



ЭКОНОМИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ КОМИССИЯ ДЛЯ АЗИИ И ТИХОГО ОКЕАНА

Шестьдесят третья сессия
17-23 мая 2007 года
Алматы, Казахстан

ВОПРОСЫ ПОЛИТИКИ, КАСАЮЩИЕСЯ РЕГИОНА ЭСКАТО

(Пункт 3b предварительной повестки дня)

**РАЗВИТИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ
АКТИВИЗАЦИИ ЭКОНОМИЧЕСКОГО РОСТА В ИНТЕРЕСАХ
ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕЙ РАЗВИТИЯ, ПРОВОЗГЛАШЕННЫХ В
ДЕКЛАРАЦИИ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ, В АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКОМ РЕГИОНЕ**

Записка секретариата

РЕЗЮМЕ

Экономический рост и здравоохранение являются взаимосоиливающимися факторами, а улучшение здравоохранения – это не только следствие экономического роста, но и решающий инструмент в борьбе с нищетой. Азиатско-Тихоокеанский регион добился значительного прогресса в экономической и социальной сферах за последние десятилетия, однако по-прежнему сталкивается с высокими уровнями абсолютной нищеты, а региональные средние показатели скрывают огромную разницу между странами и в самих странах в уровнях роста, развития и здравоохранения. Для предоставления эффективной медицинской помощи надлежащего качества всем слоям общества необходимо развивать устойчивые и хорошо финансируемые системы здравоохранения.

В этом контексте в настоящем документе приводится резюме исследования по главной теме, подготовленного для шестьдесят третьей сессии Комиссии, под названием «*Развитие систем здравоохранения в контексте активизации экономического роста в интересах достижения целей развития, провозглашенных в Декларации тысячелетия, в Азиатско-Тихоокеанском регионе*». В этом исследовании рассматривается взаимосвязь между здравоохранением и экономическим ростом, а также то, каким образом можно эффективно сократить бедность, инвестируя в здравоохранение. Рассматривается прогресс в достижении целей развития, провозглашенных в Декларации тысячелетия, а также такие вопросы, как демографические и эпидемиологические изменения, потребности в инвестициях, пути обеспечения всеобщего охвата медико-санитарными услугами и воздействие торговой политики на доступ к лекарствам и функционирование систем здравоохранения. Высказывается предположение, что регион обладает финансовыми и политическими возможностями для развития и укрепления систем здравоохранения и что региональное сотрудничество может играть важную роль в таких областях, как эффективное реагирование на новые заболевания, внедрение финансовых механизмов и сотрудничество в области исследований и обмен опытом в целях развития здравоохранения и связанных с ним секторов. Комиссия, возможно, рассмотрит эти предложения, а также другие предложения, выдвинутые в исследовании.

СОДЕРЖАНИЕ

	<i>Стр.</i>
I. ВВЕДЕНИЕ	1
II. СВЯЗЬ МЕЖДУ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ И ЭКОНОМИЧЕСКИМ РОСТОМ	2
III. СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЦЕЛИ РАЗВИТИЯ, ПРОВОЗГЛАШЕННЫЕ В ДЕКЛАРАЦИИ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ	4
IV. НА ПУТИ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ ВСЕОБЩЕГО ОХВАТА УСЛУГАМИ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ В АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКОМ РЕГИОНЕ	7
V. ИНВЕСТИЦИИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕЙ РАЗВИТИЯ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПРОВОЗГЛАШЕННЫХ В ДЕКЛАРАЦИИ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ	9
VI. СВЯЗИ МЕЖДУ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ И ТОРГОВЛЕЙ – РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ	11
VII. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ	15

I. ВВЕДЕНИЕ

1. В Азиатско-Тихоокеанском регионе за последние десятилетия произошли глубокие экономические и социальные изменения, что отражается среднегодовыми темпами роста в его развивающихся странах, которые были в два раза выше мировых в период с 1988 по 2005 год. Однако региональные средние показатели скрывают огромные различия между странами и внутри стран в уровнях роста, развития и здравоохранения. В регионе отмечаются высокие уровни абсолютной нищеты, значительная часть детей недоедает и многие люди проживают на сумму менее 1 долл. США в день и не имеют доступа к чистой воде или условиям санитарии и страдают от туберкулеза.
2. Некоторые препятствия на пути улучшения здравоохранения и достижения целей развития в области здравоохранения, провозглашенных в Декларации тысячелетия, находятся в самом секторе здравоохранения. Это такие препятствия, как низкие уровни расходов на здравоохранение, слабая физическая инфраструктура для оказания медико-санитарных услуг и нехватка медицинских работников. Другие социальные факторы, не относящиеся непосредственно к сектору здравоохранения, также оказывают глубокое влияние на состояние здравоохранения. К некоторым основным факторам относятся бедность, голод, низкое образование и медицинская неграмотность, отрицательное отношение к гендерным вопросам и отсутствие доступа к чистой воде и условиям санитарии.
3. Регион также сталкивается с новыми и возникающими задачами в секторе здравоохранения. Увеличение средней продолжительности жизни ведет к резкому старению населения в ряде стран региона, причем эта тенденция, по всей видимости, будет ускоряться. Это вызывает глубокие последствия для разработчиков планов и политики, поскольку бремя болезней увеличивает спрос на дорогостоящие медико-санитарные услуги. Изменения образа жизни, сопутствующие экономическому росту, также способствуют повышению уровней неинфекционных заболеваний в дополнение к существующему бремени инфекционных заболеваний. Кроме того, ВИЧ/СПИД, туберкулез и малярия, а также такие новые заболевания, как тяжелый острый респираторный синдром и птичий грипп, угрожают создать разрушительные задержки в развитии.
4. Имеющиеся свидетельства подчеркивают необходимость наделения высокой приоритетностью укрепление всесторонней медицинской помощи и способности национальных систем здравоохранения выполнить эту задачу. Всесторонние системы здравоохранения могут решать большинство задач, являясь при этом также главным сектором для обеспечения устойчивого всеобщего охвата медико-санитарными услугами, что может выходить за пределы процесса достижения целей развития, провозглашенных в Декларации тысячелетия, и касаться изменения потребностей в результате старения обществ и возникновения новых заболеваний.
5. Региону также необходимо решать множество других проблем, связанных со здравоохранением, прежде всего обеспечивать доступ к лекарствам и торговле медицинскими услугами. Миграция медицинских работников из Азиатско-Тихоокеанского региона в страны с высокими доходами за его пределами также обеспечивает значительные объемы денежных переводов и предлагает мигрантам возможности для развития их навыков, но при этом вызывает острую нехватку квалифицированных работников.
6. Расширение регионального сотрудничества является логическим и необходимым подходом к решению этих и других важных задач. Азиатско-тихоокеанским странам необходимо использовать свои ресурсы, возможно, с помощью нового регионального механизма финансирования, для мобилизации огромных объемов капитала, необходимых

для развития здравоохранения и других секторов. Региональный механизм для исследований и обзоров систем здравоохранения и отстаивания политики также может обеспечить исследования на основе бесспорных доказательств и анализа проблем, стоящих перед системами здравоохранения в регионе. Региональное сотрудничество также может играть определенную роль для решения вопросов, касающихся доступа к лекарствам и управления международной торговлей медико-санитарными услугами; такое региональное сотрудничество будет ориентироваться на защиту общественного здравоохранения и в то же время – на получение максимальных экономических выгод.

II. СВЯЗЬ МЕЖДУ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ И ЭКОНОМИЧЕСКИМ РОСТОМ

7. Опыт Азиатско-Тихоокеанского региона и других регионов показывает, что взаимосвязь между здравоохранением и экономическим ростом имеет взаимоусиливающий характер. Вследствие этого инвестиции в здравоохранение имеют экономический смысл, поскольку они облегчают бремя смертности и заболеваемости и способствуют повышению благосостояния как с медицинской, так и экономической точки зрения.

8. Более высокие доходы позволяют улучшить состояние питания людей, а улучшение состояния их здоровья приносит дивиденды в виде большего потенциала для получения образования. Улучшение здоровья людей также способствует повышению производительности труда работников и в результате увеличивает предложение рабочей силы. Кроме того, увеличение доходов в результате вышеупомянутых факторов может способствовать повышению уровней инвестиций и формированию большего объема капитала.

9. Экономический рост позволяет направлять больше ресурсов в здравоохранение, а также на развитие систем здравоохранения. Это может обеспечить охват всех слоев общества, особенно бедных и уязвимых групп, которые несут самое тяжелое бремя заболеваний. Как государственные, так и частные инвестиции могут способствовать развитию систем здравоохранения. Они также могут вносить вклад в обеспечение устойчивости и качества предоставляемых медико-санитарных услуг.

10. Понимание факторов риска, связанных с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, в значительной мере зависит от объема ресурсов, выделяемых на пропаганду укрепления здоровья, и от уровня образования. Позитивные условия в этом отношении могут обеспечиваться за счет благоприятных экономических условий, что в равной степени можно отнести и к факторам образа жизни, включая понимание преимуществ сбалансированной диеты и физических упражнений, а также вредных последствий курения и злоупотребления алкогольными напитками и наркотиками.

11. Технический прогресс, включая достижения в области образования и институциональных и управленческих возможностей в секторе здравоохранения и смежных секторах, играет важную роль в улучшении систем здравоохранения в течение последнего десятилетия и, очевидно, будет играть такую же роль в будущем. Инвестиции в исследования и разработки нередко обеспечивают высокую норму окупаемости капиталовложений, что делает их привлекательными для частного сектора. Стратегические партнерские связи между государственным и частным секторами могут также быть результатом исследований и разработок для общественного блага, таких, как производство и распространение лекарств по низким ценам.

12. Хотя регион ЭСКАТО действительно добился значительного прогресса в плане экономического роста и здравоохранения на агрегированном уровне, между странам и

внутри самих стран сохраняются значительные вариации. Определенные страны, особенно некоторые восточноазиатские страны, в последние годы показывают впечатляющие темпы экономического роста, однако в одной трети стран региона доходы на душу населения составляют менее 1 000 долл. США, причем население почти половины из этих стран имеет среднегодовые доходы менее 500 долл. США. Кроме того, почти две трети малоимущего населения мира проживают в Азиатско-Тихоокеанском регионе, в основном в Южной Азии, которая характеризуется самыми низкими показателями в области здравоохранения.

13. Тенденции в области здравоохранения, касающиеся средней продолжительности жизни и детской смертности, также показывают значительные улучшения в агрегированном виде. Например, люди в Азиатско-Тихоокеанском регионе сейчас живут почти на 30 лет дольше, чем они жили 45 лет назад. Однако между регионами и внутри стран также существуют значительные вариации. Экономические кризисы, неравенство по доходам, войны и другие потрясения отрицательно сказываются на показателях средней продолжительности жизни и детской смертности, вместе с тем плохое управление и отсутствие надлежащей политики в области здравоохранения также играют свою роль.

14. Так, высокие доходы могут обеспечить положительные результаты в области здравоохранения, однако без надлежащей политической обстановки и упора на равенство и качество услуг инвестиции могут быть растрчены. Опыт индийского штата Керала, а также опыт Вьетнама и Шри-Ланки показывает, что политика в интересах малоимущих и эффективное использование имеющейся инфраструктуры здравоохранения и услуг квалифицированного медицинского персонала могут принести значительные результаты, даже при относительно скудных ресурсах.

15. Опыт региона ЭСКАТО показывает, что взаимосвязь между доходами и здравоохранением не находится в прямой пропорции. При низком уровне доходов состояние здоровья населения резко улучшается по мере увеличения его доходов, однако если доходы увеличиваются до определенного уровня, эта связь ослабевает, хотя и остается позитивной. Четко ориентированная социальная политика, включая ассигнования больших объемов ресурсов на сектор здравоохранения, может значительно улучшить показатели в секторе здравоохранения вместе с увеличением доходов.

16. Потенциальная экономия в результате инвестиций для обеспечения всеобъемлющих мер борьбы с инфекционными и неинфекционными заболеваниями может не только принять форму значительной экономической выгоды, но и привести к резкому уменьшению показателей заболеваемости и смертности. Например, в период с 2005 по 2015 год совокупный национальный доход, который будет утрачен в результате неинфекционных заболеваний в Индии, Китае и Российской Федерации, согласно прогнозам, составит 1 097 млрд. долл. США. По оценкам, в период с 2003 по 2015 год во Вьетнаме, Индии, Камбодже и Таиланде ВИЧ/СПИД приведет к обнищанию около 5,6 млн. человек.

17. Национальная макроэкономическая политика может разрабатываться и осуществляться таким образом, чтобы это способствовало развитию эффективного сектора здравоохранения. Проблемы коррупции и неэффективного ассигнования ресурсов могут решаться за счет улучшения управления на всех уровнях в целях укрепления здоровья и содействия росту. Кроме того, дефицит человеческого потенциала можно устранить путем мобилизации ресурсов и создания учреждений для подготовки медицинского персонала, что будет способствовать улучшению оказания медико-санитарных услуг, особенно тем, кто в них больше всего нуждается.

18. Инвестиции в адресные государственные механизмы социальной защиты могут использоваться для защиты наиболее уязвимых и нуждающихся групп, включая женщин и малоимущих. Такие группы испытывают самое тяжелое бремя расходов в наличном виде, который представляет собой неадекватную и неэффективную форму мобилизации ресурсов для медико-санитарных услуг. Чтобы успешно защитить эти группы и обеспечить для них доступ к медико-санитарным услугам, необходимо уделять больше внимания совершенствованию сектора здравоохранения на национальном, региональном и глобальном уровнях.

III. СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЦЕЛИ РАЗВИТИЯ, ПРОВОЗГЛАШЕННЫЕ В ДЕКЛАРАЦИИ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ

19. Страны Азиатско-Тихоокеанского региона в целом показывают неплохие результаты в достижении к 2015 году значительного большинства целей развития, провозглашенных в Декларации тысячелетия; однако за региональными средними показателями вырисовывается менее оптимистическая картина. В абсолютном выражении масштабы лишений в Азиатско-Тихоокеанском регионе огромны. В нем проживает основная часть сельского населения мира, не имеющего доступа к санитарии, а также дети с недостаточным весом, люди, страдающие от недоедания, люди, чей доход составляет менее 1 долл. США в день, и многие люди, болеющие туберкулезом.

20. Что касается цели развития 4, задача 5, провозглашенной в Декларации тысячелетия, прогресс в уменьшении коэффициента смертности детей в возрасте до 5 лет в регионе ЭСКАТО за последние 10 лет был стабильным. Однако во многих странах эта задача еще не выполнена, поскольку во всем регионе по-прежнему умирают около 5 млн. детей, не достигших 5-летнего возраста. Что касается цели 5, задача 6, полмиллиона женщин во всем мире умирают ежегодно в результате осложнений при беременности и родах, причем половина из них – в регионе ЭСКАТО.

21. Что касается цели развития 6, задача 7, провозглашенной в Декларации тысячелетия, последние оценки показывают, что в регионе ЭСКАТО свыше 9 млн. человек в 2005 году были инфицированы ВИЧ/СПИДом, а региональная доля этой глобальной пандемии, по всей вероятности, будет увеличиваться. Если программы профилактики и ухода будут поддерживаться на существующем уровне, по оценкам, число людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом в регионе, к 2010 году может достичь 18 млн. человек. Пандемические тенденции в регионе показывают, что ВИЧ/СПИД распространяется быстрыми темпами среди молодых людей, а также что женщины в возрасте 15-24 года инфицируются чаще, чем мужчины в этой же возрастной группе. Что касается цели 6, задача 8, малярия по-прежнему распространена в сельских районах. На регион ЭСКАТО также приходится самая большая доля глобального бремени туберкулеза в абсолютном выражении: 12 из 22 стран с самым высоким числом новых случаев инфицирования в 2004 году находились в регионе ЭСКАТО.

22. Препятствия на пути достижения целей развития в области здравоохранения, провозглашенных в Декларации тысячелетия, отличаются разнообразием. Недостатки физической инфраструктуры в том, что касается медицинских заведений, могут проявляться либо в их отсутствии, либо в нехватке или в том, что они работают в негигиеничных и небезопасных условиях. Например, отсутствие или недоступность заведений для оказания срочной акушерской помощи или предродового ухода во многих сельских районах в значительной степени замедляет прогресс в достижении целей 4 и 5 во многих странах региона. Клиники и больницы могут быть переполнены, когда пациенты вынуждены долго ждать, чтобы им поставили диагноз и провели курс лечения, а в некоторых странах не хватает больничных мест. Во многих случаях неотложная акушерская помощь существует,

однако неэффективная практика во время и после родов увеличивает риск инфекционных заболеваний у новорожденных.

23. Дефицит людских ресурсов иллюстрирует тот факт, что в регионе проживает 60 процентов населения мира, но находится только 30 процентов из всех медицинских работников в мире. В среднем в регионе на 10 000 человек приходится 20 медицинских работников, в то время как в Северной Америке и Европе насчитывается 110 медицинских работников на 1 000 человек населения. В регионе также отмечается один из самых низких процентов родов, проходящих под наблюдением квалифицированного медицинского персонала: в субрегионе Юго-Западной Азии этот показатель составляет всего 37 процентов. Дефицит людских ресурсов ощущается особенно остро в отношении лечения ВИЧ/СПИДа, неинфекционных заболеваний и психических расстройств. Что касается ВИЧ/СПИДа, во многих странах региона ощущается острая нехватка медицинских сотрудников, чья специализация включала бы, среди прочего, режимы лечения, процедуры мониторинга и резистентность к лекарственным средствам.

24. Серьезную обеспокоенность вызывает недостаточный доступ к жизненно важным и заслуживающим доверия лекарствам и вакцинам. Около одной трети населения мира не имеет доступа к жизненно важным лекарствам, которые могли бы спасти или продлить их жизнь. Доступ к эффективным лекарствам ограничивают такие внутренние структурные проблемы, как низкий потенциал многих систем здравоохранения, плохой контроль качества лекарств и вакцин или его отсутствие и/или барьеры в системах распространения и отпуска лекарств.

25. Необходимо решить проблему недостаточного государственного финансирования и других инвестиций в секторе здравоохранения. Многие страны в регионе затрачивают менее 5 процентов ВВП на здравоохранение, или менее 30-40 долл. США на душу населения, которые, согласно оценкам Комиссии по макроэкономическим показателям и здравоохранению, необходимы для проведения основного комплекса мер. Социальные, экологические и экономические факторы играют определенную роль в достижении целей развития в области здравоохранения, провозглашенных в Декларации тысячелетия. В этой связи нищета является главным определяющим фактором состояния здоровья населения. Например, детская и материнская смертность и распространение заболеваний, борьбу с которыми предусматривает цель 6, тесно связаны с нищетой.

26. Надлежащие уровни медицинской грамотности играют решающую роль в том, чтобы люди могли принимать обоснованные решения в отношении рисков для здоровья и более четко понимали необходимость мер по укреплению здоровья для предотвращения болезней и улучшения состояния здоровья. Регион ЭСКАТО добился значительного прогресса в том, что касается увеличения коэффициентов учащихся в школах и заканчивающих школы. В большинстве стран региона коэффициент учащихся в начальных классах превышает 80 процентов. Однако 13 стран, особенно в субрегионах Южной и Юго-Западной, Северной и Центральной Азии, сообщают о возврате к показателям 1990 года в отношении цели 2, которые были выбраны в качестве базовых.

27. Гендерное неравенство – один из важных факторов, сдерживающих прогресс в достижении многих целей развития, провозглашенных в Декларации тысячелетия. Во многих обществах региона социальные и культурные нормы принижают статус женщин, а также их благосостояние и интересы. Эти нормы влияют на то, каким образом общество, общины, семьи и сами женщины реагируют на их потребности в медико-санитарном обслуживании. Достижение гендерного равенства в области образования играет решающую

роль для расширения прав и возможностей женщин и предоставления им доступа к информации о медико-санитарных услугах.

28. Грязная вода и плохая санитария – важные факторы, усиливающие бремя инфекционных заболеваний, особенно среди младенцев и детей. Хотя Азиатско-Тихоокеанский регион хорошо обеспечен водными ресурсами, около двух третей из 1,1 млрд. людей в мире, не имеющих доступа к очищенной питьевой воде, проживают в данном регионе. Число людей, не охваченных улучшенными услугами санитарии, в Азиатско-Тихоокеанском регионе также выше, чем в любом другом регионе мира, несмотря на значительный прогресс, достигнутый за последнее десятилетие.

29. Миграция – один из главных факторов распространения инфекционных заболеваний, который по-прежнему влияет на прогресс в достижении целей развития, провозглашенных в Декларации тысячелетия. Хорошо задокументирована роль мигрантов и мобильного населения в распространении ВИЧ/СПИДа. Миграция людей также способствует распространению туберкулеза и вспышкам малярии в определенных районах. Во многих странах назначения мигранты не охвачены общественными медико-санитарными услугами, причем в некоторых случаях даже тогда, когда они находятся на легальном положении.

30. Систематическая стигматизация и дискриминация в отношении многих социальных групп создает серьезные последствия для их здоровья и возможности получать доступ к медико-санитарным и другим общественным услугам. В регионе ЭСКАТО инфицируются ВИЧ прежде всего такие группы, как наркоманы, пользующиеся шприцами, работники сексиндустрии и мужчины, вступающие в половые отношения с другими мужчинами. В большинстве обществ в регионе нелегальный характер источника их доходов, половое самосознание и поведение препятствуют их доступу к медицинской информации и услугам.

31. Люди с психической и физической инвалидностью нередко становятся предметом дискриминации и неприятия со стороны других, включая собственные семьи, и оказываются бездомными или покинутыми в медицинских заведениях. По оценкам, в регионе ЭСКАТО проживают 40 млн. человек с инвалидностью. Подавляющее их большинство является бедными или социально изолированными и сталкиваются с более высокими барьерами, чем люди, не имеющие инвалидности, при получении доступа к общественным услугам, включая медицинскую помощь.

32. Системы здравоохранения в Азиатско-Тихоокеанском регионе должны быть готовы к решению задач, связанных с быстрым старением населения и эпидемиологическими изменениями, способствующими распространению неинфекционных заболеваний. В регионе ЭСКАТО число людей пожилого возраста (старше 65 лет) за последние 50 лет увеличилось почти в 3,5 раза: с 64 млн. человек в 1950 году до 234 млн. человек в 2000 году. Согласно прогнозам, это число достигнет 918 млн. человек к 2050 году, т.е. произойдет почти четырехкратное увеличение. Эти демографические изменения оказывают глубокое воздействие на бремя заболеваний в регионе и, соответственно, характер требований к системам здравоохранения.

33. Развивающиеся и наименее развитые страны в регионе традиционно испытывают тяжелое бремя инфекционных заболеваний, таких, как малярия, туберкулез, заболевания, передающиеся через воду, и другие инфекционные болезни. До сих пор считалось, что так называемые «заболевания, связанные с определенным образом жизни», такие, как диабет и сердечно-сосудистые заболевания, а также другие неинфекционные болезни, например, рак, были в большей степени распространены в развитых странах. Однако с увеличением численности пожилых людей, а также в результате изменения образа жизни во многих

странах региона в настоящее время широко распространены неинфекционные заболевания и травматизм. Естественно, это происходит в дополнение к существующему бремени инфекционных заболеваний.

34. Прогресс в сфере новых технологий, например, информационных, коммуникационных и космических технологий (ИККТ), предлагает большие возможности для расширения доступа к системам здравоохранения и повышения качества их работы. ИККТ предлагают правительствам и гражданам средства для удовлетворения растущего спроса на медико-санитарные услуги за счет значительного увеличения производительности, расширения доступа и повышения качества. Они также могут способствовать преобразованию систем оказания медико-санитарных услуг, ориентируя их в большей степени на граждан.

35. Устойчивый прогресс в достижении целей развития в области здравоохранения, провозглашенных в Декларации тысячелетия, возможен только на основе всеобъемлющего подхода, ориентированного на укрепление систем здравоохранения для оказания комплекса жизненно важных медико-санитарных услуг на равноправной и эффективной основе, что подразумевает устранение недостатков в области инфраструктуры и системах поставки основных лекарств. Это также означает эффективное регулирование определяющих факторов здравоохранения, касающихся гендерных аспектов, образования, бедности и окружающей среды, а также более широких определяющих факторов, касающихся торговой и экономической политики.

IV. НА ПУТИ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ ВСЕОБЩЕГО ОХВАТА УСЛУГАМИ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ В АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКОМ РЕГИОНЕ

36. Обеспечение всеобщего охвата услугами по охране здоровья на основе хорошо функционирующих систем здравоохранения имеет важное значение для защиты населения региона ЭСКАТО от катастрофических расходов на охрану здоровья, что ведет к нищете. Этот регион отличается чрезвычайным разнообразием в уровнях экономического развития и состоянии национальных систем здравоохранения. Для всех стран нет единого набора вопросов или ответов. Однако есть несколько примеров успешного обеспечения всеобщего охвата услугами по охране здоровья на всех уровнях развития, из которых можно извлечь важные уроки.

37. В большинстве стран региона уже проводится политика в поддержку принципа всеобщего медицинского обслуживания; однако ясно, что на практике наличие такого принципа не обязательно воплощается во всеобщий доступ или равенство при оказании медико-санитарных услуг, причем большинство правительств признает этот факт в своей политике.

38. Достижения систем здравоохранения в регионе в том, что касается обеспечения эффективного и равноправного доступа к медицинским услугам, отличаются большим разнообразием. Хотя страны региона с более высокими доходами в целом добились лучших результатов, некоторые страны с низкими и средними доходами также добились хороших результатов, что подчеркивает важное значение политики в области здравоохранения и структуры здравоохранительных систем. Эмпирические данные из региона показывают, что развивающиеся страны на всех уровнях доходов, которые добились наибольшего успеха в обеспечении широкого доступа к медицинским услугам, также получили наивысшие результаты по всему комплексу показателей достижения целей развития в области здравоохранения, провозглашенных в Декларации тысячелетия.

39. Страны региона, обеспечившие всеобщий охват услугами по охране здоровья, как правило, разделяются на две различные группы:

a) системы всеобщего охвата, финансируемые главным образом за счет налогов, как в Бруней-Даруссаламе, Малайзии, Новой Зеландии, Таиланде, Шри-Ланке и Гонконге (Китай);

b) системы социального страхования со всеобщим охватом, как в Австралии, Монголии, Республике Корея и Японии.

40. Из опыта стран региона, добившихся значительного прогресса в обеспечении всеобщего охвата, можно извлечь следующие основные уроки:

a) хотя большинство стран региона заявляют о том, что они уже проводят политику в области здравоохранения в поддержку принципа всеобщей медицинской помощи, на самом деле они еще пытаются найти способы ее осуществления;

b) административные и управленческие навыки для успешного использования систем социального страхования могут отсутствовать в наиболее бедных странах, и в этих случаях успешным оказывается только подход финансирования за счет налогов;

c) независимо от применяемого подхода для обслуживания более бедных слоев общества требуется значительное финансирование со стороны правительства за счет налогов либо в виде непосредственной бюджетной поддержки бесплатных государственных медицинских заведений или в виде налоговых вкладов в фонды социального страхования вместо страховых взносов от малоимущих;

d) обеспечение всеобщего медицинского обслуживания имеет значительные финансовые и административные последствия и не может быть достигнуто без политических обязательств в отношении того, чтобы ставить эту задачу во главу угла политики и программных планов. Представителям академических и исследовательских кругов, занимающихся вопросами здравоохранения и равенства в странах региона, необходимо найти способ обеспечения того, чтобы результаты их исследований использовались в качестве обоснования для формирования политики;

e) ни одна из стран, добившихся успеха во внедрении всеобщего медицинского обслуживания, не использовала в прямой форме адресные механизмы, а все страны подчеркивали универсальность причитающихся выплат и доступа к услугам или возможностям страхования. Там, где применяется адресность, например, в Малайзии и Шри-Ланке, это, как правило, носит неформальный и скрытый характер;

f) всеобщее медицинское обслуживание должно предусматривать как уменьшение ценовых барьеров, стоящих перед малоимущими, независимо от того, проявляются ли они в виде официальных цен или доплат, так и практическое оказание услуг для обеспечения их доступности для малоимущих;

g) экономическое развитие, особенно его тенденция приводить к расширению занятости в официальном секторе и возможностей правительства, является важной предпосылкой успешного осуществления стратегии по социальному страхованию для внедрения всеобщего медицинского обслуживания;

h) страны, внедрившие всеобщее медицинское обслуживание, не пытались сделать это путем ограничения набора предлагаемых ими услуг дешевыми и рентабельными услугами на самом базовом уровне;

i) страны, добившиеся успеха, нередко изучали международный опыт при разработке и создании своих систем, однако они всегда делали выбор в пользу стратегий, пригодных для местных условий;

j) региональное сотрудничество может играть важную роль, помогая странам региона обмениваться опытом с различными подходами к внедрению всеобщего медицинского обслуживания и механизмами для укрепления систем здравоохранения. Оно также способствует углублению понимания существующих успешных примеров.

V. ИНВЕСТИЦИИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕЙ РАЗВИТИЯ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПРОВОЗГЛАШЕННЫХ В ДЕКЛАРАЦИИ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ

41. Низкие объемы расходов на социальный сектор в сочетании с неэффективным осуществлением политики для оптимизации инвестиций в сектор здравоохранения замедляют прогресс в достижении целей развития в области здравоохранения, провозглашенных в Декларации тысячелетия, во многих странах региона ЭСКАТО. С учетом высоких объемов расходов в наличном виде и ограниченных возможностей частного сектора в таких странах правительствам следует обеспечивать вложение инвестиций, необходимых для укрепления систем здравоохранения. Кроме того, имеющееся политическое пространство должно использоваться оптимальным образом за счет осуществления политики в интересах малоимущих для обеспечения того, чтобы отдача от увеличения инвестиций поступала самым нуждающимся слоям общества. Государственное финансирование в некоторых странах Азиатско-Тихоокеанского региона, по всей вероятности, будет меньше необходимых объемов инвестиций, поэтому потребуются внешние финансовые средства и участие частного сектора.

42. Чтобы получить более четкое представление об общих потребностях в инвестициях и разницей между тем, что имеется в странах, и тем, что требуется, необходимо анализировать результаты исследований. Это затрагивает вопрос уместности переноса результатов из одних условий в другие и работы с различными методологиями. Наиболее важным является вопрос повышения качества сбора и обработки достоверных данных и признание того, что хотя квантификация служит определенной цели, увеличение расходов не гарантирует получения высоких результатов в области здравоохранения, поскольку столь же важными являются вопросы эффективности, равенства и качества.

43. Согласно различным недавним исследованиям, развивающимся странам со всего региона потребуется дополнительно от 20 до 94 млрд. долл. США ежегодно вплоть до 2015 года, чтобы достичь целей развития в области здравоохранения, провозглашенных в Декларации тысячелетия. В этих исследованиях также предполагается, что от стран- и учреждений-доноров потребуется от 15 до 33 млрд. долл. США ежегодно.

44. Общие потребности в инвестициях в сектор здравоохранения в Азиатско-Тихоокеанском регионе варьируются в зависимости от применяемых оценок. Цифры Комиссии по макроэкономическим показателям и здравоохранению, предусматривающие, что на здравоохранение требуется затрачивать свыше 30 долл. США на душу населения, делают эти задачи достаточно сложными. Однако цифры, приближающиеся к 20 долл. США на душу населения и подсчитанные на основе оценок Проекта тысячелетия Организации

Объединенных Наций и опыта Шри-Ланки и Монголии, являются более достижимыми. Так, при увеличении ассигнований ресурсов на сектор здравоохранения, эффективным использованием этих ресурсов и проведении политики в интересах малоимущих достижение целей развития в области здравоохранения, провозглашенных в Декларации тысячелетия, становится возможным во всех странах. Экономический рост позволяет более легко достичь показателя в 20 долл. США на душу населения, однако при этом важно не допускать распространения таких инфекционных заболеваний, как ВИЧ/СПИД и птичий грипп. В некоторых странах, например, в наименее развитых странах, потребуется внешнее финансирование для дополнения внутренних ресурсов. Для наименее развитых стран региона ЭСКАТО достижение расходов на здравоохранение в сумме 20 долл. США на душу населения предполагает потребности в инвестициях на скромном уровне в 3,6 млрд. долл. США ежегодно, или 32,4 млрд. долл. США в период с 2007 по 2015 годы в дополнение к финансовым средствам, которые можно мобилизовать в этих странах.

45. При увеличении расходов необходимо учитывать не только достижение целей развития в области здравоохранения, провозглашенных в Декларации тысячелетия, но также демографические изменения и изменяющиеся модели заболеваемости. Эти факторы могут оказывать существенное влияние на расходы в секторе здравоохранения. По оценкам, только одни эти факторы заставят страны Азиатско-Тихоокеанского региона увеличивать расходы на 2 процента в год. Старение населения также вызывает высокие расходы, в основном из-за того, что пожилые люди в большей степени страдают от хронических заболеваний и требуют лечения с использованием дорогостоящих современных технологий и фармацевтических средств.

46. Расходы на профилактику заболеваний и укрепление здоровья – один из способов уменьшения бремени заболеваемости и смертности, который может возобладать с учетом текущих тенденций. Механизмы социального медицинского страхования должны более эффективно включать меры по профилактике заболеваний и укреплению здоровья. Если использовать средний объем расходов на профилактику в размере 3,82 процента от общих расходов на здравоохранение в 15 отобранных странах со средними и высокими доходами, где есть национальные счета по здравоохранению, а также оценки Комиссии по макроэкономическим показателям и здравоохранению, то среднегодовые инвестиции составят около 3-4 долл. США на душу населения. Если учитывать альтернативный опыт и оценки, упомянутые выше, то цифры будут в два раза меньше этих сумм.

47. Инвестиции такого характера, а также инвестиции, необходимые для профилактики и лечения таких инфекционных заболеваний, как малярия, туберкулез, ВИЧ/СПИД и птичий грипп, могут казаться большими, однако они приносят выгоды не только в виде уменьшения смертности и заболеваемости, но и позволяют получить значительную экономию средств или выгоды в виде более частого присутствия на работе, повышения производительности труда и доходов. Однако более высокие расходы правительства на здравоохранение должны дополняться услугами как внутри этого сектора, так и за его пределами, например, необходимо обеспечивать транспортную связь с больницами и легкий доступ к воде и санитарии. Кроме того, процесс достижения целей развития в области здравоохранения, провозглашенных в Декларации тысячелетия, можно ускорить с помощью политики и организационных возможностей, которые ускоряют рост, например, за счет стимулирования торговли, развития инфраструктуры и привлечения инвестиций. Правительствам также следует создавать благоприятные условия для учреждений, чтобы они инвестировали в социальные услуги или оказывали их с помощью организаций или регулирующих правил и правовых основ.

48. С целью устранения дефицита средств для инвестирования необходимо более эффективно использовать как внутренние, так и внешние ресурсы. Особенно это относится к наименее развитым странам, многим из которых еще предстоит сделать многое, чтобы достичь целей развития, провозглашенных в Декларации тысячелетия. Страны-доноры по-прежнему не предоставляют намеченные 0,7 процента от своего валового национального продукта в виде помощи. Им необходимо повысить свои обязательства и, помимо этого, оказывать развивающимся странам помощь, предоставляя им более широкий доступ к своим рынкам. С другой стороны, странам, получающим помощь, необходимо разрабатывать тщательно продуманную, согласованную и последовательную политику, чтобы обеспечить наиболее эффективное с точки зрения затрат и объективное использование ресурсов.

49. В целом следует уделять повышенное внимание применению согласованного подхода в рамках всего сектора к планированию и проведению мер, направленных на достижение целей развития в области здравоохранения, провозглашенных в Декларации тысячелетия, чтобы повысить координацию в секторе здравоохранения, усилить национальное лидерство и чувство причастности, укрепить управление на уровне стран и расширить системы доставки. Планы должны быть направлены на профилактику и лечение заболеваний, с тем чтобы приспособиться к изменяющимся демографическим и эпидемиологическим моделям и другим переменным. Кроме того, следует использовать законодательство для привлечения большего объема инвестиций в целях профилактики и лечения заболеваний и уменьшения отрицательных стереотипов в отношении людей, имеющих определенные заболевания, такие, как ВИЧ/СПИД.

VI. СВЯЗИ МЕЖДУ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ И ТОРГОВЛЕЙ – РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

50. На сектор здравоохранения влияют другие сектора, в том числе касающиеся торговли и экономики. Помимо политики и регулирующих правил, характерных для национального сектора здравоохранения, множество международных обязательств, правил и методов влияют на способность той или иной страны обеспечивать эффективное медицинское обслуживание всего населения. Среди прочего они включают торговлю и инвестиции в услуги и продукты медицинской помощи, включая фармацевтические средства. Они вносят значительный вклад в развитие систем здравоохранения, но при этом не подвергаются регулированию или влиянию политики в секторе здравоохранения и поэтому выступают в качестве широких детерминант здоровья.

51. Для достижения устойчивого прогресса в предоставлении доступа к недорогим лекарствам в регионе необходимо проводить согласованную политику и применять соответствующие методы для преодоления множества препятствий в сфере предложения и спроса. Такая политика должна способствовать продуктивному исследованию и разработкам фармацевтической продукции и новшествам в областях, актуальных для региона, сбалансированному применению прав интеллектуальной собственности, честной конкуренции и налаживанию партнерских связей между государственным и частным секторами.

52. В Азиатско-Тихоокеанском регионе проживает самый большой процент людей, не имеющих доступа к жизненно важным медикаментам. По оценкам, во всем мире 1,7 млрд. человек не имеют доступа к жизненно важным медикаментам и 60 процентов из них проживают в регионе ЭСКАТО.¹ В Азиатско-Тихоокеанском регионе проживает три пятых населения мира, однако его доля на мировом фармацевтическом рынке составляет всего

¹ World Health Organization, *The World Medicines Situation* (WHO/EDM/PAR/2004.5) (Geneva, World Health Organization, 2004), chap. 7.

18,1 процента. Из этого на Японию приходится 11,4 процента, а на весь остальной регион – только 6,6 процента. В мировой торговле фармацевтической продукцией доминируют индустриально развитые страны. Азиатско-Тихоокеанский регион является чистым импортером фармацевтической продукции, а объемы меж- и внутрирегиональной торговли фармацевтической продукцией являются низкими. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, только в 10 из 188 обследованных стран имеется развитая фармацевтическая индустрия, обладающая значительным исследовательским потенциалом. На страны с высокими доходами приходится 96 процентов глобальных расходов на исследования в области здравоохранения. Концентрация инвестиций и возможностей для фармацевтических исследований и разработок в странах с высокими доходами привела к игнорированию тропических заболеваний и болезней, типичных для развивающегося мира, например, за последние 30 лет создано очень мало лекарств для лечения тропических заболеваний.

53. Есть признаки зарождающегося потенциала в таких странах, как Индия и Китай, у которых появляются значительные инновационные возможности и которые становятся ведущими производителями активных фармацевтических ингредиентов на региональном рынке. Они также конкурируют за определенную долю глобального рынка. Потенциал для фармацевтических исследований может увеличиться в настоящее время в результате того, что многие страны Азиатско-Тихоокеанского региона все больше внимания уделяют биотехнологии. Признавая ее потенциал роста и стратегическое значение, многие правительства в регионе считают биотехнологию одной из основных областей, заслуживающих внимания.

54. Положение с защитой прав интеллектуальной собственности может влиять на цены и наличие фармацевтических средств в регионе. Значительная доля экспорта из Индии и Китая является непатентованными лекарственными препаратами, которые были разработаны методом обратной инженерии, причем этот источник может пострадать в результате изменений патентных законов, имеющих последствия для потребителей и производителей. Конкуренция в области непатентованных лекарств в развивающихся странах способствовала открытию доступа к антиретровирусным препаратам для лечения ВИЧ/СПИДа. В то же время Соглашение по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТРИПС)² в том виде, в котором оно существует сейчас, действительно, предлагает ряд возможностей, которые зачастую не используются в полной мере странами в процессе разработки национального законодательства. Соглашение по ТРИПС позволяет правительствам делать исключения в отношении прав обладателей патентов в таких случаях, как национальные чрезвычайные ситуации или когда применяется антиконкурентная практика, или когда владелец патента не предоставляет изобретение, если соблюдены определенные условия. Что касается фармацевтических патентов, принцип гибкости был разъяснен и подтвержден в Дохинской декларации 2001 года по Соглашению ТРИПС и здравоохранению.³ В этой Декларации государства-члены заявили, что Соглашение по ТРИПС не мешает и не должно мешать государствам-членам принимать меры для охраны общественного здоровья. Они подчеркнули, что страны могут использовать возможности, предусмотренные Соглашением по ТРИПС, включая обязательное лицензирование и параллельный импорт. Распространение двусторонних соглашений о свободной торговле между странами региона и развитыми странами также имеет последствия как для развивающихся, так и развитых стран региона, поскольку обязательства, касающиеся фармацевтических препаратов в некоторых

² См. *See Legal Instruments Embodying the Results of the Uruguay Round of Multilateral Trade Negotiations, done at Marrakesh on 15 April 1994* (GATT Secretariat Publication, Sales No. GATT/1994-7).

³ World Trade Organization, document WT/MIN(01)/DEC/2 (<http://docsonline.wto.org>).

двусторонних и региональных соглашениях выходят за пределы требований Соглашения по ТРИПС.

55. Меры государств – членов ЭСКАТО по защите доступа к дешевым лекарствам включают применение жестких требований в сфере предложения и спроса с целью поддержания доступности основных медикаментов для населения. В будущем необходимо поддерживать тонкий баланс между необходимостью поощрять инновации и обязательным требованием предоставлять доступные медикаменты. Странам региона необходимо создавать и осуществлять национальные программы по медицинским исследованиям с долгосрочным финансированием. Необходимо уделять внимание получению новых знаний и технологий, которые стимулируют такие исследования. Другие меры в области снабжения включают использование всех имеющихся возможностей в рамках Соглашения по ТРИПС, применение таких мер предосторожности, как параллельный импорт и обязательное лицензирование и устранение барьеров для производства нелицензионных лекарств. Меры по регулированию спроса включают поощрение использования национальных лекарств и предписание нелицензионных медикаментов. Применение региональных подходов для решения таких вопросов, как использование возможностей в рамках торговых соглашений, является логической мерой, которая может обеспечить творческие решения на основе сотрудничества.

56. Международная торговля медицинскими услугами становится все более распространенным явлением, имеющим очень важное значение для функционирования систем здравоохранения. Разработчикам политики в области здравоохранения и экономическим министерствам необходимо лучше понимать его потенциальное влияние. Существуют четыре вида торговли медицинскими услугами:

- a) Вид 1: международные поставки;
- b) Вид 2: потребление за рубежом;
- c) Вид 3: коммерческое присутствие;
- d) Вид 4: перемещение физических лиц.

57. В регионе значительно увеличился объем международной торговли медицинскими услугами. Вид 1, касающийся международной торговли, еще только развивается в регионе, но быстрое расширение информационно-коммуникационной технологии стимулирует развитие телемедицины в различных странах. Телемедицина требует гораздо более высокого уровня своего развития, прежде чем она станет жизнеспособным механизмом для доставки через границы медицинских услуг, поскольку нерешенными еще остаются вопросы лицензирования, ответственности и качества. Вид 2 касается услуг, оказываемых на территории одной страны потребителю из другой страны. Это предполагает перемещение клиентов в целях получения медицинского образования или лечения. Выезд пациентов за границу становится большим бизнесом для стран назначения, таких, как Индия, Малайзия, Таиланд и Сингапур, а также некоторых других стран региона.

58. Вид 3 предполагает инвестиции в больницы, управление больницами или обеспечение медицинского страхования. Разрозненная информация свидетельствует о том, что иностранное участие в секторе здравоохранения стран – членов ЭСКАТО еще ограничено. В Индонезии на него приходится всего лишь 1 процент койко-мест, а в Таиланде – 3 процента от общих инвестиций в частные больницы. Предприниматели из Индии, Малайзии, Сингапура и Таиланда также направляют инвестиции в сектор здравоохранения за рубежом.

Вид 4 предполагает временное перемещение физических лиц. Миграция медицинских работников – распространенное явление в некоторых странах – членах ЭСКАТО. Медицинские работники из субрегионов Южной и Юго-Восточной Азии направляются в такие страны, как Австралия, Канада, Соединенные Штаты Америки, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии и другие европейские страны. Медицинские сестры из стран региона направляются в страны ОЭСР и некоторые ближневосточные страны. Хотя миграция медицинских работников приносит значительные выгоды в виде денежных переводов, тем не менее, возникают и такие негативные эффекты, как истощение людских ресурсов и потеря жизненно важных инвестиций в человеческий капитал в развивающихся странах.

59. Было проведено предметное исследование по перемещению пациентов через границы для лечения в регионе. Факторы, побуждающие людей из развитых стран выезжать в другие страны с целью получения медицинской помощи, включают следующее: повышение популярности косметических операций, некоторые процедуры не покрываются программами медицинской страховки, увеличение времени ожидания операций в рамках национальных программ здравоохранения и наличие всесторонней информации в Интернете. Другие факторы – это возникновение в регионе высококачественных медицинских заведений с оборудованием по последнему слову техники, особенно в частном секторе, и значительные различия между развитыми и развивающимися в стоимости одних и тех процедур и ухода после лечения с одинаковым качеством. Принимающие пациентов страны получают такие выгоды, как расширение туризма, повышение технических стандартов медицинской помощи и качества медицинских услуг. К отрицательным эффектам можно отнести возникновение двухуровневой системы оказания медицинских услуг, внутренняя «утечка мозгов» из государственного сектора на более выгодные рабочие места в частном секторе и возможное возникновение техноцентрического подхода к медицинскому обслуживанию. Это подразумевает применение дорогостоящей медицинской технологии для лечения болезней даже в тех случаях, когда существуют более дешевые и столь же эффективные альтернативы, в результате чего будет увеличиваться стоимость лечения.

60. Страны региона могут проводить протекционистскую политику, чтобы торговля медицинскими услугами не сказывалась отрицательным образом на общественном медицинском обслуживании, и содействующую политику, чтобы оптимизировать экономические выгоды от такой торговли, защищая при этом общественное здравоохранение. Варианты протекционистской политики включают: а) обеспечение того, чтобы современные технологические и другие ресурсы частных больниц, которые могли поступить в результате иностранных инвестиций или перемещений медицинского персонала, были доступны для всех людей, благодаря политике, которая поощряет лечение малоимущих пациентов; б) проведение политики, способствующей удержанию медицинских работников и замедлению миграции высококвалифицированных специалистов путем решения проблем, касающихся рабочей силы и заработной платы, и предоставления стимулов для медицинских работников, чтобы они оставались в стране; и с) сбор достоверных данных и информации по медицинскому обслуживанию и обмен ими. Это будет способствовать количественному определению выгод и выявлению потенциальных отрицательных последствий, что позволит проводить своевременные политические меры. Содействующие меры включают создание многосекторальных целевых групп, аккредитация больниц в принимающих странах, применение надлежащих стандартов ухода, ведение медицинского учета, конфиденциальность лечения пациентов и сохранение действия медицинской страховки в других странах. Во всех вышеупомянутых областях весьма важное значение имеет региональное сотрудничество.

VII. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

61. Анализ данных на региональном и глобальном уровнях подтверждает наличие четкой двусторонней связи между здравоохранением и ростом. Экономический рост в значительной степени способствовал улучшению показателей в секторе здравоохранения за последнее столетие, вместе с тем, примеры из региона свидетельствуют о том, что значительного улучшения показателей в секторе здравоохранения можно добиться и без резкого увеличения доходов. Данные по региону также показывают, что улучшение состояния здоровья людей в значительной степени способствует повышению производительности и экономическому росту. Здравоохранение можно использовать в качестве фундаментального инструмента для уменьшения масштабов бедности и голода. Тем не менее, недооценивается важное значение того, что улучшение показателей здравоохранения способствует экономическому росту и что эти улучшения могут составить основу для более устойчивого экономического роста.

62. Это проявляется в неравномерном прогрессе азиатско-тихоокеанских стран в достижении целей развития в области здравоохранения, провозглашенных в Декларации тысячелетия. Существуют большие различия в уровнях развития здравоохранения между странами, а также в самих странах. Национальные средние показатели скрывают тот факт, что во многих странах есть большие регионы и группы людей, наиболее уязвимых и ущемленных, которые не пользуются плодами происходящего экономического роста и прогресса. Во многих азиатско-тихоокеанских странах достижение целей развития в области здравоохранения отличается медленными темпами и неоднородностью, что в значительной степени объясняется недостаточным финансированием систем здравоохранения наряду с серьезными недостатками в области инфраструктуры, дефицитом людских ресурсов и основных медикаментов. Достижение целей развития в области здравоохранения в Азиатско-Тихоокеанском регионе зависит от применения комплексного подхода к развитию систем здравоохранения, который предусматривает проведение мер на основе хорошо функционирующих и устойчивых систем здравоохранения.

63. Странам также необходимо смотреть на перспективу за пределами целей развития, провозглашенных в Декларации тысячелетия. Население некоторых стран региона стареет быстрыми темпами, и, кроме того, распространяются неинфекционные заболевания. Эти демографические и эпидемиологические изменения вызывают серьезные последствия для систем здравоохранения, поскольку они усиливают нагрузку на третичные заведения и повышают спрос на услуги реабилитации и ухода. Этот спрос можно удовлетворить только за счет эффективных, объективных и хорошо финансируемых систем здравоохранения, способных предоставлять минимальный набор качественных санитарных услуг всем слоям населения. Для повышения уровня развития здравоохранения также необходимо регулировать основные детерминанты здоровья, такие, как образование, гендерное равенство, окружающая среда, санитария и безопасная питьевая вода, часть из которых также касаются отдельных целей развития, провозглашенных в Декларации тысячелетия. Для достижения прогресса в решении этих вопросов необходимы меры, которые в основном выходят за пределы сектора здравоохранения. Широкие детерминанты, касающиеся экономических и торговых режимов, оказывают значительное влияние на результаты деятельности систем здравоохранения, воздействуя на такие области, как возможный доступ к лекарствам и миграция медицинских специалистов. Регулирование этих широких детерминант имеет столь же важное значение, как и решение вопросов, относящихся к сектору здравоохранения. Действия для решения этих проблем можно разделить на действия на национальном уровне и действия, относящиеся к широкой категории регионального сотрудничества.

64. К основным действиям на национальном уровне относятся следующие:

a) *всестороннее укрепление систем здравоохранения*: это касается следующих основных областей:

- i) *укрепление инфраструктуры*: различные страны имеют разные структуры для оказания медицинской помощи, что зависит от исторического развития их систем здравоохранения и моделей, принятых для оказания медицинской помощи. Многие страны региона нуждаются в безотлагательной модернизации этой инфраструктуры;
- ii) *расширение наличия и повышение качества людских ресурсов*: нехватка квалифицированных людских ресурсов в системах здравоохранения региона – одно из главных препятствий на пути достижения целей развития, провозглашенных в Декларации тысячелетия, для устранения которого необходимы безотлагательные действия;
- iii) *предоставление возможного по ценам доступа к качественным основным лекарствам*: для обеспечения снабжения основными лекарствами хорошего качества по доступным ценам потребуются действия как внутри сектора здравоохранения, так и за его пределами, что важно для достижения целей развития, провозглашенных в Декларации тысячелетия. Странам в Азиатско-Тихоокеанском регионе следует внедрять эффективные регулирующие правила и обеспечивать их исполнение как в области поставок, так и в области спроса. В данном случае главная задача заключается в том, чтобы найти равновесие между поощрением инноваций, способствующих разработке новых медикаментов, и защитных мер, которые гарантируют доступ к лекарствам;

b) *предоставление минимального набора медицинских услуг для всех*: предоставление минимального набора медицинских услуг для всех имеет решающее значение не только для обеспечения возможного по ценам доступа к медицинским услугам всем слоям населения, но и для достижения целей развития в области здравоохранения, провозглашенных в Декларации тысячелетия. Подход на основе прав к здравоохранению в рамках страны или региона может заложить прочную основу для предоставления всеобщего доступа к медицинскому обслуживанию. В Азиатско-Тихоокеанском регионе в других регионах есть два различных подхода к обеспечению всеобщего медицинского обслуживания: i) финансирование национального медицинского обслуживания за счет налогов; и ii) финансирование путем социального медицинского страхования. Актуальность и приемлемость этих двух стратегий зависит от национальных условий, но в целом подход социального страхования оказался обоснованным в странах со средними и высокими доходами, а подход к национальному медицинскому обслуживанию на основе финансирования за счет налогов успешно применяется в странах с низкими доходами. Главная задача в обеспечении всеобщего медицинского обслуживания заключается в том, чтобы правительственные налоговые поступления предоставлялись для финансирования услуг, оказываемых самым бедным и наиболее уязвимым группам, независимо от того, какой из вышеупомянутых подходов применяется;

c) *увеличение инвестиций в здравоохранение*: взаимосвязанные стратегии укрепления систем здравоохранения и обеспечения всеобщего медицинского обслуживания требуют значительного увеличения объема инвестиций в сектор здравоохранения. Это требует значительных усилий со стороны заинтересованных сторон, включая азиатско-тихоокеанские правительства, страны-доноры и учреждения, предоставляющие помощь;

d) *регулирования детерминант здоровья*: поскольку уровень развития здравоохранения в стране определяется не только политикой в этом секторе, медицинские аспекты необходимо включать в процесс разработки политики на всех уровнях. Такая интеграция будет способствовать повышению эффективности политики, направленной на укрепление здоровья. Это также будет способствовать определению потенциальных рисков здоровью, возникающих в результате конкретной политики, что позволит устранить или свести к минимуму подобные риски. Это должно включать политику в областях торговли, сельского хозяйства, окружающей среды, транспорта, рабочей силы, планирования и образования, уменьшения нищеты и в социальном секторе;

e) *укрепление здоровья и благоприятные для здоровья условия*: укрепление здоровья выходит за пределы медицинской помощи и подразумевает проживание в благоприятных для здоровья условиях. Подход, предусматривающий создание благоприятных для здоровья условий, подчеркивает важное значение отношений между людьми и окружающей их средой и признает наличие связей между устойчивым развитием и здравоохранением, с одной стороны, и между ухудшением условий жизни людей и рисками для их здоровья, с другой. Действия по укреплению здоровья требуют множества подходов, полагаются на междисциплинарные вклады и оперируют на нескольких уровнях в течение длительных периодов времени. Для этого требуются скоординированные действия всех заинтересованных сторон, включая правительства, сектор здравоохранения и другие социальные и экономические сектора, неправительственные и добровольные организации, местные органы власти, промышленность и средства массовой информации;

f) *интеграция новых технологий, включая ИККТ, для улучшения систем здравоохранения*: ИККТ могут способствовать расширению доступа к медицинским услугам и поддерживать равенство, качество и эффективность в области здравоохранения. Однако для эффективного применения ИККТ необходимо наличие соответствующей инфраструктуры. Обязательной предпосылкой является наличие базовой и надежной инфраструктуры электроснабжения ИККТ, охватывающей целые страны. Принцип «электронного здравоохранения» следует использовать для содействия равноправию в области здравоохранения и расширения доступа уязвимых групп и населения удаленных районов, а не как инструмент, которым могут воспользоваться только более богатые слои общества.

65. Многие проблемы и препятствия в процессе достижения целей развития, провозглашенных в Декларации тысячелетия, выходят за пределы стран и регионов. Действия, проведенные одной страной, не могут решить проблему, характерную для многих стран и регионов. Для решения такой проблемы необходимы одновременные действия всех. Кроме того, ресурсы, имеющиеся в одной стране, могут быть недостаточны для решения общей проблемы. Программы, политику и услуги, касающиеся более одной страны в регионе, в этой связи следует рассматривать как «региональные общественные блага». Сотрудничество на региональном уровне является практическим и логическим подходом к решению этих вопросов, который, однако, еще далеко не полностью используется в регионе ЭСКАТО. В исследовании по главной теме были определены конкретные области для регионального сотрудничества. Некоторые из них рассматриваются ниже.

66. *Региональные механизмы финансирования увеличенных объемов инвестиций в здравоохранение*: многие азиатско-тихоокеанские страны могут не обладать потенциалом для мобилизации внутренних ресурсов в тех объемах, которые необходимы для достижения целей развития в области здравоохранения, провозглашенных в Декларации тысячелетия, и обеспечения всеобщего охвата населения основным набором медицинских услуг. Им

необходимо привлечь значительные внешние ресурсы. Регион нуждается в значительных инвестициях в инфраструктуру сектора здравоохранения, людские ресурсы и медицинские поставки. По оценкам, только на модернизацию и поддержание инфраструктуры потребуются инвестиции в размере свыше 100 млрд. долл. США в период с 2007 по 2015 годы. Существующие механизмы координации официальной помощи развитию и другие формы внешней помощи сектору здравоохранения не дают желаемого эффекта, и поэтому необходимо изучать новые варианты и изыскивать источники ресурсов для финансирования регионального сектора здравоохранения.

67. *Механизм исследования систем здравоохранения:* в Азиатско-Тихоокеанском регионе существует неотложная необходимость в разработке плана исследований по функционированию систем здравоохранения с уделением особого внимания финансированию, методам оказания услуг, эффективности, равенству и качеству. До сих пор в регионе не проявлялся значительный интерес к исследованиям систем здравоохранения. Возможно, это вызвано рядом факторов, включая неготовность к их финансированию, отсутствие возможностей или недостаточное понимание их значения. Этот дефицит должен быть устранен за счет регионального механизма по обзору систем здравоохранения для получения данных с учетом специфики стран, необходимых для укрепления систем здравоохранения.

68. Такой региональный механизм можно было бы создать с целью поддержки основанной на конкретных данных политики в области здравоохранения путем проведения всестороннего анализа систем здравоохранения и влияющих на них факторов. Он мог бы работать по широкому кругу тем, актуальных для стран региона, и предусматривать создание потенциала для ориентированных на политику исследований и анализа. Он мог бы следовать принципу развития и использования партнерских связей с правительствами, международными учреждениями и академическими институтами, работающими в области здравоохранения, и обмен опытом из всего региона по ряду вопросов для получения политических выводов. Предлагаемый механизм мог бы использовать экспертные знания большого числа представителей академических кругов, разработчиков политики и экспертов, чтобы определять тенденции в отношении показателей, касающихся здравоохранения, и предлагать области для реформ.

69. В исследовании по главной теме были определены и другие области для регионального сотрудничества:

- a) работа по обеспечению всеобщего медицинского обслуживания;
- b) эффективное наблюдение в целях борьбы с инфекционными заболеваниями;
- c) региональные действия для обеспечения возможного по цене доступа к медикаментам;
- d) региональное сотрудничество для оптимизации выгод торговли и медицинских услуг.

70. Очевидно, что расширение регионального сотрудничества может ускорить прогресс в достижении целей развития в области здравоохранения, провозглашенных в Декларации тысячелетия, и способствовать уменьшению столь высокого уровня нищеты в регионе. Сотрудничество может уменьшить последствия огромных различий в уровнях развития. Благодаря ему можно использовать преимущества региона для разработки стратегий решения задач и мобилизации необходимых для этого ресурсов. Задержки в области сотрудничества могут вызвать потерю возможностей и увеличение расходов.