



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:
УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

(Пункт 5с предварительной повестки дня)

Записка секретариата

РЕЗЮМЕ

Общественное здравоохранение является одной из развивающихся и динамичных областей деятельности и знаний, которая призвана содействовать восстановлению, охране и укреплению психического и физического здоровья, а также социального благосостояния населения. Акцент в ней делается не на лечении, а на профилактике на основе принятия совместных мер, направленных на устранение основных причин заболеваний и создание условий, в которых общины или группы населения могли вести здоровый образ жизни.

В области общественного здравоохранения работает широкий круг специалистов. Среди них можно отметить политических аналитиков, эпидемиологов, демографов, социологов и специалистов в области поведенческих наук, работников санитарного просвещения и социальных и медико-санитарных работников. Развитие их способностей вносить конкретный вклад в вовлечение общин в процесс развития системы здравоохранения, работать в составе многодисциплинарных коллективов и поддерживать связь с государственными и местными руководителями также важно, как и их специальная техническая подготовка. Работающие в области общественного здравоохранения специалисты должны ясно понимать социальные, экономические и экологические факторы, влияющие на состояние здравоохранения, с тем чтобы играть полезную роль в формировании последствий их действия для здоровья населения.

Общины и организации гражданского общества являются ключевыми союзниками в области развития системы государственного здравоохранения. Развитию их потенциала в интересах развития системы государственного здравоохранения необходимо уделять больше внимания, чем это делалось в последние годы. Есть возможность развивать их инициативы в целях расширения ресурсной базы здравоохранения.

В этом документе проводится анализ потребностей в развитии потенциала для решения первоочередных проблем в области здравоохранения и подробно рассматриваются некоторые основные аспекты укрепления системы здравоохранения. Он дополняет три других документа секретариата, посвященных факторам, определяющим здоровье, инвестированию в здравоохранение и проекту рамок стратегических мер по укреплению системы здравоохранения и устойчивому развитию.

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

Введение	1
I. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ УСТАНОВЛЕНИЯ РАВЕНСТВА И СОЦИАЛЬНОЙ СПРАВЕДЛИВОСТИ	1
II. РАЗВИТИЕ ЛЮДСКИХ РЕСУРСОВ	2
А. Анализ дефицита ресурсов	2
В. Расширение учебной программы в области здравоохранения	3
III. БОЛЕЕ ШИРОКОЕ УЧАСТИЕ ОБЩЕСТВЕННОСТИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	4
Вывод	6

Введение

1. На своей исторической шестидесятой сессии, проходившей в Шанхае, Китай, Комиссия приняла резолюцию 60/2 от 28 апреля 2004 года, содержащую региональный призыв к действиям в целях укрепления системы здравоохранения. При этом в ней была сделана ссылка на согласованные на международном уровне цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия, прежде всего цели, касающиеся здравоохранения, и резолюцию 58/3 Генеральной Ассамблеи от 27 октября 2003 года об укреплении глобальной системы здравоохранения.
2. Азиатско-Тихоокеанский регион, где проживают 62 процента всего населения мира, за последние несколько десятилетий демонстрирует неуклонный экономический прогресс и динамизм, что, в свою очередь, вносит вклад в улучшение условий жизни и здоровья его населения. В нем также сложилось множество богатых культурных, духовных традиций, а также традиций исцеления и врачевания.
3. Вместе с тем, глобальная макроэкономическая политика и тенденции негативно сказываются на регионе, что приводит к потере заработка, увеличению масштабов нищеты и миграции, загрязнению и уничтожению окружающей среды и увеличению числа конфликтов. Эти более глубокие социальные, экономические и экологические факторы серьезно сказываются на здоровье населения, что создает питательную почву для передачи заболеваний. Стоимость медико-санитарного обслуживания увеличивается, тогда как государственные расходы на здравоохранение сокращаются. Среди некоторых групп населения и стран успехи, достигнутые в области здравоохранения за пять лет, сходят на нет. Растет неравенство в состоянии здоровья и доступе к медико-санитарному обслуживанию.
4. Развитие системы общественного здравоохранения, призванная решать эти проблемы, не поспевает за эскалацией и изменением характера задач, стоящих перед здравоохранением. Появление ВИЧ/СПИДа, тяжелого острого респираторного синдрома и птичьего гриппа служит тревожным сигналом для региона и бросает вызов его системам здравоохранения. Такие давно назревшие проблемы, как туберкулез, малярия, диарея и недоедание, также приводят к большим страданиям и смертельному исходу, которым средства массовой информации и политики не уделяют должного внимания. Налицо настоятельная необходимость оживить деятельность здравоохранительной системы и методов ее работы и укрепить системы здравоохранения на основе инфраструктуры, опыта и знаний, накопленных за последние десятилетия.
5. Укреплению системы здравоохранения для более эффективного реагирования на новые проблемы в области здравоохранения в контексте их развития поможет укрепление базы знаний и навыков работающего в системе здравоохранения персонала и увеличение объема людских ресурсов в области здравоохранения. Этого можно добиться с помощью мобилизации таких сторон, как общины и организации гражданского общества (ОГО), в интересах общественного здравоохранения. Инициатива, касающаяся укрепления системы здравоохранения, должна предоставить возможности для более широкого участия общин, прежде всего бедных и уязвимых групп населения, в процессе принятия решений, которые сказываются на их здоровье.

I. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ УСТАНОВЛЕНИЯ РАВЕНСТВА И СОЦИАЛЬНОЙ СПРАВЕДЛИВОСТИ

6. Общественное здравоохранение является развивающейся и динамичной областью деятельности и знаний. С начала XIX века в ряде стран практика медико-санитарного

обслуживания и повышения качества экономических условий и условий жизни привели к достижению крупных успехов в области здравоохранения населения. Это стало возможным благодаря социальной политике, которую стали проводить еще до создания вакцин и антибиотиков и которая предусматривала меры по улучшению санитарных условий, гигиены, водоснабжения, жилищных условий, питания и социального обеспечения.

7. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) в качестве одной из стратегий достижения международной цели социального развития – «Здравоохранение для всех к 2000 году» нашла отражение в итогах в имевшей важное значение Алматинской конференции в 1978 году. В этом подходе учитывается общинный опыт и задачи различных континентов, включая Азию и Азиатско-Тихоокеанский регион.

8. Алматинская стратегия ПМСП основывается на принципах равенства и социальной справедливости в области здравоохранения и медико-санитарного обслуживания. Она расширяет сферу здравоохранения путем подчеркивания важного значения повышения социального контроля и демократических процессов, регулирующих деятельность в области здравоохранения и смежного обслуживания. В ее рамках делается попытка предоставить общинам более широкие права в системах здравоохранения на основе децентрализации и создания институциональных механизмов, необходимых для участия в процессе принятия решений в области здравоохранения.

9. Стратегия ПМСП охватывает не только лечебное медико-санитарное обслуживание, но и подчеркивает необходимость межсекторального взаимодействия в целях решения проблем, связанных с более глубокими факторами, определяющими состояние здравоохранения. Для достижения цели социального развития – «Здравоохранение для всех» в стратегии ПМСП подчеркивается необходимость опоры на собственные силы на индивидуальном, общинном и национальном уровнях и рекомендуется использовать соответствующую технологию для удовлетворения потребностей населения. Она пропагандирует социальные средства достижения этих целей. Вместе с тем, если некоторые страны продолжали следовать по пути использования стратегии ПМСП и сохранили достигнутые в области здравоохранения успехи, то другие не в полной мере внедрили принципы ПМСП, а поэтому и не достигли успехов. Задача заключается в более тщательном подходе к решению проблем, связанных с социальными, экономическими и экологическими факторами, определяющими состояние здравоохранения.

10. Укрепление системы здравоохранения в секторе здравоохранения и за его пределами вкрупне с увеличением объема инвестиций в здравоохранение и устойчивое развитие будут содействовать достижению сформулированных в Декларации тысячелетия целей развития.

II. РАЗВИТИЕ ЛЮДСКИХ РЕСУРСОВ

A. Анализ дефицита ресурсов

11. Создание резерва хорошо подготовленных, компетентных и целеустремленных специалистов и работников в области здравоохранения является одной из первоочередных задач, стоящих перед всеми странами региона. Во многих странах региона в системе здравоохранения, возможно, необходимо провести анализ причин дефицита людских ресурсов. Такой дефицит может возникнуть вследствие действия таких факторов, как физическая нехватка и/или неправильное распределение людских ресурсов. Людские ресурсы, даже если они и имеются, возможно, требуют повышения квалификации или переподготовки. Анализ причин дефицита будет способствовать планированию и

прогнозированию числа квалифицированных работников здравоохранения, необходимых на различных уровнях системы здравоохранения.

12. Укрепление системы здравоохранения должно включать в себя не только технические знания, но и ориентации на обслуживание, которые дают работникам здравоохранения возможность проявлять большую чуткость и ответственность перед теми, которым они призваны служить, прежде всего бедному населению и группам населения, которые, как правило, не имеют возможности пользоваться медико-санитарным обслуживанием.

13. Медико-санитарное обслуживание стало приобретать все более сложный характер и предусматривать принятие множества мер вмешательства, которые требуют одновременного осуществления. Они охватывают и наблюдение в женских консультациях, и иммунизацию, и целенаправленные программы борьбы с такими заболеваниями, как малярия и туберкулез. Большинство из этих мер вмешательства осуществляет одна и та же группа работников здравоохранения на низовом уровне. С учетом наметившейся тенденции к децентрализации работникам здравоохранения на низовом уровне приходится все чаще выполнять ряд задач, которые сложнее, чем те, к решению которых их готовили, включая выполнение управленческих, финансовых и отчетных функций.

14. Во многих странах региона медицинская учебная подготовка по-прежнему охватывает лишь сектор здравоохранения. Действия таких многих факторов, как снабжение чистой питьевой водой, обеспечение надлежащих санитарных условий и другие меры по борьбе с загрязнением окружающей среды, непосредственно сказываются на здоровье. И все же в ходе учебной подготовки персонала, ответственного за принятие мер по охране окружающей среды, до их осознания, как правило, не доводят значение их работы для здоровья. А поэтому в различных секторах в процесс наращивания потенциала работников следует включить специальную подготовку в вопросах ориентации на здравоохранение.

15. Для разработки трезвой и комплексной политики, которая будет оказывать положительное влияние на здравоохранение, требуется, чтобы лица, ответственные за разработку политики во всех секторах развития понимали и развивали более широкую концепцию здравоохранения. Управление системой здравоохранения – это специализированная область, осуществление функций в рамках которой должно быть поручено квалифицированным специалистам в области здравоохранения, а не работникам широкого профиля, которых могут просто назначать по заведенному порядку.

В. Расширение учебной программы в области здравоохранения

16. Многие еще предстоит сделать для расширения учебной программы работников здравоохранения, с тем чтобы они в большей степени могли понимать и решать проблемы, связанные с последствиями действия факторов, определяющих состояние здравоохранения. Во многих странах региона в учебных заведениях таких курсов нет. К тому же, программы в области здравоохранения укомплектованы персоналом с клинической ориентацией, а не персоналом с ориентацией на общественное здравоохранение. Весьма целесообразно инвестировать в учебные заведения, где работникам здравоохранения прививают навыки, которые позволяют им выполнять свои функции в области здравоохранения в конкретных контекстах своей работы.

17. Что касается принятия решений в области общественного здравоохранения, то, как правило, достоверные данные и информация отсутствуют. Даже если бы такие данные и информация имелись, то для их эффективного использования потребовались бы специалисты-аналитики, которых не так-то легко найти в некоторых странах региона. В

целях ликвидации этого пробела потребуются специалисты для разработки, оценки и финансирования мер вмешательства. Аналитики политики в области здравоохранения и работники здравоохранения управленческого звена являются двумя профессиональными группами, которые могли бы внести жизненно важный вклад в общественное здравоохранение.

18. Разрабатывается стратегия оценки последствий для здоровья (ОПЗ), которая может использоваться для рассмотрения потенциальных или фактических последствий предлагаемой политики, программы или проекта для здоровья. ОПЗ позволяет понять и ликвидировать опасности для здоровья до того, как они выйдут из-под контроля. Отрадно, что в настоящее время многие страны региона в той или иной мере осуществляют ОПЗ или текущие программы в целях оценки последствий политики и предложений для здоровья населения. Есть возможности для расширения возможности ОПЗ не только министерств здравоохранения, но и других министерств, чьи решения и действия сказываются на здоровье населения.

19. Нередко полагают, что практика здравоохранения является экспертным, директивным подходом. Поскольку она связана с населением в Азиатско-Тихоокеанском регионе, у которых есть своя собственная культурная база и база знаний, в процессе здравоохранения необходимо учитывать культурные ценности и системы верований обществ региона, а также использовать богатую базу знаний региона и традиционную практику исцеления и врачевания.

20. За последние десятилетия накоплен большой опыт благодаря осуществляемым в добровольном секторе общинами инициативам в области здравоохранения и развития в использовании предусматривающих участие общественности подходов и экспериментальных методов обучения. Эти методы включают в себя самообразование и анализ, коллективную работу, привитие социальных навыков и углубление понимания культурной и общинной динамики, духовных и этических аспектов здравоохранения и врачебной этики. Они используются при подготовке специалистов для повышения личностной мотивации, увеличения способности к оказанию поддержки общинам и содействия сетевому взаимодействию между работниками здравоохранения.

21. Персонал, ответственный за материально-техническую базу здравоохранения на всех уровнях, играет важную роль в качестве руководителей группы работников здравоохранения. Важную роль в дополнении традиционных компонентов учебной подготовки в области здравоохранения играют мероприятия, касающиеся обучения методам руководства, коммуникации, коллективной работы, привлечения внимания к гендерной проблематике, социального анализа, понимания динамики общин и общинной организации, а также врачебной этики.

22. В ряде стран происходит взаимообогащающее взаимодействие между современными системами здравоохранения и местными системами здравоохранения и врачевания. Местные системы и методы, которые идут на пользу здоровью, должны найти соответствующее отражение в учебной подготовке работников и специалистов в области здравоохранения.

III. БОЛЕЕ ШИРОКОЕ УЧАСТИЕ ОБЩЕСТВЕННОСТИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

23. Участие общественности и ОГО позволяет мобилизовать новые организационные, технические, политические и финансовые ресурсы для здравоохранения. Для этого

необходимо создать условия для разработки политики и программ, основанных на фактах и опыте применения хорошо зарекомендовавших себя методов.

24. ОГО могут внести вклад в здравоохранение путем взаимодействия с национальными системами здравоохранения. Это взаимодействие может происходить путем обеспечения больничного обслуживания и оказания чрезвычайной помощи, а также обеспечения медико-санитарного обслуживания населения бедных и отдаленных общин. Можно серьезно говорить о том, что гражданское общество вносит вклад в повышение отчетности за политические процессы перед общественностью и освещение областей интервенции в области здравоохранения, которые требуют социальных действий, информационно-пропагандистской работы среды общественности или новаторских и общинных мер по решению вопросов, связанных со здравоохранением. На международном уровне организации гражданского общества уже являются не сторонними наблюдателями, а информированными участниками процессов формирования политики.

25. Избранные представители в местных органах отвечают за здравоохранение, а поэтому необходимы новаторские методы обучения, с тем чтобы дать этой группе возможность усовершенствовать управление системой здравоохранения.

26. Группы самопомощи, особенно женщины, становятся все более важной движущей силой в регионе. В некоторых странах региона учет в их деятельности здравоохранительных и социальных аспектов оказался весьма эффективным и мог бы использоваться в более широких масштабах.

27. Накопленный в регионе опыт свидетельствует о важном значении участия общин в функционировании системы здравоохранения с помощью различных средств, что способствует возникновению у членов общин чувства сопричастности и их участию в управлении медицинскими учреждениями. В числе этих средств можно отметить следующие:

- комитеты по вопросам здравоохранения на низовом уровне;
- механизмы по проведению и обеспечению отчетности;
- представители местных органов или избранные представители, на которых возложена конкретная конституционная ответственность за управление медицинскими учреждениями и программами в области здравоохранения;
- механизмы многостороннего управления медицинскими учреждениями, которые представляют интересы общин, для того чтобы были приняты меры по решению вопросов общественного здравоохранения.

28. Правительства и ОГО могли бы играть инициативную роль в использовании информационно-коммуникационной технологии (ИКТ) в целях сокращения разрыва в знаниях в области здравоохранения. Предполагающая участие общественности модель осуществляемого в экспериментальном порядке Всемирной организацией здравоохранения «Health InterNetwork», показывает, что обмен касающейся здравоохранения информацией с общинами, работниками здравоохранения и правительственными работниками, ответственными за вопросы здравоохранения, с использованием комплекса методов коммуникации, включая ИКТ, способствовал совершенствованию информационного обслуживания в интересах здравоохранения.

29. Участие общин оказалось успешным в проведении ориентированных на выработку конкретных мер исследований таких оказывающих влияние на состояние здоровья факторов, как факторы загрязнения промышленными предприятиями, использования пестицидов и горной добычи. Привлечение общин к мониторингу качества воды и воздуха позволяет общинам собирать информацию и становиться проводниками изменений.

30. Как в регионе, так и в других странах мира стали все чаще проводиться общественные кампании, посвященные вопросам здравоохранения. Движение женщин оказалось эффективным в привлечении внимания к гендерной проблематике в политике в области здравоохранения, защите репродуктивных прав и учете гендерных проблем при проведении научных исследований по вопросам здоровья и медицинском образовании. Одной из текущих кампаний является расширение доступа женщин к первичной медико-санитарной помощи и борьба с насилием в отношении женщин. Движение за охрану здоровья населения агитирует за возрождение духа и принципов медико-санитарного обслуживания. Таким образом можно узнать настроение людей и принять меры к решению вопросов, поднимаемых в ходе общественных кампаний и движений.

Вывод

31. Для того чтобы добиться хороших результатов в здравоохранении в регионе, в этой области необходимо осуществить системные и функциональные изменения. Система здравоохранения должна реагировать на оказывающие влияние на здоровье социальные, экономические, экологические факторы, которым пока не уделяется достаточно внимания.

32. Укрепление системы здравоохранения позволяет ей решать проблемы, связанные с действием факторов, определяющих состояние здоровья. При этом необходимо принимать во внимание стремительное развитие отрасли знаний, а также специфичные контекстные изменения, которые происходят постоянно. Кроме того, систему здравоохранения необходимо развивать во всех секторах в целях углубления понимания того, что здравоохранение является многосекторальным вопросом. Общины являются одним из богатейших источников опыта и знаний, играя ключевую роль в удовлетворении потребностей общин в здравоохранении и смежных потребностей.

33. Проблемы, с которыми в настоящее время сталкиваются страны региона в совершенствовании своих систем здравоохранения, являются в значительной степени результатом того, что в течение долгого времени им не уделялось внимания в процессах планирования и управления укреплением системой здравоохранения. Для того чтобы регион достиг сформулированных в Декларации тысячелетия целей развития, следует повысить качество и расширить охват системы здравоохранения.