут служить атипичная пневмония и вирус птичьего гриппа. Новые болезни поражают не только людей, но и животных и растения, что отрицательно сказывается на экосистемах и состоянии здоровья людей. Заболевания, которые ставят под угрозу сельскохозяйственное производство, также подрывают и продовольственную безопасность и средства к существованию. Таким образом, новые болезни сами становятся причинами экологических изменений (Epstein et al., 2003).

79. Использование генетически измененных организмов при производстве продуктов питания вызывает бурные дискуссии. На международном уровне широко обсуждается вопрос о том, можно ли переходить к крупномасштабному использованию генетически измененных организмов до того, как будут определены долгосрочные последствия использования таких организмов для здоровья людей. Проблемы возникают с экспортом в развивающиеся страны продуктов питания из генетически измененных культур.

80. Для упаковки продуктов питания широко используются пластмассы. Многие пластмассы содержат токсичные химические вещества, включая биоциды (для предупреждения образования микроорганизмов на их поверхности), красители и повышающие гибкость материала вещества, известные как пластификаторы. Эти вещества могут высвободиться при попадании в пищеварительный тракт (Owen, 2004). В океанах накапливаются огромные объемы микроскопических пластмассовых фрагментов. Общая масса пластмассовых частиц в некоторых центральных частях Тихого океана в шесть раз превышает резидентную массу планктона, которая является основой цепочки питания. Имеются свидетельства того, что пластмассовые частицы попадают в систему пищеварения морских организмов, а впоследствии и в пищевую цепочку.

d) Отходы

81. Беспорядочное удаление отходов является одним из крупнейших рисков для здоровья. Неразлагаемые микроорганизмами пластмассовые отходы являются основной частью отходов. Пластмасса не тонет в воде; она впитывает и аккумулирует токсичные плавучие химические вещества из других источников. Пластмассовые отходы также засоряют канализационные системы, что приводит к острым проблемам с санитарией.

82. Несмотря на определенный прогресс, которого удалось добиться после принятия Базельской конвенции о трансграничном перемещении опасных отходов, которая вступила в силу в 1992 году (ЮНЕП, 2004), большие объемы опасных отходов, включая отходы электронной техники, по-прежнему экспортируются в развивающиеся страны региона. Рециркуляция зачастую ведется неупорядоченным образом, и обычной практикой является сжигание пластмасс, использование кислотных ванн и сброс отходов. Проживающая в регионе беднота подвергается риску отравления свинцом, ртутью, шестивалентным хромом, бериллием, кадмием и бромированными антипиренами, которые высвобождаются при этих процессах (Puckett et al., 2002). Не отвечающее требованиям безопасности удаление опасных отечественных медицинских и промышленных отходов связано с серьезными рисками для здоровья населения в регионе.

III. СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

83. Медико-санитарная помощь играет важную роль в деле пропагандирования здорового образа жизни и охраны здоровья. Обеспечение равного доступа к медико-санитарным услугам является ключевым фактором в усилиях, направленных на уменьшение числа заболеваний среди бедноты и смягчения их последствий. На правительства оказывается давление с тем, чтобы медико-санитарные услуги предоставлялись эффективно, оперативно и на справедливой основе. Индустриально развитые и развивающиеся страны взяли на вооружение аналогичные подходы в деле улучшения работы систем здравоохранения: уменьшение масштабов, приватизация, партнерские связи, конкуренция в оказании услуг, измерение показателей эффективности, а также участие гражданского населения. Для

выполнения согласованных на международном уровне задач в области здравоохранения необходимо и далее укреплять системы здравоохранения, принимая целенаправленные меры.

А. Доступность

84. Во многих странах региона увеличивается разрыв в доступе к медико-санитарным услугам между бедной и более обеспеченными слоями населения. Факторы, ограничивающие доступ бедноты к медико-санитарным услугам, включают барьеры со стороны спроса (нехватка знаний об охране здоровья и финансовых ресурсов) и проблемы со стороны предложения (недоукомплектованные кадрами центры первичной медико-санитарной помощи, нестабильные запасы лекарственных средств, нехватка оборудования, ухудшающееся качество оказываемых услуг, неудобные часы работы поликлиник и центров медико-санитарной помощи или их большая удаленность, негигиеничные условия и неразвитые связи между теми, кто оказывает услуги, и теми, кто ими пользуется).

85. За истекшие два десятилетия международные тенденции в проведении рыночных реформ сектора здравоохранения привели к резкому сокращению ассигнований на здравоохранение из национальных бюджетов. Результатом этого становится уменьшение объема оказываемых медико-санитарных услуг. Среди беднейших 37 стран мира государственные расходы на здравоохранение из расчета на душу населения сократились в 80-х годах на 50 процентов. Бюджетная политика, включая недостаточные ассигнования на погашение капитальных и текущих издержек, приводит к понижению качества услуг медицинских учреждений и нехваткам оборудования, лекарственных и транспортных средств. Ухудшение условий труда снижает производительность медицинского персонала.

86. Кроме того, конъюнктура рынка определяет объем расходов на научные исследования. Этим объясняется разрыв 10/90, характерный для медицинских исследований – менее 10 процентов средств, выделяемых на медицинские исследования, направляются на цели улучшения состояния здоровья 90 процентов населения мира. На борьбу с болезнями, которые наиболее распространены среди бедных слоев населения, направляется сравнительно небольшой объем расходов на НИОКР. Такое положение препятствует разработке лекарственных средств для бедноты. Ежегодные глобальные инвестиции в научные исследования по малярии в 1990 году составили 65 долл. из расчета на 1 случай заболевания с летальным исходом по сравнению с 789 долл. США из расчета на одну смерть от астмы. В период с 1975 года по 1977 год лишь 13 из 1 233 лекарственных средств, которые были выпущены на общемировые рынки, предназначались для лечения тропических инфекционных заболеваний, в котором больше всего заинтересованы бедные слои населения в странах с низким и средним уровнем доходов (Global Forum for Health Research, 2002).

В. Финансирование

87. Несбалансированное оказание медико-санитарных услуг увеличивает разрыв между богатыми и бедными. Во многих странах региона 85 процентов расходов на здравоохранение приходится на личные сбережения. Регрессивные платежи поглощают крупную долю авансов доходов бедного домашнего хозяйства по сравнению с долей таких доходов богатого домашнего хозяйства. Плата за пользование услугами государственных учреждений и выплаты из личных сбережений в погашение издержек на услуги государственных и частных медицинских учреждений, которые переносят бремя погашения издержек на медико-санитарную помощь с государственного на частный сектор или на

индивидуальное домашнее хозяйство, доводят многие семьи до нищенского состояния и усиливают тяготы бедных слоев населения.

88. Тот факт, что многие люди платят за медико-санитарную помощь, слишком долго рассматривался как синоним готовности и способности оплачивать услуги без какого-либо учета бремени выплат, которое ложится на бюджет домашнего хозяйства. Из нескольких рисков, с которыми сталкиваются бедные домашние хозяйства, риск для здоровья особо опасен, т.к. он подрывает ресурсы домашнего хозяйства из-за увеличения расходов на лечение в случае болезни, что отрицательно сказывается на доходных статьях домашнего хозяйства и истощает его ресурсы, включая неоплачиваемое рабочее время женщин для ухода за больными.

89. Несправедливый характер форм финансирования здравоохранения посредством налогов или страхования приводит к неэффективному распределению рисков среди населения. Региону еще предстоит пройти путь поэтапного перехода к группированию рисков в рамках систем медицинского страхования, на основе которых здоровые, имеющие более высокие доходы группы населения субсидируют медицинскую помощь для групп с более низким уровнем доходов. Такое группирование рисков потребует предоплаты медико-санитарных услуг в виде недискриминационных страховых взносов или вычетов из заработной платы, что приведет к снижению индивидуальной ответственности за погашение издержек на медицинское обслуживание и позволит избегать крупных выплат в случае заболевания.

90. Системы коллективного медицинского страхования здоровья, такие, как микрострахование, являются одним из эффективных средств погашения издержек бедноты на медико-санитарную помощь. Преимущества систем коллективного финансирования медицинской помощи заключаются в их потенциале для охвата населения с низким уровнем доходов в сельских районах и работников неформального сектора, задействования социального капитала для расширения осведомленности, корректировки неправильных решений, поощрения мер профилактики и расширения доступа к медико-санитарной помощи.

С. Людские ресурсы

91. Многие системы здравоохранения сталкиваются с различными кадровыми проблемами. Они включают избыточную концентрацию квалифицированного и дорогостоящего медицинского персонала в городах и частном секторе; низкий моральный дух и слабую заинтересованность среди сотрудников медицинских учреждений; плохие условия труда; неадекватную подготовку и недостаточную поддержку и нехватку способных руководителей, включая слабое планирование и контроль. Неравенство в распределении работников системы здравоохранения усугубляется асимметрией в распределении специалистов, когда высококвалифицированные работники сосредоточиваются в областях с более высоким уровнем обслуживания. Медицинские работники мигрируют из сельских районов в города и переходят из государственного в частный сектор. Международная миграция еще более углубляет неравенство в секторе здравоохранения между государственным и частным секторами и между городом и селом.

Д. Участие общин

92. В регионе ЭСКАТО оказание медико-санитарной помощи традиционно входит в компетенцию правительств. Однако, учитывая проблемы с людскими ресурсами и прочие

проблемы в системах здравоохранения, имеются возможности для расширения участия общин в планировании и мониторинге в целях укрепления системы оказания медико-санитарных услуг и расширения охвата ими населения. Партнерские связи гражданского общества с формальными государственными медицинскими учреждениями и частным сектором могли бы также содействовать улучшению медико-санитарных услуг благодаря повышению подотчетности систем здравоохранения и совершенствованию управления ими. В целях повышения эффективности работы систем здравоохранения необходимы новаторские формы взаимодействия и участия заинтересованных сторон на уровне общины. Вспышка атипичной пневмонии 2003 года продемонстрировала важность участия общин в деле непрерывного мониторинга инфекционных заболеваний и борьбы с их вспышками. Во многих сельских общинах имеется богатый запас традиционных медицинских знаний и ресурсов, ценность которых упускается из виду. Имеются значительные возможности для расширения общинных знаний и навыков для развития здравоохранения и поощрения более эффективного вклада общин в мониторинг заболеваний и борьбу с ними.

IV. ВЫВОДЫ

93. Ответственность за обеспечение равного доступа к здравоохранению как основного права человека в основном возлагается на государство. Системы здравоохранения в регионе ЭСКАТО претерпевают крупные изменения. Лица, ответственные за разработку политики, должны вновь обратить внимание на нерешенные и новые проблемы в области здравоохранения, включая недоедание и инфекционные заболевания. В то же время, наряду с проблемой ВИЧ/СПИДа и другими новыми эпидемическими заболеваниями, все большую остроту приобретает проблема распространения неинфекционных заболеваний. Как следствие этого на регион ложится двойное бремя заболеваний.

94. За 25 лет после Алмаатинской конференции процессы либерализации, глобализации торговли, урбанизации и индустриализации набрали темпы и охватили все страны Азиатско-Тихоокеанского региона. Эти процессы оказывают глубокое воздействие на социально-экономические структуры и состояние окружающей среды в регионе, что в свою очередь сказывается на состоянии здоровья.

95. Глобализация экономики, в частности, будет и впредь важнейшим фактором воздействия на состояние здоровья населения. Необходимо будет обеспечить, чтобы процесс глобализации во всех его аспектах содействовал развитию сектора здравоохранения, а не наносил ему ущерб. Управляя процессом глобализации на основе углубления понимания его многостороннего воздействия на трансформацию общества, можно добиться существенного улучшения состояния здоровья населения.

96. Для достижения цели «здоровье для всех» странам и территориям региона потребуется проанализировать коренные детерминанты здоровья, вместо того, чтобы обсуждать симптомы его ухудшения по мере их возникновения. Выполнение этой задачи требует системного анализа факторов, определяющих здоровье населения, а также того, как их следствия проявляют себя в обществах региона. Кроме того, необходимо совершенствовать политику и программы, содействующие укреплению здоровья населения, а также уменьшать разрыв в уровне медицинского обслуживания богатых и бедных. Перспективное планирование развития для обеспечения позитивных сдвигов в сфере здравоохранения является той задачей, для выполнения которой регион должен приложить все усилия, что позволит спасти миллионы людей от заболеваний, недугов, увечий и

преждевременной смерти, а также защитить накопленные им в процессе развития достижения.

97. Доступ к медико-санитарной помощи является основной потребностью. Удовлетворение этой потребности неразрывно связано с обеспечением доступа к образованию, питанию и жилью, а также защиты гражданских прав.

Справочная литература

Asian Development Bank (1999). *Policy for the Health Sector* (<http://www.adb.org/Documents/Policies/Health/health.pdf>, 20 May 2004).

Buse K., N. Drager, S. Fustukian, K. Lee (eds.) (2002). *Health Policy in a Globalising World* (Cambridge, Cambridge University Press).

Chopra, M., S. Galbraith and I. Darnton-Hill (2002). "A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition", *Bulletin of the World Health Organization* 2002, 80(12).

Epstein, Paul, Eric Chivian, Kathleen Frith (2003). "Emerging Disease Threaten Conservation", *Environmental Health Perspectives*, 111(10).

ЭСКАТО(2002). «Шанхайская стратегия осуществления: региональная стратегия осуществления Мадридского международного плана действий по проблемам старения 2002 года и Макаоского плана действий по проблемам старения для Азиатско-Тихоокеанского региона 1999 года» (E/ESCAP/1280).

_____ (2003a). «Вопросы политики, касающиеся региона ЭСКАТО: учет экономических и социальных проблем, особенно проблем ВИЧ/СПИДа в деле удовлетворения потребностей региона» (E/ESCAP/1267).

_____ (2003b). «Рассмотрение региональной основы для действий в интересах построения открытого, доступного и равноправного общества для людей с инвалидностью в Азиатско-Тихоокеанском регионе» (E/ESCAP/APDDP/4/Rev.1).

ESCAP/UNDP (2003). *Promoting the Millennium Development Goals in Asia and the Pacific: Meeting the Challenges of Poverty Reduction* (United Nations publication, Sales No. E.03.II.F.29).

Ford, Timothy (2004). "Increasing risks from waterborne disease: both U.S. and international concerns", Center for Health and Global Environment, Harvard Medical School (<http://www.med.harvard.edu/chge/textbook/global/drinking/transcript.htm>, 10 June 2004).

Global Forum for Health Research (2002). *10/90 Report on Health Research 2001-2002* (Geneva, Global Forum for Health Research).

International Labour Office (August, 2001). *Decent Work in Asia* (Bangkok).

Lee, K., K. Buse and S. Fustukian (2002). "Introduction to global health policy", *Health Policy in a Globalising World* (Cambridge, United Kingdom, Cambridge University Press).

Liu, Y., K. Rao and W.C. Hsiao (2003). "Medical expenditure and rural impoverishment in China", *Journal of Health, Population and Nutrition*, 21(3): 216-222.

Murray, C.J.L. and A.D. Lopez (1996). *Global Health Statistics: Global Burden of Disease and Injury Series*. Volumes I and II (Harvard School of Public Health, Boston).

- Narayan, R. (2003). "The community health paradigm in diarrhoeal disease control" in D. Raghunath and R. Nayak, eds., *Diarrhoeal Diseases: Current Status, Research Trends and Field Studies*, Sir Dorabji Tata Symposium Series, p. 302 (India, Tata McGraw-Hill Publishing Company Limited).
- Owen, James (2004). "Oceans Awash with Microscopic Plastic, Scientists Say", *National Geographic News*, 6 May 2004.
- Puckett, Jim, Leslie Byster, Sarah Westervelt, Richard Gutierrez, Sheila Davis, Asma Hussein, Dutta Madhumitta (2002). "Exporting harm: the high-tech trashing of Asia" (<http://www.ban.org/E-waste/technotrashfinalcomp.pdf>, 20 May 2004).
- Sastry, Narayan (2002). "Forest Fires, Air Pollution, and Mortality in South-East Asia", *Demography*, February 2002, vol. 39, No. 1, pp. 1-23.
- Sen, Amartya K. (1997). *Hunger in the Contemporary World* (London, Suntory and Toyota International Centres for Economics and Related Disciplines (STICERD), London School of Economics).
- Sherlock, P.L. (2002). "Ageing and health policy: global perspectives" in Kelley Lee, Kent Buse and Suzanne Fustukian, eds., *Health Policy in a Globalising World* (Cambridge, United Kingdom, Cambridge University Press).
- Suk, Williams et al. (2003). "Environmental threats to children's health in Southeast Asia and the Western Pacific", *Environmental Health Perspectives*, 111(10).
- United Nations (2004). "Interim report of Task Force 2 on hunger", Millennium Project (<http://www.unmillenniumproject.org>, 12 May 2004).
- UNAIDS (2003). *AIDS Epidemic Update* (Geneva, UNAIDS).
- United Nations Development Programme (2003). *Human Development Report 2003* (New York, UNDP).
- UNEP (2004). Web site of the Basel Convention (<http://www.basel.int/index.html>).
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization and World Water Assessment Programme (2003) *United Nations World Water Development Report*.
- UNICEF (2004). Water, Sanitation and Education (http://www.unicef.org/wes/index_schools.html, 16 June 2004).
- UNICEF-EAPRO (2003). *Towards a Region Fit for Children* (Bangkok).
- Wagstaff, Adam (2002). "Poverty and health sector inequalities", *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80(2).
- Всемирная организация здравоохранения (1978 год). Алма-Атинская декларация. Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, 1978 год.
- _____ (2001). "Macroeconomics and health: investing in health for economic development", *Report of the Commission on Macroeconomics and Health* (Geneva, WHO).
- _____ (2002). *Report of the International Conference on Environmental Threats to the Health of Children: Hazards and Vulnerability, Bangkok, Thailand, 3-7 March 2002*, Geneva (<http://www.who.int/docstore/peh/ceh/Bangkok/bangkokconf.htm>, 20 May 2004).

_____ (2004a). “Global tuberculosis control - surveillance, planning, financing”, *World Health Report 2004* (Geneva, WHO).

_____ (2004b). “A human-rights perspective” (www.who.int/nut/rights.htm, 15 June 2004).

_____ (2004c). World Health Organization Tobacco Free Initiative (http://www.who.int/tobacco/areas/framework/signing_ceremony/countrylist/en/).

_____ (2004d). “Mental and neurological disorders” (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs265/en>, 15 June 2004).

_____ (2004e). “Snapshots of mental health in the Western Pacific Region” (http://www.wpro.who.int/multimedia/whd2001/Facts_and_Figures, 15 June 2004).

Wilkinson, R. and M. Marmot (eds.) (2003). *The Solid Facts – Social Determinants of Health* (Denmark, WHO-EURO).

Zwi, A., S. Fustukian and D. Sethi (2002). “Globalization, Conflict and Response” in K. Lee, K. Buse and S. Fustukian, eds., *Health Policy in a Globalising World* (United Kingdom, Cambridge University Press).

.