



**Экономический и Социальный  
Совет**

Distr.: General  
28 May 2009  
Russian  
Original: English

---

**Основная сессия 2009 года**

Женева, 6–31 июля 2009 года

Пункт 2 b) предварительной повестки дня\*

**Этап заседаний высокого уровня:**

**ежегодный обзор на уровне министров**

**Письмо Постоянного представителя Японии при Организации  
Объединенных Наций на имя Председателя Экономического и  
Социального Совета от 19 мая 2009 года**

Имею честь настоящим препроводить национальный доклад Японии "Осуществление согласованных на международном уровне целей и обязательств в отношении глобальной системы здравоохранения" для Ежегодного обзора на уровне министров (ЕОМ), который пройдет в рамках Этапа заседаний высокого уровня основной сессии Экономического и Социального Совета 2009 года (см. приложение).

Буду признателен Вам за распространение настоящего письма и приложения к нему в качестве документа Экономического и Социального Совета в соответствии с пунктом 2 b) предварительной повестки дня.

---

\* E/2009/100.



**Приложение к письму Постоянного представителя Японии  
при Организации Объединенных Наций на имя Председателя  
Экономического и Социального Совета от 19 мая 2009 года**

**Осуществление согласованных на международном уровне  
целей и обязательств в отношении глобальной системы  
здравоохранения**

**A. Усилия правительства Японии по осуществлению  
национальной стратегии и политики в области развития**

**1. Основы политики**

**a) Хартия официальной помощи в целях развития**

1. Оказание Японией официальной помощи в целях развития (ОПР) представляет собой неотъемлемый элемент ее внешней политики. Эта помощь способствует наращиванию потенциала и государственному строительству в развивающихся странах, а также содействует решению глобальных проблем. В соответствии с пересмотренным в 2003 году первоначальным текстом Хартии ОПР, принятой в 1992 году, цели оказываемой Японией ОПР заключаются в том, чтобы "содействовать установлению мира и развитию международного сообщества, что, в свою очередь, поможет обеспечить безопасность и процветание самой Японии".

2. В соответствии с Хартией ОПР приоритетное внимание в рамках проводимой политики уделяется: а) оказанию поддержки собственным усилиям развивающихся стран по решению их проблем; б) рассмотрению проблем с точки зрения безопасности человека; в) обеспечению справедливости; г) использованию имеющихся у Японии опыта и знаний; и е) развитию сотрудничества с международным сообществом и другими заинтересованными сторонами, включая международные организации, другие страны-доноры, неправительственные организации (НПО) и частный сектор. В качестве приоритетных задач Хартия также определяет: а) сокращение масштабов нищеты; б) устойчивый рост; в) решение глобальных проблем; и г) миростроительство. Предусмотренные Хартией принципы оказания ОПР предполагают, что помощь ни при каких обстоятельствах не может использоваться в военных целях, и она должна способствовать развитию процессов демократизации в развивающихся странах.

**б) Среднесрочная политика оказания официальной помощи в целях развития,  
страновые планы помощи и ежегодные приоритетные политические  
направления в области международного сотрудничества**

3. В соответствии с Хартией ОПР в целях определения и разработки базовых стратегий оказания Японией помощи на среднесрочной основе, включая помощь в достижении целей в области развития Декларации тысячелетия, в 2005 году была принята Среднесрочная политика в области оказания официальной помощи в целях развития. Среднесрочная политика дополняется страновыми планами оказания помощи Японией, формирующими основу для оказания помощи каждой отдельной стране, а также отраслевыми инициативами, представляющими собой руководящие принципы деятельности в конкретных областях. Эти планы и инициативы в совокупности обеспечивают дополни-

тельные рамочные принципы оказания помощи со стороны Японии, и к настоящему времени Япония утвердила 28 планов и 8 инициатив, в том числе в сфере здравоохранения. В целях оказания ОПР более последовательным, эффективным и результативным образом каждый из страновых планов помощи предусматривает временные рамки оказания помощи в течение приблизительно пяти последующих лет с учетом потребностей в области развития получающей помощи страны и ее текущих планов развития. В страновом плане помощи также отражены значение помощи Японии для данной конкретной страны, направления развития сотрудничества в будущем, приоритетные области, а также основные проблемы и вопросы, которые должны учитываться в контексте оказания помощи.

4. Кроме того, начиная с 2007 года в течение каждого финансового года разрабатывается документ под названием "Приоритетные политические направления в области международного сотрудничества". Дополняя страновые планы помощи, данный документ отражает вопросы, которым Япония уделяет первоочередное внимание, что позволяет оперативно учитывать при его подготовке последние изменения и шаги в рамках дипломатических усилий Японии. Для 2009 финансового года были определены следующие приоритетные направления: а) поддержка усилий стран Азии по укреплению потенциала их роста и расширению внутреннего спроса в ответ на современный финансовый и экономический кризис; б) поддержка усилий по восстановлению в Афганистане и стабилизации экономики в Пакистане в целях искоренения терроризма; в) оказание поддержки в решении проблем, связанных с изменением климата (развитие партнерства "Холодная Земля"); г) неуклонное выполнение обязательств, таких как удвоение объемов ОПР, предоставляемой Японией Африке (ТМКРА IV), и содействие в достижении целей в области развития Декларации тысячелетия (Саммит "Группы восьми" в Тойяко, Хоккайдо); д) содействие развитию торговли развивающихся стран и привлечению в них инвестиций; и е) дальнейшее расширение сотрудничества с НПО.

## **2. Базовая структура и осуществление**

### **а) Стратегическая функция**

5. После 2006 года программа международного сотрудничества Японии была существенным образом реформирована и реструктуризирована. В частности, было повышено ее значение в рамках стратегического и политического планирования, и было создано новое Японское агентство по международному сотрудничеству (ЯАМС).

6. В целях усиления стратегической функции в апреле 2006 года был сформирован Совет по экономическому сотрудничеству с зарубежными странами в качестве высшего стратегического директивного органа. Возглавляемый премьер-министром и включающий в свой состав главного секретаря кабинета министров, министра иностранных дел, министра финансов и министра экономики, торговли и промышленности, Совет проводит в практической плоскости комплексный анализ основных вопросов, имеющих отношение к развитию сотрудничества с зарубежными странами. В число рассматриваемых им вопросов входит политика в области ОПР; масштабы и качество ОПР странам Азии и Африки, Китаю, Ираку, Индии и Афганистану; проблемы ресурсов, энергетики

и охраны окружающей среды, а также оказание поддержки в формировании правовых систем и в осуществлении миротворческой деятельности.

**b) Роль в сфере планирования и разработки политики**

7. Что касается планирования и разработки политики, то в этой сфере ведущую роль в рамках правительства играет Министерство иностранных дел, осуществляющее координацию деятельности в политической области. В рамках самого Министерства иностранных дел вопросами комплексного планирования и разработкой политики в области оказания помощи в целях развития на двусторонней и многосторонней основе занимается созданное в августе 2006 года Бюро по вопросам сотрудничества. В рамках правительства бюро также играет ведущую роль в координации проводимой государственными учреждениями работы в целях обеспечения планирования и оказания каждым из них ОПР на скоординированной основе в соответствии со стратегическими целями и получения при этом максимально возможных результатов. Сформированное в рамках Министерства иностранных дел Главное управление по вопросам планирования международного сотрудничества занимается планированием и разработкой политических документов, таких как "Приоритетные политические направления в области международного сотрудничества", а также анализом принципиальных вопросов, имеющих отношение к развитию международного сотрудничества.

**3. Формирование обновленного Японского агентства по международному сотрудничеству**

8. В октябре 2008 года бывшее Японское агентство по международному сотрудничеству (ЯАМС), занимавшееся вопросами технического сотрудничества и предоставления безвозмездной помощи, было объединено с подразделением по вопросам экономического сотрудничества с зарубежными странами, действовавшим в рамках бывшего Японского банка международного сотрудничества (ЯБМС) и отвечавшим за предоставление займов по линии ОПР, в результате чего было сформировано новое ЯАМС. В дополнение к этому значительная часть функций в сфере предоставления безвозмездной помощи, выполняемых до этого Министерством иностранных дел (МИД), была передана новому ЯАМС, в результате чего оно стало крупнейшей в мире организацией, занимающейся предоставлением помощи в целях развития на двусторонней основе, с объемом имеющихся в его распоряжении финансовых ресурсов в размере около 10,3 млрд. долл. США. Это позволяет обновленному ЯАМС использовать на комплексной основе все три инструмента предоставления помощи: техническое сотрудничество, безвозмездная помощь и ОПР в форме займов, обеспечивая тем самым максимально возможный эффект синергии. Например, прежде при подготовке проекта отдельные исследования в области развития проводились для каждого из использовавшихся механизмов оказания помощи. Подготовительные обследования, представляющие собой недавно принятый на вооружение метод проведения исследований, используемый в рамках всех трех схем оказания содействия, позволяют проводить исследования в области развития без привязки к какой-нибудь одной из этих схем, что ускоряет процесс разработки проекта. Обновленное ЯАМС считает одной из своих основных задач проведение обследований и исследований в области международного сотрудничества, в связи с чем был создан Научно-исследовательский институт

ЯАМС. Обновленное ЯАМС продолжает сформировавшуюся в течение достаточно продолжительного периода времени практику работы, включая командирование для работы за рубежом японских добровольцев и добровольцев старшего возраста в целях оказания содействия в решении социальных и экономических проблем развивающихся стран и японских групп по оказанию помощи при распределении чрезвычайной помощи после масштабных стихийных бедствий. Формирование обновленного ЯАМС позволяет повысить качество оказываемой Японией ОНР за счет ее предоставления на более эффективной, результативной и оперативной основе.

#### **4. Объем помощи**

9. В течение 1990-х годов Япония была крупнейшей в мире страной-донором. Объем предоставляемой Японией ОНР достиг максимального значения в 1997 финансовом году, после чего отмечается постепенное сокращение масштабов оказываемого содействия. Среди стран – членов Организации экономического сотрудничества и развития и Комитета содействия развитию (ОЭСР-КСР) Япония заняла в 2002 году второе место после Соединенных Штатов по объему чистых выплат по линии ОНР; в 2008 году она заняла по этому показателю пятое место. В 2008 году объем чистых выплат Японии по линии ОНР составил 9362 млн. долл. США по сравнению с 7678 млн. долл. США в 2007 году, что на 8,2 процента больше в реальном исчислении, чем в 2007 году. Общий объем выплат Японии по линии ОНР в 2008 году составил 17 401 млн. долл. США по сравнению с 13 566 млн. долл. США в 2007 году, что отражает увеличение этого показателя в реальном исчислении на 13,8 процента. В этот период отношение ОНР к валовому национальному доходу (ВНД) Японии увеличилось с 0,17 до 0,18 процента.

10. Структура общего объема чистых выплат по линии ОНР в 2007 году свидетельствует о том, что на оказываемую на двусторонней основе ОНР пришлось почти 75,2 процента ее общего объема; остальная часть ОНР пришла на помощь, направляемую по линии международных организаций.

##### **а) Распределение по регионам**

11. Что касается региональной структуры ОНР, предоставляемой на двусторонней основе, то Япония традиционно уделяет в этом вопросе приоритетное внимание странам Азии. В последние годы она постепенно перераспределяет предоставлявшиеся ранее странам Азии ресурсы в пользу государств Африки и Ближнего Востока. В определенной степени это связано с тем, что многие страны Азии достигли уровня развития, при котором они больше не нуждаются в получении ОНР от Японии. Помимо этого, Япония взяла на себя обязательства в отношении Африки в рамках проведения таких форумов, как Токийская международная конференция по развитию Африки (ТМКРА), и она принимает участие в миротворческих усилиях на Ближнем Востоке, предполагающих осуществление восстановительных работ в Ираке и Афганистане, а также обеспечение мирного процесса на Ближнем Востоке. В 2000 году 54,8 процента общего объема чистых выплат Японии по линии ОНР пришлось на страны Азии, 10,1 процента – на страны Африки и 7,5 процента – на государства Ближнего Востока. В 2007 году на страны Азии пришлось 28,3 процента общей суммы, что составило 1634 млн. долл. США. На страны Африки пришлось 29,4 процента, или 1701 млн. долл. США, а на государства Ближнего Востока – 16,4

процента, или 948 млн. долл. США. На страны Латинской Америки приходится 3,9 процента общей суммы, или 226 млн. долл. США, на государства Океании – 1,2 процента (70 млн. долл. США) и на страны Европы – 0,8 процента (48 млн. долл. США). Помощь, предоставленная ряду регионов составляет оставшуюся часть ОПР, объем которой – 1152 млн. долл. США.

**б) Структура помощи по методу ее предоставления**

12. Анализ структуры предоставляемой на двусторонней основе ОПР свидетельствует о том, что в форме безвозмездной помощи было предоставлено 3414 млн. долл. США, что составляет 44,5 процента общего объема финансовых средств, предоставленных в рамках чистой ОПР. Из этой суммы объем списанной задолженности составил 25,3 процента (1941 млн. долл. США), безвозмездная помощь по линии международных организаций – 5,1 процента (395 млн. долл. США) и предоставленные Японией на безвозмездной основе финансовые средства, не включенные в вышеперечисленные категории, – 14 процентов (1078 млн. долл. США). Помимо этого, на техническое сотрудничество пришлось 33,5 процента (2569 млн. долл. США), на содействие в форме предоставления займов – 205 млн. долл. США и на займы без учета списания задолженности – 161 млн. долл. США.

**с) Эффективность помощи**

13. Япония твердо привержена принципам Парижской декларации и Аккроскому плану действий. Япония разработала свой собственный план действий по реализации Парижской декларации, и ход его осуществления отражается в ежегодных докладах. Кроме того, появление новых доноров как никогда прежде повышает значение координации деятельности сообщества доноров в целях достижения максимальной эффективности их работы и обеспечения максимального совокупного воздействия на развивающиеся страны. В этих целях Япония совместно с другими донорами организовала проведение в Азии семинаров в целях обмена опытом в данной области с развивающимися странами и поставщиками помощи в целях развития.

**В. Усилия правительства Японии по реализации согласованных на международном уровне целей и обязательств в отношении глобальной системы здравоохранения**

**1. Основные принципы политики Японии в области глобальной системы здравоохранения**

**а) Основные принципы**

14. Проблемы в сфере здравоохранения в развивающихся странах не только представляют собой угрозу для жизни отдельных граждан или безопасности человека, но и оказывают негативное влияние на процессы социально-экономического развития, создавая тем самым серьезные препятствия на пути развития. Например, санитарно-гигиенические условия существенно ухудшаются в условиях нестабильных систем здравоохранения, отсутствия доступа к медицинским услугам и медицинскому просвещению, к чистой питьевой воде и соответствующим средствам санитарно-гигиенического обеспечения, а также плохого питания. На национальном уровне результатом является ухудшение

качества рабочей силы, увеличение расходов на медицинское обслуживание и снижение образовательного уровня, что в целом способствует росту масштабов нищеты. В связи с этим для сокращения масштабов нищеты крайне необходимо улучшить ситуацию в сфере здравоохранения.

15. Кроме того, с учетом ускорения процесса глобализации необходимо решать проблемы, связанные с инфекционными заболеваниями, такими как ВИЧ/СПИД, птичий и другие появляющиеся формы гриппа, а также атипичная пневмония (ОРВИ), быстро распространяющимися, невзирая на национальные границы. Это относится к числу глобальных проблем, представляющих собой угрозу для человечества в целом. Япония последовательно следует курсу на принятие ответственных мер по борьбе с инфекционными заболеваниями в целях защиты здоровья людей повсюду в мире.

16. В 2000 году была подготовлена Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций, включавшая согласованные на международном уровне цели, ориентированные на сокращение масштабов нищеты. Три из восьми целей в области развития, предусмотренных Декларацией тысячелетия (ЦРДТ) и основывающихся на этой Декларации, имеют отношение к сфере здравоохранения, и Япония, помимо реализации ряда самостоятельных инициатив в области здравоохранения, следует курсу на достижение этих ЦРДТ в качестве важных задач, выполнению которых мы должны способствовать.

17. В рамках реализации этого базового принципа Япония использует как "комплексный подход", предполагающий реализацию мероприятий по борьбе с инфекционными заболеваниями и развитию на сбалансированной основе систем здравоохранения, так и подход, предполагающий "совместное участие", который предусматривает участие и сотрудничество всех заинтересованных сторон, включая страны-доноры, международные организации, частный сектор, научное сообщество и гражданское общество. Важность этих двух подходов была подчеркнута министром иностранных дел г-ном Масахито Кумару в его программном заявлении под названием "Глобальная система здравоохранения и внешняя политика Японии – от Окинавы до Тойяко"<sup>1</sup>, а также в рамках четко обозначенных предложений в ходе ТМКРА IV и Саммита "Группы восьми" в Тойяко, Хоккайдо.

#### **b) Безопасность человека**

18. По мере развития процесса глобализации увеличивается масштаб угроз для населения планеты, таких как интернационализация местных или региональных конфликтов, распространение инфекционных заболеваний, расширение масштабов нищеты, потоки беженцев и внезапное наступление экономических кризисов. Мы сталкиваемся с гораздо большим количеством угроз, чем им может противостоять в полном объеме отдельно взятое государство. Именно в рамках реагирования на такого рода ситуацию появилась концепция безопасности человека. Дополняя категорию национальной безопасности, концепция человеческой безопасности акцентирует внимание главным образом на отдельных гражданах, и она ориентирована на обеспечение полной реализации ими своего богатого потенциала путем предоставления им защиты, расширения их прав и возможностей в рамках усилий по укреплению государственности.

19. Концепция безопасности человека является одним из фундаментальных принципов дипломатии Японии, и мы активно пропагандируем эту концепцию в рамках наших дипломатических отношений на двусторонней и многосторонней основах. Благодаря этим усилиям концепция безопасности человека занимает все более заметное место в контексте глобальной повестки дня. Например, концепция безопасности человека нашла свое отражение в Итоговом документе Всемирного саммита 2005 года, а в мае 2008 года Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций провела тематическое обсуждение по этому вопросу. Кроме того, проблема безопасности человека обсуждается в рамках "Группы восьми", Организации Азиатско-Тихоокеанского экономического сотрудничества (АТЭС), Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Организации по безопасности и сотрудничеству в Европе (ОБСЕ). Также в целях пропаганды этой концепции мы организовали проведение семинаров с участием таких региональных организаций, как Европейский союз (ЕС) и Африканский союз (АС).

20. В целях реализации концепции безопасности человека на практике Япония следует данной концепции в качестве основополагающего принципа программы оказания ОПР. Кроме того, Япония учредила при Организации Объединенных Наций Целевой фонд по обеспечению безопасности человека и по состоянию на март 2009 года безвозмездно предоставила ему в общей сложности 37,3 млрд. иен.

21. Таким образом, концепция безопасности человека, направленная на предоставление защиты и расширение прав и возможностей как для отдельных граждан, так и для общин, выступает в качестве безусловной концептуальной основы для достижения более прочного мира и ускорения развития в мире, а также для стимулирования дополнительных усилий в сфере здравоохранения. Концепция безопасности человека играет существенную роль в поиске путей достижения ЦРДТ 4, 5 и 6, в первую очередь в странах Африки к югу от Сахары, в отношении которых существует обеспокоенность, что эти цели не будут достигнуты.

## **2. Инициативы правительства Японии**

### **а) Окинавская инициатива по инфекционным заболеваниям**

22. В 1970-х годах преобладала точка зрения, что инфекционные заболевания в развитых странах уже почти полностью ликвидированы. Однако в течение последних двух десятилетий новые виды инфекционных болезней привели к распространению новых и рецидивных инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ/СПИД, геморрагическая лихорадка Эбола, ТОРС, птичий грипп, туберкулез, не поддающийся медикаментозному лечению, резистентный к разнообразным лекарственным средствам туберкулез и совсем недавно – грипп типа А/Н1N1. Для жителей развивающихся стран, находящихся в уязвимом положении в плане санитарно-гигиенических условий и обеспеченности питанием, распространение инфекционных заболеваний представляет собой угрозу, фактически являющуюся смертельной. Ответные меры, которые необходимо принять в этих условиях, согласуются с концепцией безопасности человека, согласно которой люди должны быть защищены от масштабных и серьезных угроз их существованию, жизни и достоинству и располагать правами и возможностями для самостоятельного решения стоящих перед ними проблем.



23. В этих условиях правительство Японии приняло решение возобновить и активизировать усилия по борьбе с инфекционными заболеваниями. В ходе Саммита "Группы восьми", прошедшего под председательством Японии на островах Кюсю и Окинава в июле 2000 года, вопрос об инфекционных заболеваниях в развивающихся странах впервые стал одним из центральных пунктов повестки дня. Япония использовала эту возможность для объявления Окинавской инициативы по инфекционным заболеваниям (ИИЗ), предусматривающей принятие в данной области комплексных мер, заявив при этом о выделении для реализации этой инициативы 3 млрд. долл. США в течение пятилетнего периода с 2000 по 2004 финансовый год.

24. ИИЗ была разработана под руководством Министерства иностранных дел на основе широкого обсуждения с соответствующими министерствами и учреждениями, НПО, учреждениями системы Организации Объединенных Наций и экспертами. Инициатива направлена главным образом на борьбу с инфекционными заболеваниями, в том числе путем принятия мер по борьбе с конкретными заболеваниями, такими как ВИЧ/СПИД, туберкулез, малярия, паразитарные инфекции и полиомиелит. При этом ИИЗ выходит за рамки принятия такого рода мер, предполагая осуществление усилий по укреплению систем здравоохранения, например, путем обеспечения безопасной по санитарным нормам водой, расширения систем первичной медико-санитарной помощи, расширения лабораторных исследований и подготовки общинных медико-санитарных работников. Именно этим ИИЗ отличается от помощи в целях развития, ориентированной на принятие конкретных мер по борьбе с определенными инфекционными или иными заболеваниями. В рамках реализации ИИЗ Япония предоставила помощь в объеме около 5,8 млрд. долл. США, что намного превысило первоначально заявленную сумму в 3 млрд. долл. США.

25. Эти политические шаги позволили привлечь внимание международного сообщества к необходимости принятия мер по борьбе с инфекционными заболеваниями и способствовали созданию в 2002 году Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ). В связи с этим Японию называют "отцом-основателем Глобального фонда". По состоянию на сегодняшний день Япония предоставила ГФСТМ около 1,04 млрд. долл. США.

#### **б) Инициатива в области здравоохранения и развития**

26. В 2002 году Организация Объединенных Наций предложила международному сообществу рассматривать ЦРДТ в качестве общих целей в области развития. ЦРДТ отражали требующие своего решения проблемы и со всей очевидностью демонстрировали свою взаимную связь. Исходя из этого Япония начала уделять все большее внимание необходимости перехода от борьбы с отдельными заболеваниями к использованию комплексного подхода, предполагающего, в частности, расширение масштабов усилий по охране здоровья матерей, новорожденных и детей и развитие обслуживающих их систем здравоохранения в целях противодействия нарастанию проблем в сфере здравоохранения. Япония также пришла к пониманию того, что эти проблемы не могут быть решены лишь за счет усилий в сфере здравоохранения.

27. В 2005 году в ходе проведения Форума высокого уровня по ЦРДТ в области здравоохранения в рамках Азиатско-Тихоокеанского региона Япония объявила о реализации программы, которую она назвала "Инициатива в области

здравоохранения и развития (ИЗР)", предполагавшей комплексный подход при ее осуществлении, и взяла на себя обязательство предоставить в виде помощи 5 млрд. долл. США в течение пяти лет в период с 2005 по 2009 финансовый год. В рамках процесса разработки этой инициативы МИД приняло к сведению различные мнения основных заинтересованных в ее реализации сторон, включая соответствующие министерства и государственные учреждения, Японское агентство по международному сотрудничеству и НПО.

28. ИЗР исходит из того, что "достижение ЦРДТ, имеющих отношение к сфере здравоохранения, является принципиально важным с точки зрения реализации всех ЦРДТ, поскольку три из восьми ЦРДТ имеют непосредственное отношение к сфере здравоохранения", и предполагает осуществление Японией следующих мероприятий в целях оказания содействия в достижении относящихся к сфере здравоохранения ЦРДТ в развивающихся странах.

**i) Развитие концепции безопасности человека**

29. Уделяя приоритетное внимание проблемам отдельных граждан путем предоставления им качественного медицинского обслуживания, Япония обеспечивает устойчивое наращивание потенциала как этих отдельных граждан, так и общин в качестве средства решения их проблем в сфере здравоохранения.

**ii) Межотраслевые подходы**

30. Помимо оказания непосредственной поддержки усилиям по решению проблем в сфере охраны здоровья, Япония будет использовать комплексный подход, например, путем реализации мероприятий по дальнейшему развитию систем здравоохранения. В дополнение к этому Япония оказывает помощь на межотраслевой основе, поскольку прогресс в не связанных с системой здравоохранения отраслях может нередко способствовать улучшению общей ситуации в сфере здравоохранения.

**iii) Сотрудничество и координация деятельности с международными партнерами в области развития**

31. Япония будет оказывать поддержку усилиям по расширению масштабов сотрудничества в формате Юг-Юг, в рамках которого развивающиеся страны делятся своим передовым опытом с другими развивающимися странами, в частности, практикой решения проблем в сфере здравоохранения. В рамках сотрудничества с другими предоставляющими помощь учреждениями Япония продолжит оказание помощи в целях развития на согласованной и комплексной основе с учетом их стратегий деятельности и стоящих перед ними задач.

**iv) Разработка стратегий оказания помощи в соответствии с потребностями развивающихся стран**

32. На основе прежде всего понимания первостепенных потребностей каждой из развивающихся стран Япония разработает надлежащие стратегии и окажет эффективную и результативную помощь. При реализации развивающимися странами своих собственных программ в области здравоохранения Япония будет оказывать им содействие с полным учетом реализуемых в данной области инициатив.

**v) Нарращивание научно-исследовательского потенциала на местах и реализация инициатив с учетом местных условий**

33. При предоставлении помощи каждой отдельной стране необходимо в полном объеме понимать ее культуру и традиции, а также социальные традиции и практику оказания медицинской помощи. Япония будет предоставлять помощь с должным учетом практики и традиций каждой из получающей от нее содействие страны.

34. Цель осуществления ИЗР заключается в оказании содействия в достижении связанных со здоровьем ЦРДТ, включая реализацию концепции безопасности человека, предполагающей особое внимание к вопросам защиты и расширения прав и возможностей детей, женщин и других уязвимых социальных групп, а также к перспективам развития систем здравоохранения в качестве эффективного метода сокращения младенческой и материнской смертности в рамках активных усилий по достижению ЦРДТ. Кроме того, последствия распространения инфекционных заболеваний, в частности гриппа типа A(H1N1), в значительной степени определяются потенциалом системы здравоохранения каждой отдельной страны. Укрепление систем здравоохранения является необходимым условием эффективного противодействия распространению новых и вновь возникающих инфекционных заболеваний и представляет собой составной элемент усилий, направленных на повышение степени готовности в связи с возможностью распространения в будущем пандемического гриппа. При этом межотраслевой подход, предполагающий оказание содействия в таких областях, как обеспечение гендерного равенства, развитие системы образования, а также обеспечение водоснабжения и санитарии, пользуется все более широкой международной поддержкой. В прошлом году это было подтверждено лидерами стран – членами "Группы восьми" в рамках проведения Саммита в Тойяко, Хоккайдо.

35. В рамках реализации ИЗР Япония оказывает содействие в связанных со здоровьем областях повсюду в мире, однако основное внимание уделяется странам Азии и Африки, при этом используются различные формы оказания содействия, включая предоставление помощи на двусторонней основе и осуществление взносов в международные организации, что будет рассмотрено ниже. Япония предоставила около 1,2 млрд. долл. США в 2005 финансовом году, 1,9 млрд. долл. США – в 2006 финансовом году и 1,4 млрд. долл. США – в 2007 финансовом году. По состоянию на апрель 2009 года общий объем предоставленных Японией финансовых средств существенно превысил величину первоначальных обязательств в размере 5 млрд. долл. США.

**c) ТМКРА IV**

36. Африканский континент представляет собой регион, в котором в наиболее острой форме проявляется комплекс проблем, связанных с нищетой, голодом, конфликтами и распространением инфекционных заболеваний, и где существуют опасения, в первую очередь в отношении стран Африки к югу от Сахары, что при сохранении преобладающих в настоящее время тенденций к 2015 году не удастся достигнуть ни одной из ЦРДТ, или что в этом регионе просто не будет отмечено никаких позитивных изменений<sup>2</sup>.

37. Япония, чья принципиальная точка зрения заключается в том, что " в XXI веке в мире не будет стабильности и процветания, если не решить проблемы

Африки", исходит из необходимости внесения вклада, который бы соответствовал по своему масштабу тому, что надлежит сделать члену международного сообщества, и предпринимает соответствующие шаги. После окончания холодной войны, осуществляя перестройку своей экономики, Япония развивала экономическое и техническое сотрудничество и направляла инвестиции в поддержку экономического роста в странах Азии. Для того чтобы поделиться этим опытом со странами Африки, Япония предложила учредить Токийскую международную конференцию по развитию Африки (ТМКРА).

38. ТМКРА является крупнейшим в мире политическим форумом по проблемам развития Африки, организованным правительством Японии совместно с Организацией Объединенных Наций и Всемирным банком (ВБ). С момента проведения первой ТМКРА в Токио в 1993 году она созывается через каждые пять лет, и в ее рамках также проходят на регулярной основе конференции на уровне министров.

39. ТМКРА IV была проведена в Йокогаме, Япония, в период с 28 по 30 мая 2008 года, и в ней приняли участие более 3000 делегатов, включая делегатов от стран Африки, развивающихся стран-партнеров, стран Азии, международных и региональных организаций, частного сектора и НПО. В рамках подготовительного процесса был использован отраслевой комплексно-тематический подход, на основе которого соответствующие учреждения системы Организации Объединенных Наций и частные учреждения сформировали группы и представили правительству Японии свои согласованные предложения<sup>3</sup>. Кроме того, были проведены активные переговоры с НПО. В качестве одного из результатов таких переговоров в итоговом документе нашли отражение высказанные в ходе их проведения заслуживающие внимания предложения по вопросам охраны репродуктивного здоровья<sup>4</sup>.

40. Основной темой ТМКРА IV стало "На пути к динамичному развитию Африки: континент надежды и возможностей", и в ее рамках активно обсуждались возможные направления развития Африки, при этом вопросы развития здравоохранения вошли в число основных рассматриваемых проблем. В своем вступительном слове на церемонии открытия бывший в то время премьер-министром Японии г-н Ясуо Фукуда пообещал в качестве председателя "подготовить в Африке в течение следующих пяти лет 100 тыс. медико-санитарных работников" и "внести 560 млн. долл. США в Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией в предстоящие годы начиная с 2009 года в целях оказания поддержки в борьбе с этими тремя самыми серьезными инфекционными заболеваниями"<sup>5</sup>.

41. В последний день проведения конференции была принята Йокогамская декларация о будущих инициативах и направлениях развития Африки. В ней говорится, что "участники подтвердили, что, помимо борьбы с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом, малярией, полиомиелитом и другими инфекционными заболеваниями, большое значение имеет укрепление систем здравоохранения в целях эффективного решения основных проблем в области охраны здоровья, включая охрану здоровья матерей, новорожденных и детей", тем самым вновь подтвердив важность комплексного подхода к решению проблем в области здравоохранения<sup>6</sup>.

42. На основе Йокогамской декларации конференция предложила Йокогамский план действий в качестве "дорожной карты" процесса оказания поддерж-

ки экономическому росту в Африке. В области охраны здоровья в Плане действий были определены три приоритетные проблемы, а именно укрепление систем здравоохранения, улучшение здоровья матерей, новорожденных и детей и борьба с инфекционными заболеваниями, и предложены конкретные меры, которые должны быть приняты международным сообществом в рамках процесса ТМКРА<sup>7</sup>. Меры, предложенные правительством Японии и другими партнерами по осуществлению, перечислены в приложении. Помимо уже упомянутых они включают спасение жизней 400 тыс. детей и улучшение охраны репродуктивного здоровья<sup>8</sup>.

43. Продемонстрированный в ходе проведения ТМКРА IV комплексный подход может напрямую способствовать прогрессу в рамках достижения связанных с охраной здоровья ЦРДТ (в первую очередь в странах Африки к югу от Сахары), таких как "добиться за период с 1990 по 2015 год снижения на три четверти коэффициента материнской смертности" и "остановить распространение туберкулеза и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости", "в области достижения которых ситуация не только не улучшается, но ухудшается", а также добиться достижения других связанных с охраной здоровья ЦРДТ, которые, как предполагается, не будут выполнены к 2015 году"<sup>9</sup>.

44. В целях повышения транспарентности и улучшения системы отчетности при реализации мероприятий в контексте ТМКРА в ходе ТМКРА IV формально начал свою работу Механизм последующей деятельности ТМКРА, имеющий трехуровневую структуру: секретариат, совместный комитет по контролю процесса ТМКРА и совещания по последующей деятельности в рамках ТМКРА<sup>10</sup>.

45. В марте 2009 года в Ботсване в рамках ТМКРА было проведено первое совещание по последующей деятельности на уровне министров, участники которого подтвердили, что они будут последовательно выполнять взятые ими в ходе ТМКРА IV обязательства в контексте той ответственности, которую они несут перед Африкой, значительно пострадавшей от финансового и экономического кризиса. Кроме того, в качестве конкретных мер по преодолению кризиса было объявлено о таких обязательствах, как оперативное использование безвозмездной помощи и технического содействия в объеме 2 млрд. долл. США, предоставление продовольственной и гуманитарной помощи приблизительно на 300 млн. долл. США в целях смягчения последствий кризиса для уязвимых в социальном плане групп населения и выделение ГФСМ около 200 млн. долл. США<sup>11</sup>.

#### **d) Саммит в Тойяко, Хоккайдо**

46. Дискуссии во время проведения ТМКРА IV и ее результаты в контексте решения проблемы охраны здоровья привлекли к себе внимание в ходе Саммита "Группы восьми" в Тойяко, Хоккайдо, и правительство Японии вновь придало проблеме здоровья первостепенное значение в рамках повестки для по вопросам развития и Африки. В ноябре 2007 года, в преддверии проведения Саммита, бывший в то время министром иностранных дел г-н Масахико Коумура выступил с программным заявлением "Глобальная система здравоохранения и внешняя политика Японии" и сообщил о намерении Японии "разработать приемлемые для всего международного сообщества рамочные основы деятельности", предложив обеспечить участие в этой деятельности и сотрудничество в ее рамках "всех основных заинтересованных сторон, включая пра-

вительства, международные организации, деловые круги, научное сообщество и гражданское общество"<sup>12</sup>. Эта речь послужила основой для переговоров в рамках подготовки к проведению Саммита.

47. В связи с тем, что в 2008 году к Японии перешли функции председателя, она организовала проведение Совещания экспертов в области здравоохранения из стран – членов "Группы восьми" для продолжения прошедшего ранее обсуждения вопросов охраны здоровья в целях подготовки к переговорам, которые должны были состояться между руководителями стран – членов "Группы восьми" в ходе проведения Саммита. В феврале, апреле и июне было проведено три заседания, которые стали первыми в истории саммитов мероприятиями такого рода, и в ходе первого из них было организовано проведение информационно-разъяснительной сессии с участием группы ведущих международных организаций в сфере здравоохранения, называющейся Группой экспертов в области здравоохранения стран – членов "Группы восьми"<sup>13</sup>, и представителей Норвегии и Африканского союза (АС). После оживленного обсуждения представители "Группы восьми" и другие участники информационно-разъяснительной сессии пришли к единому мнению о современном состоянии дел в сфере глобальной системы здравоохранения и возможных проблемах в данной области в будущем. Например, АС обратил внимание на необходимость стратегии в целях сохранения и увеличения численности медико-санитарных работников с учетом острого дефицита ресурсов в сфере здравоохранения в Африке.

48. Кроме того, выступая в качестве председателя на Совещании экспертов в области здравоохранения, правительство Японии провело обмен мнениями с ведущими японскими и иностранными НПО в сфере охраны здоровья в рамках проведения пяти отдельных мероприятий и смогло получить представление об их позициях, основанных на опыте практической деятельности на местах.

49. Материалы дискуссий с участием заинтересованных сторон, представлявших не входящие в число членов "Группы восьми" страны, были обобщены и представлены в форме рекомендаций экспертов в области здравоохранения стран – членов "Группы восьми", адресованных руководителям стран – членов "Группы восьми", под названием "Тойская рамочная программа действий в области Глобальной системы здравоохранения"<sup>14</sup> и использовавшихся в рамках проведения переговоров между руководителями стран во время Саммита.

50. Параллельно с вышеперечисленными мероприятиями в сентябре 2007 года под руководством научного сотрудника Гарвардской школы общественного здравоохранения профессора Кейзо Такеми была начата реализация проекта по проведению диалога и исследований на тему "Вызовы в сфере Глобальной системы здравоохранения и роль Японии"<sup>15</sup>. Цель проекта заключалась в том, чтобы внести вклад в обсуждения, которые должны были пройти в рамках саммита, путем проведения политического диалога и научных исследований. Проект был реализован на основе партнерства между государственным и частным секторами при активном участии ведущих японских исследователей, представителей НПО, МИДа, Министерства здравоохранения, труда и благосостояния (МЗТБ) и Министерства финансов. В результате осуществления проекта экспертам в области здравоохранения из стран – членов "Группы восьми" было предложено исходить из того, что в рамках проводимых "Группой восьми" обсуждений следует уделять более пристальное внимание вопросам укрепления систем здравоохранения.

51. В ходе проведения самого Саммита 7–9 июля проблемы здравоохранения обсуждались в рамках пункта повестки дня "Развитие и Африка". В Декларации мировых лидеров, принятой на Саммите "Группы восьми", была выражена готовность использовать комплексный подход, позволяющий взаимно усилить меры по борьбе с конкретными заболеваниями и мероприятия по укреплению систем здравоохранения; продолжать работу, имеющую своей целью увеличение численности медико-санитарных работников до предлагаемого Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) уровня в 2,3 медико-санитарного работника на каждую 1000 человек, первоначально на основе налаживания партнерских отношений со странами Африки; улучшение здоровья матерей, новорожденных и детей, а также состояние репродуктивного здоровья с особым вниманием к проблеме питания; и обеспечение поставки к 2010 году 100 млн. долговечных обработанных инсектицидами противомоскитных сеток в рамках борьбы с малярией. Также было достигнуто согласие в отношении необходимости выполнения задачи по предоставлению по крайней мере запланированной суммы в 60 млрд. долл. США в течение пяти лет для борьбы с инфекционными заболеваниями и укрепления системы здравоохранения, договоренность о чем была достигнута в ходе проведения в предшествующем году Саммита "Группы восьми" в Хайлигендамме, и формирования механизма последующих действий в целях осуществления мониторинга прогресса, достигнутого в рамках усилий по выполнению обязательств "Группы восьми"<sup>16</sup>. В настоящее время председателем на совещании экспертов в области здравоохранения стран – членов "Группы восьми" является Италия, и последующие мероприятия по итогам этих договоренностей находятся в стадии осуществления.

### **3. Усилия правительства Японии по достижению согласованных на международном уровне целей и выполнению обязательств в области Глобальной системы здравоохранения**

#### **а) Механизм достижения консенсуса**

52. В настоящем разделе будут рассмотрены пути достижения консенсуса в рамках достижения ЦРДТ и выполнения обязательств в области здравоохранения, принятых в ходе работы ТМКРА IV и Саммита "Группы восьми" в Тойяко, Хоккайдо.

#### **і) Механизм достижения консенсуса на национальном уровне**

53. В августе 2006 года МИД провел структурную реформу, создав Бюро международного сотрудничества в целях расширения своих функций по планированию и выработке политики в рамках ОПР. Управления, занимавшиеся вопросами ОПР, а именно Бюро по вопросам экономического сотрудничества, в основном отвечавшее за помощь на двусторонней основе, и ряд подразделений Управления по глобальным вопросам в рамках секретариата министра, отвечавшие за вопросы предоставления помощи на многосторонней основе, были объединены в целях создания Бюро по развитию международного сотрудничества в целях повышения эффективности деятельности в области развития экономического сотрудничества на двусторонней и многосторонней основах.

54. В следующем году в рамках МИД была сформирована Целевая группа по вопросам здравоохранения в целях дальнейшей активизации усилий в рамках упомянутой выше системы развития сотрудничества. Целевая группа проводит

свои заседания по мере возникновения в этом необходимости, и в них с учетом обсуждаемой тематики принимает участие широкий круг организаций, представляющих не только соответствующие подразделения МИД, но и МЗТБ и АЯМС – японской организации, занимающейся вопросами ОНР.

55. К настоящему времени целевой группой были поставлены и рассмотрены такие вопросы повестки дня, как стратегии подготовки к ТМКРА IV и Саммиту "Группы восьми" в Тойяко, Хоккайдо, сотрудничество с международными организациями и пути оказания помощи, включая меры по борьбе с туберкулезом и полиомиелитом. Настоящий доклад в рамках представления добровольных национальных докладов для их рассмотрения в связи с ежегодным обзором на уровне министров, который проводит Экономический и Социальный Совет Организации Объединенных Наций, был подготовлен в результате обобщения различных мнений, высказанных на заседании целевой группы. В качестве одного из элементов усилий по улучшению качества и повышению эффективности оказываемой им ОНР МИД, путем проведения структурных реформ и формирования целевой группы, сумел сформировать еще более прочную основу для развития многостороннего и двухстороннего сотрудничества.

## **ii) Механизм достижения согласия и проведения консультаций с национальными заинтересованными сторонами**

56. МИД всегда уделяет большое внимание проведению диалога с НПО. В 1994 году был начат "Диалог между МИД и НПО по вопросам Инициативы в отношении глобальных проблем народонаселения и СПИДа/Окинавской инициативы по инфекционным заболеваниям (ИГП/ИИЗ)", в рамках которого, начиная с этого года, проводятся регулярные консультации<sup>17</sup>. По состоянию на апрель 2009 года было проведено 85 обсуждений с участием 42 НПО, занимающихся проблемами охраны здоровья. В ходе их проведения был рассмотрен широкий круг вопросов, таких как политика Японии в области оказания содействия в развитии здравоохранения, сотрудничество с НПО в контексте Саммита "Группы восьми", а также ТМКРА IV и сотрудничество между НПО и международными организациями. НПО также проводили презентации, посвященные их деятельности.

57. Кроме того, как было упомянуто выше, МИД участвует в реализации Проекта по проведению диалога и исследований на тему "Вызовы в сфере Глобальной системы здравоохранения и роль Японии", который осуществляется на основе партнерства между государственным и частным секторами и при активном участии различных национальных заинтересованных сторон в целях формирования позиции международного сообщества по вопросам охраны здоровья.

## **iii) Страновая целевая группа по вопросам ОНР**

58. В предыдущих разделах содержится краткий анализ японского механизма достижения согласия в секторе здравоохранения. В настоящем разделе рассматривается деятельность страновой целевой группы по вопросам ОНР и ее взаимоотношения с центральными учреждениями.

59. Страновая целевая группа по вопросам ОНР была учреждена в 2003 году в целях укрепления потенциала Японии при разработке, выборе и реализации конкретных проектов и расширения возможностей Японии по выработке поли-



тики в сфере ОПР в рамках сотрудничества со странами/организациями, выступающими в качестве доноров на местном уровне. На момент подготовки настоящего документа (апрель 2009 года) такие целевые группы действовали в 78 получающих помощь странах, и каждая из них состоит главным образом из сотрудников посольства Японии и персонала отделений таких оказывающих помощь учреждений, как ЯАМС. Задачами целевой группы являются: а) изучение и анализ потребностей в области развития; б) разработка и анализ стратегий в области оказания помощи; в) разработка и отбор возможных проектов оказания содействия; г) укрепление сотрудничества с местными организациями, занимающимися оказанием помощи; е) укрепление связей с японскими организациями, занимающимися оказанием помощи и действующими в получающей помощи стране; ф) проведение анализа японской ОПР. В некоторых странах проводятся совещания по проблемам охраны здоровья с участием отвечающих за вопросы здравоохранения сотрудников посольства Японии и ЯАМС, в рамках которых на рабочем уровне обсуждаются практические вопросы<sup>18</sup>.

60. Страновая целевая группа по вопросам ОПР регулярно направляет в соответствующие подразделения МИД и ЯАМС доклады и предложения, касающиеся тенденций в местных организациях, занимающихся оказанием помощи, а также содержащие анализ целесообразности и эффективности оказываемой Японией ОПР и возникающих при ее предоставлении проблем. Эта информация с мест распространяется среди членов целевой группы по вопросам здравоохранения в Японии и используется в целях достижения согласия.

61. Благодаря учету поступающей с мест информации по вопросам ОПР в своих стратегиях в области здравоохранения Япония реализует многоуровневый "общепонский" подход под руководством МИД и на основе сотрудничества со всеми заинтересованными сторонами, включая соответствующие подразделения МИД, МЗТБ, ЯАМС, частный сектор, научных консультантов, НПО и местные организации, занимающиеся оказанием помощи.

## **в) Схемы оказания помощи в сфере здравоохранения**

62. Если рассматривать вопрос в общих чертах, то существуют четыре схемы оказания Японией ОПР во всех секторах, включая здравоохранение. Они различаются в зависимости от цели, получателя и объема помощи и могут принимать форму безвозмездной помощи, займа или технического сотрудничества, предоставляемых на двусторонней основе, а также взносов в международные организации, что представляет собой оказание помощи на многосторонней основе.

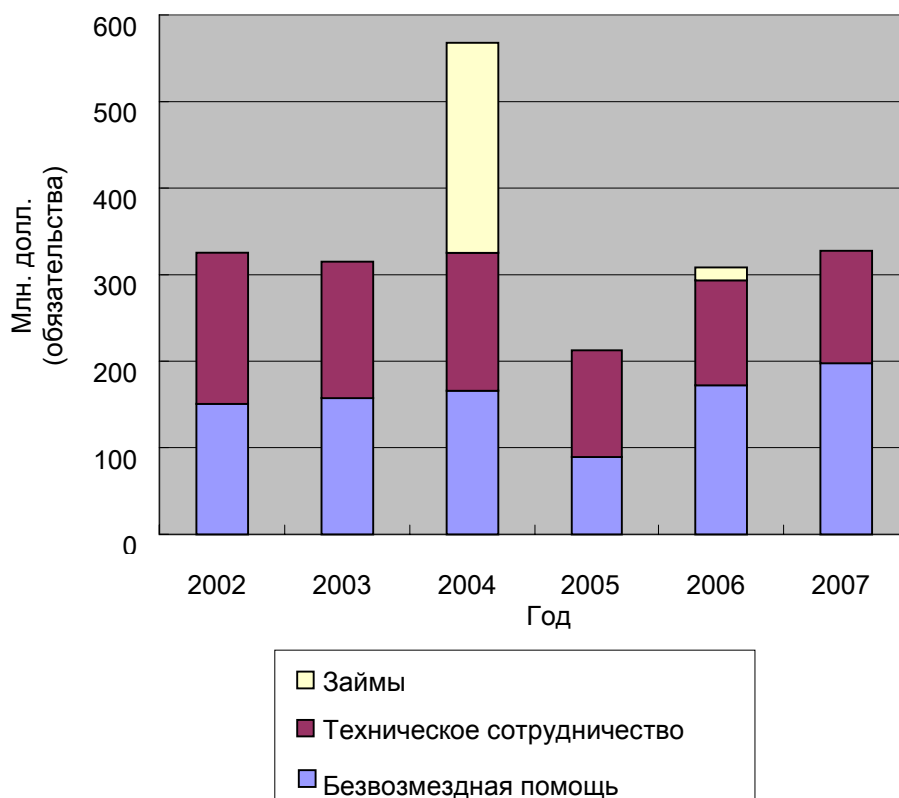
63. Безвозмездная помощь представляет собой одну из форм экономического сотрудничества в целях содействия экономическому и социальному развитию развивающихся стран; это помощь, предоставляемая развивающимся странам для приобретения ими необходимых оборудования и услуг без каких-либо обязательств в отношении возврата предоставленных средств. Безвозмездная помощь не ограничивается сектором здравоохранения, поскольку эта форма сотрудничества используется при решении таких проблем, как борьба с терроризмом, предотвращение стихийных бедствий и восстановление после них; такая помощь может оказываться в кратчайшие сроки и оперативно с учетом конкретных потребностей развивающихся стран и международного сообщества. В области здравоохранения используется несколько видов безвозмездной

помощи: безвозмездная помощь на цели реализации общих проектов предоставляется для осуществления таких проектов, как строительство/техническое обслуживание больниц и предоставление вакцины против полиомиелита через ЮНИСЕФ. Чрезвычайная безвозмездная помощь представляет собой содействие, оказываемое в качестве гуманитарной помощи жертвам стихийных бедствий и конфликтов, беженцам и перемещенным лицам. Безвозмездное содействие в реализации проектов обеспечения безопасности человека на низовом уровне предусматривает финансирование маломасштабных проектов, проектов на низовом уровне, основанных на принципе безопасности человека, в отношении таких проектов, как создание больниц/медицинских пунктов. Безвозмездное содействие при реализации проектов силами японских НПО оказывается японскими НПО, например, путем предоставления медицинского оборудования для больниц или создания систем водоснабжения в развивающихся странах.

64. Сотрудничество может развиваться в форме предоставления развивающимся странам долгосрочных займов с низким уровнем процентной ставки. Путем предоставления в дополнение к безвозмездной помощи займа, предполагающего обязательства по его погашению, можно оказывать содействие собственным усилиям стран по решению их национальных проблем. Несмотря на то что в секторе здравоохранения на основе займов как таковых реализуется лишь незначительное количество проектов, осуществление проектов в области водоснабжения и санитарии, направленных на развитие систем водоснабжения и канализации и обеспечения чистой питьевой водой, без чего невозможно обеспечить безопасные с медицинской и санитарной точек зрения условия жизни людей, может являться дополнительным видом содействия в развитии системы здравоохранения.

65. Техническое сотрудничество с использованием японских технологий и знаний или оказание содействия в разработке и совершенствовании технологий, соответствующих условиям развивающихся стран, способствует развитию людских ресурсов, необходимых развивающейся стране, чтобы взять на себя ответственность за ее социальное и экономическое развитие, тем самым помогая повысить технологические стандарты или создать/укрепить системы и институты. Техническое сотрудничество активно развивается в областях, связанных с удовлетворением основополагающих человеческих потребностей, начиная с охраны здоровья и медицины и заканчивая промышленной технологией. Техническое сотрудничество в секторе здравоохранения может приобретать различные формы: профессиональное обучение руководителей и работников системы здравоохранения из развивающихся стран в Японии, в получающей помощь стране или в третьих странах; направление в получающую помощь страну японских экспертов, включая политических советников и практикующих врачей; предоставление медицинского оборудования, необходимого для реализации проекта; техническое сотрудничество по конкретным проектам, предусматривающее сочетание этих элементов; техническое сотрудничество при проведении исследований в области планирования развития в целях разработки в развивающихся странах планов развития системы здравоохранения и командирование в эти страны для оказания помощи при проведении мероприятий по охране здоровья на низовом уровне представителей Организации японских добровольцев, работающих за рубежом (ЯДРЗ), и Организации добровольцев старшего возраста (ДСВ).

**Таблица 1. Структура помощи Японии в секторе здравоохранения с разбивкой по используемым схемам (помощь на двусторонней основе)**



*Источник:* Подготовлено МИД на основе статистических данных ОЭСР-КСР (2007 год).

66. В дополнение к описанной выше двусторонней помощи Япония оказывает помощь на многосторонней основе, предоставляя финансовые средства международным организациям. В последние годы глобальные проблемы, такие как нищета, конфликты, беженцы, инфекционные заболевания и охрана окружающей среды, приобретают все более разнообразные формы, в связи с чем они уже не могут решаться за счет усилий отдельной страны. Помощь Японии на многосторонней основе в рамках оказания поддержки деятельности международных организаций, располагающих опытом и знаниями в области решения глобальных проблем, дополняет помощь, предоставляемую Японией на двусторонней основе, и является эффективным инструментом развития международного сотрудничества. Именно из этих соображений Япония активно обеспечивает свой вклад в работу международных организаций по оказанию помощи в виде интеллектуальной деятельности, персонала и финансовых средств. В рамках сектора здравоохранения Япония осуществляет взносы в такие организации, как ВОЗ, ГФСТМ, ЮНИСЕФ, Фонд народонаселения Организации Объединенных Наций (ЮНФПА), Целевой фонд Организации Объединенных На-

ций по безопасности человека, Международная федерация по планированию размеров семьи (ИППФ), Всемирный банк, Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), Азиатский банк развития (АзБР), Всемирная организация здравоохранения животных (ВОЗЖ), Совместная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Африканский банк развития (АфБР), Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), Межамериканский банк развития (МБР), Продовольственная и сельскохозяйственная организации ООН (ФАО), Всемирная продовольственная программа Организации Объединенных Наций (ВПП) и Добровольцы Организации Объединенных Наций (ДООН).

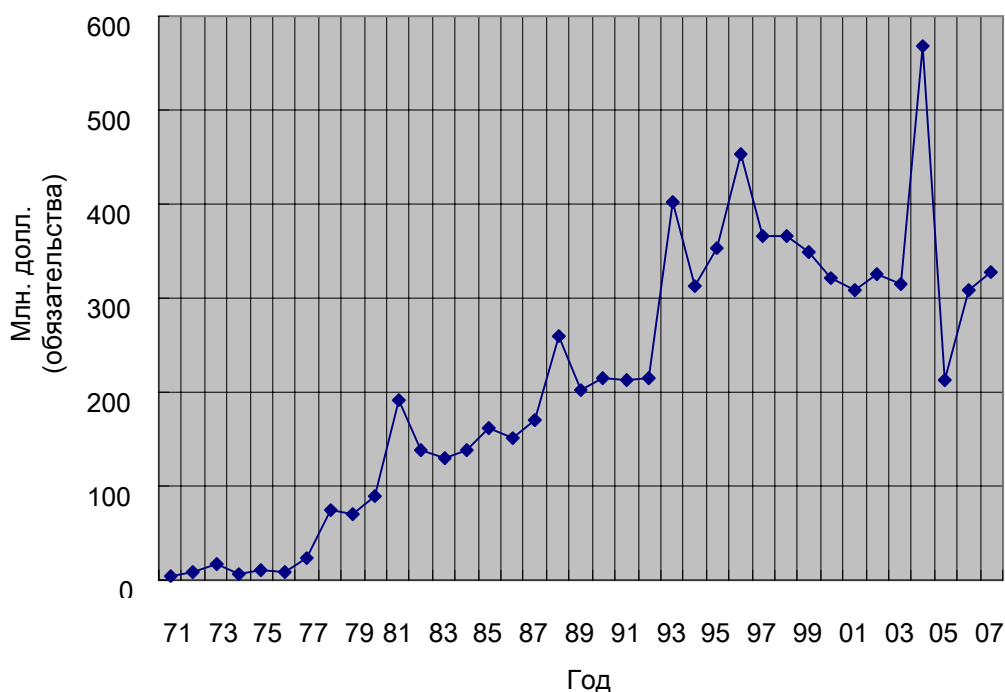
67. Таким образом, Япония оказывает содействие в сфере здравоохранения путем использования различных схем с учетом потребностей, уровня развития и финансовой ситуации в каждой конкретной развивающейся стране в форме, соответствующей существующим в ней условиям.

**с) Достижения Японии в оказании содействия в области здравоохранения**

**і) Тенденции помощи Японии в области здравоохранения**

68. Как показано в таблице 2, объем помощи, предоставляемой Японией на двусторонней основе в области здравоохранения, неуклонно увеличивается<sup>19</sup>. После периода постепенного роста с 3,33 млн. долл. США в 1971 году, когда начали собираться соответствующие данные, до 1977 года объем помощи Японии увеличился почти в восемь раз за период с 1977 года (22,35 млн. долл. США) по 1981 год (192,35 млн. долл. США). В 1988 году было отмечено резкое увеличение объемов помощи, после чего возобновился их постепенный рост, продолжавшийся вплоть до 1993 года, когда объемы помощи выросли в два раза по сравнению с предыдущим годом. После достижения максимальных показателей в 1996 году отмечалась неустойчивая динамика изменения объемов помощи с последующим увеличением соответствующего показателя до 568,23 млн. долл. США в 2004 году. Несмотря на то что было отмечено временное сокращение объемов содействия<sup>20</sup>, темпы прироста соответствующего показателя постепенно вышли на текущий уровень. Для удобства приводимые выше цифры основаны на статистических данных КСР, однако в дополнение к охарактеризованной выше двусторонней помощи Япония оказывает содействие в области здравоохранения в форме взносов в такие международные организации, как ГФСТМ<sup>21</sup>.

**Таблица 2. Тенденции изменения объемов помощи Японии в области здравоохранения (двусторонняя помощь)**



Источник: Подготовлено МИД на основе статистических данных ОЭСР-КСР (2007 год).

## ii) Сравнение с другими донорами

69. Как показано в таблице 3, сопоставление объемов помощи (на двусторонней основе) в области здравоохранения, предоставляемого основными донорами, свидетельствует о том, что начиная с 2001 года Япония входит в число десяти крупнейших доноров<sup>22</sup>. Первое место сохраняют за собой Соединенные Штаты, и с учетом объявленного президентом Бушем в 2003 году Чрезвычайного плана президента США в связи со СПИДом (ПЕПФАР), предусматривающего расходы в размере 15 млрд. долл. США в течение последующих пяти лет на цели оказания чрезвычайной помощи, Соединенные Штаты превосходят другие страны по объему предоставляемой помощи (в 2008 году действие ПЕПФАР было продлено с выделением 48 млрд. долл. США в течение пяти лет). Соединенное Королевство отстает от Соединенных Штатов, тем не менее оно занимает устойчивые позиции, постоянно находясь в числе первых четырех доноров по объему оказываемого содействия. В 2004 году, когда объем предоставляемого Японией содействия достиг своего максимального значения, она заняла по этому показателю второе место в мире, опустившись, тем не менее, на седьмое место в 2005 году и оставаясь в последующие годы на шестом месте. При этом Япония намерена продолжать делать все от нее зависящее для оказания содействия в области здравоохранения.

**Таблица 3. Помощь в области здравоохранения со стороны ведущих доноров  
(на двусторонней основе)**

| Место/год | 2001 год                            | 2002 год                                    | 2003 год                             | 2004 год                             | 2005 год                             | 2006 год                             | 2007 год                              |
|-----------|-------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| 1         | США<br>1 234,06                     | США<br>1 964,17                             | США<br>2 182,63                      | США<br>2 569,83                      | США<br>3 448,3                       | США<br>4 189,59                      | США<br>5 612,95                       |
| 2         | Европейская<br>комиссия<br>349,31   | Соединен-<br>ное Коро-<br>левство<br>415,35 | Европейская<br>комиссия<br>490,47    | Япония<br>568,23                     | Европейская<br>комиссия<br>669,42    | Нидерланды<br>756,7                  | Соединенное<br>Королевство<br>1 014,7 |
| 3         | Япония<br>308,53                    | Европейская<br>комиссия<br>345,39           | Соединенное<br>Королевство<br>459,81 | Европейская<br>комиссия<br>523,08    | Соединенное<br>Королевство<br>587,84 | Соединенное<br>Королевство<br>678,59 | Канада<br>626,34                      |
| 4         | Соединенное<br>Королевство<br>190,7 | Япония<br>326,38                            | Япония<br>314,35                     | Соединенное<br>Королевство<br>438,53 | Канада<br>334,82                     | Европейская<br>комиссия<br>580,17    | Европейская<br>комиссия<br>488,84     |
| 5         | Франция<br>160,45                   | Нидерланды<br>219,85                        | Германия<br>230,59                   | Франция<br>312,4                     | Франция<br>286,41                    | Германия<br>474,15                   | Германия<br>380,07                    |
| 6         | Норвегия<br>147,19                  | Германия<br>204,09                          | Франция<br>192,2                     | Канада<br>265,27                     | Нидерланды<br>238,03                 | Япония<br>308,8                      | Япония<br>327,08                      |
| 7         | Нидерланды<br>136,85                | Франция<br>199,58                           | Канада<br>187,43                     | Нидерланды<br>259,28                 | Япония<br>212,72                     | Франция<br>272,65                    | Швеция<br>275,41                      |
| 8         | Германия<br>122,47                  | Норвегия -<br>123,4                         | Нидерланды<br>157,92                 | Германия<br>244,63                   | Норвегия<br>199,56                   | Канада<br>250,18                     | Испания<br>250,57                     |
| 9         | Испания<br>90,96                    | Швеция<br>101,81                            | Норвегия<br>134,98                   | Швеция<br>166,41                     | Германия<br>198,08                   | Швеция<br>247,53                     | Норвегия<br>211,94                    |
| 10        | Канада<br>90,27                     | Канада<br>93,54                             | Швеция<br>116,2                      | Дания<br>144,49                      | Испания<br>145,58                    | Норвегия<br>239,28                   | Австралия<br>181,94                   |

\* Единица измерения: млн. долл. США (обязательства).

Источник: Подготовлено МИД на основе статистических данных ОЭСР-КСР (2007 год).

**d) Характеристики и достоинства японской помощи на цели здравоохранения**

**i) Поддержка усилий развивающихся стран в области самопомощи**

70. Усилия в области самопомощи означают, что развивающиеся страны берут на себя ответственность за будущее собственных стран; это также усилия их народов в целях содействия развитию. ОПР Японии, включая помощь, связанную со здравоохранением, базируется на концепции о том, что поддержка усилий развивающихся стран в области самопомощи является неотъемлемым фактором обеспечения устойчивого экономического роста. Кроме того, Япония сотрудничает в осуществлении индивидуальных проектов, с тем чтобы устойчивое развитие обеспечивалось силами населения самих развивающихся стран даже после завершения программы помощи. Это неизменная политика, в основе которой – послевоенное восстановление Японии и ее последующий опыт в оказании помощи другим азиатским странам. С момента созыва ТМКРА I в 1993 году Япония с уважением относилась к усилиям африканских стран в области самопомощи и со своей стороны оказывала поддержку в максимальном

наращивании этих усилий в сотрудничестве с другими международными партнерами.

71. Основное внимание Япония уделяет развитию людских ресурсов, созданию правовых институтов и развитию экономических и социальных основ (инфраструктуры) как важных элементов, поддерживающих усилия развивающихся стран в области самопомощи. В частности, развитие людских ресурсов абсолютно необходимо для государственного строительства и экономического развития в развивающихся странах, так же как создание правовых институтов и построение прочной экономической и социальной основы.

## ii) "Зримая помощь" на уровне местных общин

72. Как указано выше, при предоставлении ОПР, включая помощь на цели здравоохранения, Япония считает сотрудничество в целях развития людских ресурсов, создания правовых институтов и развития экономических и социальных основ жизненно важными для поддержки усилий развивающихся стран в области самопомощи, поскольку элементы составляют основу государственного строительства. Учитывая это, Япония при полном уважении самостоятельности той или иной страны обеспечивает сотрудничество, помогающее стране-получателю помощи разработать и усовершенствовать всеобъемлющую стратегию преодоления трудных ситуаций, путем передачи ей соответствующих знаний, технологий и опыта в рамках общения между соответствующими лицами и специалистами, как в этой стране, так и непосредственно в Японии.

73. Например, в соответствии со схемой технического сотрудничества Япония направляет в развивающиеся страны специалистов в разнообразных областях для предоставления помощи в осуществлении связанных со здравоохранением проектов технического сотрудничества (в 2007 финансовом году направлено 757 специалистов в области здравоохранения)<sup>23</sup>. Специалисты из организаций системы Министерства здравоохранения, труда и социального обеспечения, такие как Национальный институт общественного здравоохранения, Центр надзора за инфекционными заболеваниями и Международный медицинский центр Японии, государственные служащие, сотрудники больниц, университетов и исследовательских организаций, консультативных фирм и НПО с чувством огромной ответственности день и ночь трудятся рука об руку со своими коллегами над решением различных связанных со здравоохранением проблем. В некоторых случаях Япония направляет советников в министерства здравоохранения развивающихся стран, которые вносят свой вклад в самостоятельные усилия, входящие в структуру этих министерств, организаций и учреждений – получателей помощи, предоставляя им консультации в целях улучшения систем здравоохранения или в области планирования/разработки новых проектов.

74. Представители молодого поколения японцев принимают участие в местных коллективных мероприятиях в развивающихся странах в качестве добровольцев в области международного сотрудничества Японии, лица более старшего возраста – в качестве старших добровольцев (в 2007 финансовом году в сфере здравоохранения всего работали 316 добровольцев)<sup>24</sup>. Иногда они посещают отдаленные части той или иной страны, где никакие другие организации по оказанию помощи не работают с местными учреждениями сферы здравоохранения и общинами в области улучшения здоровья населения.

75. Помимо направления сотрудников в развивающиеся страны, Япония также приглашает отдельных лиц из развивающихся стран для участия в программах профессиональной подготовки в Японии. В 2007 финансовом году Япония приняла 4619 стажеров в сфере здравоохранения из развивающихся стран<sup>25</sup>. В качестве носителей медицинских знаний и являясь руководящими сотрудниками системы административного управления в области здравоохранения, а также обладая практическим медицинским опытом, эти слушатели получают возможность изучить опыт и знания, которые может предложить система здравоохранения Японии, что впоследствии помогает им расширять службы здравоохранения в собственных странах.

76. Работающие в сфере здравоохранения японские НПО также выступают важными партнерами в рамках оказываемой Японией помощи в области здравоохранения. По состоянию на 2007 финансовый год 28 организаций использовали государственное финансирование и осуществляли всеобъемлющие операции помощи на местном уровне.

77. Таким образом, одной из наиболее характерных черт оказываемой Японией помощи в сфере здравоохранения можно считать предоставление так называемой зримой помощи, поскольку японские специалисты, добровольцы и сотрудники НПО выезжают в отдаленные районы стран – получателей помощи, где они применяют свою квалификацию в решении различных проблем в тесном сотрудничестве с местными коллегами и жителями.

### iii) Вклад в координацию помощи

78. Япония вносит свой вклад в координацию помощи, что обеспечивает эффективное достижение единых целей в области развития, таких как ЦРДТ или национальная стратегия здравоохранения, а также снижает бремя, лежащее на развивающихся странах.

79. В течение последних лет во всем мире неизменно растет осознание важности повышения эффективности помощи, свидетельством чего стало принятие в 2005 году Парижской декларации по повышению эффективности внешней помощи (Парижская декларация). В этой декларации, одним из подписантов которой стала Япония, изложены пять ключевых принципов повышения качества внешней помощи<sup>26</sup>. В сентябре 2008 года в Гане состоялся третий Форум высокого уровня по вопросам эффективности помощи в целях проведения среднесрочного обзора хода осуществления этой декларации, на котором была принята Аккрская программа действий (АПД) с изложением тех целей, которые должны быть достигнуты к 2010 году.

80. На местном уровне были созданы группы, специализирующиеся в таких сферах, как здравоохранение и образование, в целях предоставления помощи в форме программ, согласованных со стратегиями развития соответствующего сектора, причем в таких программах приняли участие многие страны-доноры. Например, Япония участвует в таких программных концепциях в сфере здравоохранения в Кении и Замбии, в сфере образования – в Бангладеш и в сельскохозяйственном секторе – в Танзании.

81. Кроме того, начиная с 2006 года, Япония назначала координаторов по вопросам экономического сотрудничества в африканских странах, где особенно активно осуществляется координация помощи<sup>27</sup>. Координаторы накапливают



соответствующую информацию, обмениваются знаниями и представляют мнения о помощи Японии в целях развития для укрепления сотрудничества, в том числе между иностранными правительствами, организациями, осуществляющими проекты по оказанию помощи, и НПО. По этой причине Япония активно участвует в координации помощи, актуальность которой постоянно повышается<sup>28</sup>.

#### iv) Использование опыта и знаний Японии

82. Целью Японии при предоставлении помощи является применение ее опыта в социально-экономическом развитии и экономическом сотрудничестве в интересах развивающихся стран, а также обмен с ними инновационными технологиями, своими знаниями, кадровыми ресурсами и системными методами, отвечающими политике и потребностям в помощи этих развивающихся стран.

83. Япония была более 200 лет закрыта для внешнего мира, однако с приходом к власти правительства императора Мэйдзи в 1868 году страна встала на путь ускоренной модернизации и "вестернизации" во всех сферах общества, включая промышленность, административную сферу и образование. То же происходило в сфере здравоохранения, в которой проводились соответствующие обследования, собирались статистические данные и разрабатывались нормы и правила для медицинского персонала. Одновременно была создана централизованная система предотвращения эпидемий в целях борьбы с опасными инфекционными заболеваниями, такими как холера, дизентерия и брюшной тиф, которые распространялись по территории страны в результате ее открытия внешнему миру после долгого периода изоляции.

84. Когда Япония готовилась к войне в 1920-е и 1930-е годы, возникли и обострились проблемы, связанные с необходимостью введения мер борьбы с туберкулезом, который в то время был широко распространен в стране, а также с необходимостью решения проблемы высокой младенческой смертности. Вся страна была охвачена нищетой. Во многих деревнях не было врачей, а многие домохозяйства не имели средств для оплаты медицинских услуг. Такая ситуация привела к созданию Министерства здравоохранения и социального обеспечения, которое курировало услуги здравоохранения – от центральных до местных, включая местные медицинские центры по всей территории страны, и таким образом способствовало улучшению как центральных, так и местных медицинских служб. В деревнях медицинские сестры из государственных органов здравоохранения начали играть активную роль в борьбе с туберкулезом, улучшении материнского и детского здоровья и формировании так называемой общинной концепции здравоохранения.

85. После войны и вызванных ею разрушений Япония собрала все силы и начала свое восстановление при поддержке, в том числе, со стороны Соединенных Штатов и ЮНИСЕФ, а также с помощью ссуд Всемирного банка. Под руководством Генерального штаба были восстановлены медицинские службы, и медицинские сестры, акушерки и другие женщины – медицинские специалисты предоставляли свои услуги в основном на уровне местных медицинских пунктов. В то же время ассоциации местных жителей и частные организации прилагали усилия в целях удовлетворения медицинских потребностей населения, результатом чего стало значительное улучшение положения в области

борьбы с туберкулезом и укрепление материнского и детского здоровья, которые в то время являлись наиболее насущными проблемами.

86. Начиная с 1960-х годов изменения в обществе обусловили возникновение новых проблем в области здравоохранения. Например, промышленное развитие привело к загрязнению и экологическим проблемам, а также к росту производственного травматизма. Изменения в образе жизни людей повысили риск сердечных заболеваний, рака и других болезней, связанных с образом жизни; при этом старение населения усилило обеспокоенность по поводу бремени медицинских расходов. В 1961 году была введена система всеобщего медицинского страхования.

87. За 150 лет, прошедших со времени прихода к власти правительства императора Мэйдзи, Япония – подчас под влиянием и при поддержке других стран – стабильно накапливала опыт в решении связанных со здравоохранением проблем, с которыми в настоящее время сталкиваются многие развивающиеся страны. К ним относятся поиск путей борьбы с туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями, снижение коэффициентов младенческой и материнской смертности и создание мощных систем здравоохранения. Опыт Японии обусловил ее общинную концепцию здравоохранения, которая в условиях дефицита медицинских учреждений и персонала на местном уровне являлась основой для охраны здоровья местных жителей на базе согласованных усилий местных медицинских центров, акушерок и врачей. Результатом этого также стала публикация Пособия по материнскому и детскому здоровью (Пособия МДЗ) и принятие изложенных в нем мер, причем данное пособие заложило основу многих усилий Японии по предоставлению помощи развивающимся странам в сфере здравоохранения. Таким образом, помощь Японии базируется на ее опыте, знаниях и системах. Этот опыт на систематической основе описывается в опубликованном Японией соответствующем докладе и в учебных аудиовизуальных материалах<sup>29</sup>, которые развивающиеся страны могут использовать по мере необходимости в соответствии со своим социально-экономическим положением, а также с учетом тех проблем в сфере здравоохранения, с которыми они сталкиваются.

#### **v) Стабильное осуществление инициатив**

88. Стабильное осуществление широкого круга инициатив является еще одной характерной особенностью помощи Японии в сфере здравоохранения. В 2000 году на Саммите "Группы восьми" на Окинаве Япония объявила об Окинавской инициативе по инфекционным заболеваниям (ИИЗ) и обязалась выделить 3 млрд. долл. США на всеобъемлющие меры по борьбе с инфекционными заболеваниями в период с 2000 по 2004 финансовый год. В конечном счете, в рамках этой инициативы Япония предоставила примерно 5,8 млрд. долл. США, что значительно превысило первоначальное обязательство в 3 млрд. долл. США.

89. Как упоминалось выше, включение Японией проблемы инфекционных заболеваний в качестве важного пункта в повестку дня впервые в истории проведения подобных саммитов и последующее объявление об инициативе по борьбе с инфекционными заболеваниями способствовали созданию в 2002 году ГФСТМ, при этом Япония неуклонно выполняет свои обязательства перед этим Фондом. В июне 2005 года премьер-министр Дзюньитиро Коидзуми ассигно-

вал 500 млн. долл. США на ГФСТМ с выделением этих средств в период между 2006 и 2008 годами. На состоявшейся в мае 2008 года конференции ТМКРА IV занимавший на тот момент пост премьер-министра Ясуо Фукуда подчеркнул тот факт, что начиная с 2009 года Япония выделила на цели ГФСТМ 560 млн. долл. США, и в марте 2008 года правительство Японии ассигновало приблизительно 194 млн. долл. США в качестве первого шага по выполнению этого многолетнего обязательства. Таким образом, общий объем ассигнований Японии на цели ГФСТМ по состоянию на апрель 2009 года составляет 1,04 млрд. долл. США.

90. После ИИЗ Япония объявила об Инициативе в области здравоохранения и развития на состоявшемся в 2005 году Форуме высокого уровня по ЦРДТ в области здравоохранения для региона Азии и Тихого океана и выделила 5 млрд. долл. США в виде помощи на период с 2005 по 2009 финансовый год. В качестве своего вклада в достижение ЦРДТ в рамках этой инициативы Япония оказала поддержку в секторах базового образования и систем водоснабжения/канализации в дополнение к помощи по укреплению систем здравоохранения, снижению коэффициента младенческой смертности, улучшению материнского здоровья и осуществлению мер по борьбе с инфекционными заболеваниями. Япония ассигновала примерно 1,2 млрд. долл. США в 2005 финансовом году, 1,9 млрд. долл. США – в 2006 финансовом году и 1,4 млрд. долл. США в 2007 финансовом году (всего примерно 4,5 млрд. долл. США). Первоначальное обязательство по выделению 5 млрд. долл. США уже практически выполнено всего за три года.

91. Стабильное осуществление Японией широкого круга инициатив во исполнение своего обязательства перед международным сообществом может считаться еще одной характерной особенностью предоставляемой ею помощи.

- а) Тематические исследования. Передовая практика Японии в области здравоохранения, используемая в рамках оказания помощи**
- і) Материнское, младенческое и детское здоровье (вклад в достижение ЦРДТ 4 и ЦРДТ 5): Сотрудничество с применением всеобъемлющего подхода к обеспечению континуума помощи в области материнского, младенческого и детского здоровья**

92. С позиций безопасности человека Япония расширяет сотрудничество, применяя всеобъемлющий подход к обеспечению континуума помощи в области охраны материнского, младенческого и детского здоровья, во многих случаях на основе Пособия МДЗ. Данное пособие, представляющее собой хороший пример помощи с применением опыта Японии, привлекло к себе огромное внимание. С момента своей успешной публикации и распространения в таких странах Азии, как Индонезия, это пособие дошло и до столь далеких от Японии стран, как Палестина<sup>30</sup>. Наряду с находящимся в обращении тиражом этого пособия, достижение ЦРДТ требует дополнительных качественных мер улучшения служб охраны материнского, младенческого и детского здоровья.

93. На базе накопленного опыта Япония в 2004 году инициировала трехлетний проект технического сотрудничества по улучшению служб охраны материнского здоровья в сельских районах Марокко<sup>31</sup>, где наблюдались существенные региональные различия в коэффициентах материнской смертности. Были организованы программы профессиональной подготовки для аспирантов в це-

лях повышения практических навыков, знаний и информированности работников сферы здравоохранения; для менеджеров медицинских учреждений были проведены программы повышения квалификации, с тем чтобы они могли осуществлять управление в рамках проекта по охране материнского и детского здоровья; были усилены программы использования информации, образования и консультаций (ИОК), а также передвижные клинические услуги для беременных женщин. Кроме того, одновременно с публикацией пособия по здоровью для женщин<sup>32</sup>, аналогичного Пособию МДЗ, были организованы курсы подготовки к родам под названием "Тамаго", что по-японски означает "яйцо", в целях пропаганды комплексного медицинского обслуживания в рамках охраны материнского, младенческого и детского здоровья.

94. Результатом осуществления этого проекта стал целый ряд изменений, включая внедрение модели непрерывного обучения для работников сферы здравоохранения, занимающихся родовым обслуживанием беременных женщин; усиление мотивации медицинских сестер и акушеров в связи с внедрением модели профессиональной подготовки, базирующейся на принципе непрерывного обучения, и создание надлежащих справочных материалов, и все это, в конечном счете, обусловило общее повышение качества охраны материнского здоровья.

95. Япония осуществила много других программ помощи, которые послужили той же цели, в частности, посредством создания потенциала и учреждения рамок для сотрудничества между административными работниками сферы здравоохранения, местными медицинскими учреждениями, медицинскими работниками и местными организациями. К таким проектам относятся: Проект улучшения служб охраны материнского, младенческого и детского здоровья в сельских районах Камбоджи и Проект улучшения служб охраны материнского, младенческого и детского здоровья в Республике Мадагаскар.

96. Поскольку такие региональные системы служб охраны материнского здоровья в конечном счете содействуют общему улучшению состояния здоровья детей посредством, например, более расширенных программ вакцинации, вышеуказанные проекты представляют собой некоторые примеры наиболее передовой практики, которую Япония может предложить для применения в сфере охраны здоровья матерей, новорожденных и детей.

**ii) Борьба с инфекционными заболеваниями (вклад в достижение ЦРДТ 6): борьба с туберкулезом путем использования краткого курса лечения под непосредственным наблюдением в Камбодже**

97. Туберкулез является одной из основных причин смертности в Камбодже, которая была классифицирована, как одна из 22 стран с высоким уровнем распространенности туберкулеза. В 1994 году правительство Камбоджи в сотрудничестве с ВОЗ усилило Национальную программу борьбы с туберкулезом (НПБТ), результатом чего стало некоторое улучшение показателей излечения. Тем не менее в связи с ускоренным распространением служб краткого курса лечения под непосредственным наблюдением (ДОТС) нехватка квалифицированных работников здравоохранения, участвующих в борьбе с этим заболеванием, и необходимость подготовки соответствующих кадров стали очевидными. Еще одной причиной увеличения числа больных туберкулезом явилось распространение ВИЧ/СПИДа.

98. В ответ на эти проблемы Япония осуществила пятилетний проект технического сотрудничества по наращиванию потенциала НПБ и начиная с 1999 года организовала профильную подготовку медицинского персонала в рамках первого этапа Проекта борьбы с туберкулезом. Охват услугами ДOTS в 750 медицинских центрах по всей стране достиг практически 100 процентов. Были внедрены механизмы решения проблемы коинфицирования туберкулезом/ВИЧ, раннего диагностирования, лечения и профилактики, а там, где такие механизмы уже существовали, они были расширены. К ним относится служба под названием "вечерняя клиника", в которой проводится диагностика туберкулеза для ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, или сеть национальных лабораторий внешнего контроля качества для выявления туберкулеза путем исследования мазков мокроты. Кроме того, данный проект способствовал разработке пятилетних руководящих принципов для национальной программы борьбы с туберкулезом, создания устойчивой системы сбыта и распространения лекарств, наращивания технического и управленческого потенциала персонала НПБ для проведения национального обследования распространенности заболевания и расширения ДOTS, повышая квалификацию администраторов и техников-лаборантов путем их обучения в Научно-исследовательском институте туберкулеза/Японской антитуберкулезной ассоциации. Кроме того, в рамках координации помощи Всемирная продовольственная программа при поддержке правительства Японии обеспечила продуктами питания более 33 тыс. больных туберкулезом, ежедневно проходящих краткий курс лечения под непосредственным наблюдением, что стало для них мощным стимулом прохождения полного курса лечения от туберкулеза. Достигнув значительного прогресса в расширении ДOTS, основной упор в усилиях по контролю распространения туберкулеза сместился в сторону укрепления медицинских служб в рамках НПБ<sup>33</sup>, например, посредством повышения качества управления и особого внимания к труднодоступным районам и группам населения. В результате этого в 2004 году начался второй этап Проекта борьбы с туберкулезом. На втором этапе применялась система частно-государственных партнерств в области ДOTS (ЧГП-ДОТС) и ДОТС на уровне общин (О-ДОТС) для предоставления терапевтического лечения в труднодоступных районах и среди труднодоступных групп населения. Были также разработаны руководящие принципы по лечению за рамками ДOTS: для случаев коинфицирования туберкулезом/ВИЧ и для лечения больных туберкулезом детей и в соответствии с этими принципами предоставлялись надлежащие услуги. В дополнение к этому были проведены эффективные пропагандистские и информационные/учебные/консультативные мероприятия по поддержке программы борьбы с туберкулезом в целях содействия изменению во взглядах и поведении больных туберкулезом, их семей и членов их общин.

99. В ходе второго этапа проекта были достигнуты существенные результаты, повлиявшие на программу Камбоджи по борьбе с туберкулезом. Иными словами, к 2006 финансовому году был успешно достигнут целевой показатель применительно к туберкулезу, а именно – коэффициент излечимости на уровне 85 процентов и коэффициент выявления заболевания на уровне 70 процентов. Это было достигнуто за счет ряда факторов, включая реализацию схемы сотрудничества с частными медицинскими работниками и НПО посредством ЧГП-ДОТС, расширение прав и возможностей членов общин посредством О-ДОТС и внедрение схемы координации между мероприятиями в рамках борьбы с туберкулезом/ВИЧ и НПБ.

100. Вышеупомянутый проект в Камбодже, включивший концепцию безопасности человека<sup>34</sup> и обеспечивший решение связанных с туберкулезом проблем, используя комплексный подход к их решению, является одним из примеров передовой практики Японии в области борьбы с инфекционными заболеваниями.

**iii) Инициатива частного сектора: производство противомоскитных сеток в Танзании компанией "Сумитомо Кемикал Ко., Лтд."**

101. Малярия остается одним из наиболее разрушительных по воздействию заболеваний, поражающих население всего мира. По оценкам, ежегодно малярией заболевает 330–500 млн. человек, причем 90 процентов из них – в Африке. Кроме того, ущерб от этого заболевания для Африки оценивается в сумму 12 млрд. долл. США в виде недополученного валового внутреннего продукта (ВВП). Как отмечалось в документах Европейского альянса по борьбе с малярией, "негативные последствия малярии ощутимы не только в плане тех страданий и смерти людей, которые она несет, но и в плане значительных экономических издержек и бремени".

102. Соответственно, компания "Сумитомо Кемикал" разработала противомоскитную сетку OLYSET®NET с использованием специальных технологий пропитки нитей инсектицидом, помогая таким образом бороться с москитами и предотвращать заражение. Активное вещество постепенно выделяется из нитей противомоскитной сетки, и она сохраняет свои инсектицидные качества в течение не менее пяти лет даже после многочисленных стирок. Сетка OLYSET®NET является единственной полностью одобренной ВОЗ "обработанной инсектицидами противомоскитной сеткой длительного использования" (LLIN). Такие сетки широко распространялись по каналам ВОЗ, ЮНИСЕФ и ряда НПО примерно в 40 африканских странах (особенно в странах к югу от Сахары) и в 20 странах Юго-Восточной Азии. В дополнение к этому, компания "Сумитомо Кемикал" вносит свой вклад в достижение ЦРДТ путем бесплатного распространения сеток OLYSET®NET в сотрудничестве с другими организациями, такими как "Милениум Промис"<sup>35</sup> и ЮНИСЕФ.

103. В сентябре 2003 года технология производства сеток OLYSET® NET была бесплатно предоставлена танзанийскому производителю противомоскитных сеток – фирме "Эй-то-Зет Текстайл Миллз, Лтд.", которая в настоящее время является оператором предприятия по производству сеток OLYSET®NET. В феврале 2007 года компания "Сумитомо Кемикал" провела работу с этим производителем по вопросам расширения производства, а также с другой местной компанией по созданию совместного предприятия под названием "Вектор Хелс Интернэшнл, Лтд." по производству сеток OLYSET®NET. Эти инициативы способствовали созданию схемы устойчивой самопомощи в этой местной общине путем наращивания производственного потенциала и снижения расходов. По состоянию на конец 2008 года годовой объем производства сеток в Танзании увеличился до 38 млн. штук, и этот рост объемов производства помог создать в местной общине более 4 тыс. рабочих мест, что в свою очередь содействовало укреплению экономики региона.

104. Компания "Сумитомо Кемикал" приняла решение о создании еще одной производственной базы в Нигерии в ответ на рост спроса на обработанные инсектицидами противомоскитные сетки в Африке. Хотя эти планы еще требуют

доработки, компания ожидает достижения годового объема производства в 20 млн. сеток и создания более 5 тыс. рабочих мест.

105. Этот проект является новаторской инициативой и одним из примеров передовой практики японской частной компании, поскольку она напрямую увязывает свой основной вид деятельности с помощью в целях развития.

**iv) Программа совместного создания базы знаний в Азии и Африке (ПССЗАА): Комплексное управление качеством (TQM) для улучшения больничного обслуживания: целостный подход к использованию имеющихся ресурсов**

106. Исходя из важности азиатско-африканского сотрудничества, что было подтверждено на ТМКРА III, ЯАМС начало осуществление Программы совместного создания базы знаний в Азии и Африке (ПССЗАА) в целях содействия сотрудничеству по линии Юг-Юг. "Комплексное управление качеством (TQM) для улучшения больничного обслуживания" является второй программой, принятой ПССЗАА, которая в настоящее время осуществляется в 15 африканских странах<sup>36</sup>.

107. Нередко указывается на то, что управленческому звену системы больничного обслуживания в Африке присущи некоторые проблемы. В связи с хронической нехваткой медицинских ресурсов основной проблемой, которую необходимо было решить в рамках этой системы, являлся поиск путей улучшения управления системой в целях предоставления больничных услуг максимально высокого качества. В силу характерных для этой системы недостатков и ограничений единственной возможностью совершить необходимый прорыв было улучшение управления больницами и планирование политики в сфере здравоохранения в ежедневном режиме. Несмотря на то что азиатские страны уже длительное время сталкиваются с аналогичными проблемами, Шри-Ланка, например, смогла успешно преодолеть их, используя разработанные в японской обрабатывающей промышленности методы контроля качества, такие как 5S, CQI и TQM<sup>37</sup>.

108. Соответствующим образом, в рамках ПССЗАА в Японии и Шри-Ланке были проведены три семинара/практикума, а также пилотный проект с участием соответствующих специалистов из Азии. Участвующие в них администраторы больниц из Африки должны были создать практические схемы обеспечения возможно лучшего качества больничных услуг, которое может быть достигнуто собственными усилиями каждой страны в текущих условиях (рис. 1). Эта практическая подготовка, включая посещение производственных предприятий таких компаний, как "Тойота Моторс", получила в целом высокую оценку участников, и, как ожидается, данная программа будет содействовать значительному расширению кадровых ресурсов.

109. Сотрудничество по линии Юг-Юг является одним из приоритетных направлений, обозначенных в среднесрочной политике Японии в области ОПР, а поскольку основной задачей деятельности ПССЗАА является скорее совершенствование текущей управленческой практики, нежели упор на крупные финансовые вложения, эта программа представляет собой еще один пример передовой практики Японии, пригодной для тех африканских стран, которые испытывают серьезные экономические и финансовые трудности даже без учета текущего экономического кризиса.

**Рисунок 1. До и после внедрения ПССЗАА**

Источник: ЯАМС.

**v) Проект поддержки Плана инвестиций в здравоохранение в Замбии**

110. В соответствии с начатыми в 1992 году реформами в области здравоохранения правительство Замбии предприняло попытку полностью перестроить весь сектор здравоохранения, превратив его в эффективную и действенную систему. Начиная с 2006 года совместно с этим стратегическим планом ЯАМС осуществило двухлетний проект технического сотрудничества в целях расширения информационной системы, созданной в рамках "переписи учреждений здравоохранения" (предпринятое ЯАМС в 2004 финансовом году базовое обследование) и помогло в разработке Плана инвестиций в здравоохранение, чтобы дать возможность Замбии предоставлять эффективные услуги в области медицины и охраны здоровья на базе своего Национального стратегического плана по здравоохранению (НСПЗ) (рис. 2)<sup>38</sup>.

111. В соответствии с проектом была создана база данных учреждений здравоохранения, которая охватила 1395 учреждений по всей стране ниже первичного уровня (в частности, районные больницы, медицинские центры и медицинские пункты), а затем эта база данных была интегрирована в национальную систему управления информацией в сфере здравоохранения (рис. 3). Наряду с этим был опубликован атлас учреждений здравоохранения и разослан в областные и районные отделы здравоохранения и другим организациям-донорам. Дополнительно в национальных, областных и районных учреждениях здравоохранения были проведены практикумы по результатам переписи учреждений здравоохранения.

112. По итогам этих мер все районные отделы здравоохранения подготовили свои инвестиционные планы и представили их в Министерство здравоохранения через областные отделы здравоохранения после проведения совместного анализа работы учреждений здравоохранения и других профильных данных. Кроме того, поскольку база данных в отношении учреждений здравоохранения включает не только информацию по учреждениям здравоохранения, но и по распределению кадровых ресурсов и услуг в сфере здравоохранения, эта база данных использовалась также в рамках национального стратегического плана



для решения проблемы "утечки мозгов" среди медицинских кадров, а также в рамках проекта Всемирного альянса по вакцинам и вакцинации (ГАВИ) по укреплению систем здравоохранения, создания системы управления информацией в сфере здравоохранения при поддержке Европейской комиссии (ЕК) и механизма оценки эффективности работы – в качестве индикатора выполнения Национального плана развития Замбии.

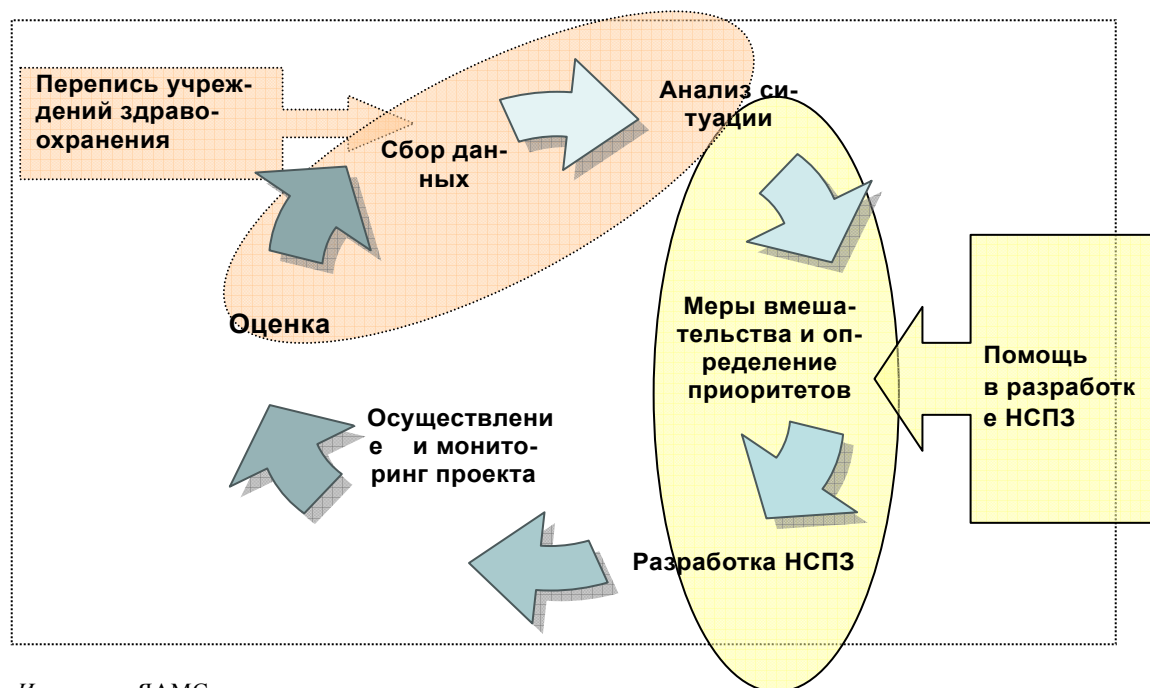
113. Исходя из вышесказанного итоговые результаты этого проекта можно обобщить следующим образом: улучшилась информация по положению дел в медицинских учреждениях страны; расширились возможности использования данных по медицинским учреждениям на всех уровнях системы общественного здравоохранения в целях выполнения плана инвестиций в здравоохранение; укрепилась интеграция плана инвестиций в сектор здравоохранения с другими национальными планами на всех уровнях; укрепилась также интеграция плана инвестиций в сектор здравоохранения с другими отраслевыми планами развития.

114. Исходя из охватывающего всю страну плана инвестиций в сектор здравоохранения, разработку которого Министерство здравоохранения завершило в декабре 2008 года, ожидается, что инвестиции на цели улучшения медицинских учреждений и оборудования будут дополнены средствами из бюджета правительства Замбии, средствами фонда пакетного финансирования в рамках общесекторального подхода (SWAP) и/или прямым финансированием со стороны доноров. Хотя Япония не оказывает помощь в таких прямых инвестициях, она планирует в 2009 финансовом году в рамках плана инвестиций в сектор здравоохранения начать дополнительный проект в целях повышения эффективности системы управления по инвестированным медицинским активам<sup>39</sup>.

115. По оценкам Министерства здравоохранения, бюджет 2008 года на цели улучшения медицинских учреждений и оборудования составит 750 млн. иен из общих инвестиций в сектор здравоохранения в объеме примерно 5,6 млрд. иен, при этом бюджет для сектора здравоохранения, по оценкам, возрастет в связи с усилением интеграции этого плана с другими отраслевыми планами развития.

116. Вышеупомянутый проект представляет собой еще один пример передовой практики Японии и показывает, что проектный подход к техническому сотрудничеству содействовал развитию сектора здравоохранения на национальном уровне за счет обеспечения поддержки НСПЗ, что, в свою очередь, создало возможность использования бюджета правительства Замбии, фонда пакетного финансирования в рамках общесекторального подхода (SWAP) и/или прямого финансирования со стороны различных доноров.

**Рисунок 2. Механизм Переписи учреждений здравоохранения и проекта поддержки плана инвестиций в сектор здравоохранения**



Источник: ЯАМС

**Рисунок 3. Титульная страница базы данных по учреждениям здравоохранения**

Health Facility Database -

Ministry of Health  
Health Facility Database

[Locate Facility](#)  
[Facility list](#)  
[Summary](#)  
[Statistics](#)  
[Medical Equipment](#)  
[Infrastructure](#)  
[User administration](#)

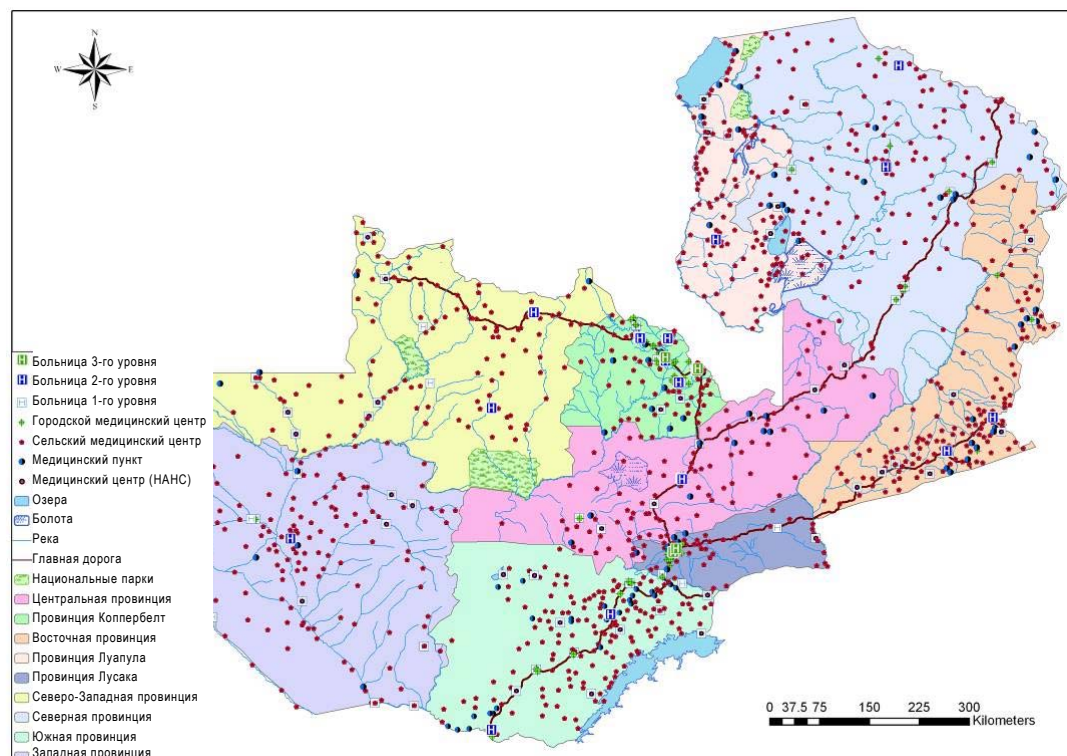
**Selection**  
 Geographical:   
 Type:   
 Ownership:

**Columns to display**  
☐ Facility Code ☐ Province ☐ Facility Type  
☒ Facility Name ☐ District ☐ Facility Owner  
☐ facility\_id

**Order**  
☐ Facility Code ☐ Province ☐ Facility Type  
☐ Facility Name ☐ District ☐ Facility Owner  
☐ facility\_id

Источник: ЯАМС.

**Рисунок 4. Атлас учреждений здравоохранения (национальная карта учреждений здравоохранения)**



Источник: ЯАМС.

**vi) Помощь по линии Фонда безопасности человека (комплексная помощь подросткам по линии Организации Объединенных Наций)**

117. В Боливии серьезными социальными проблемами становятся высокий коэффициент материнской смертности, а также бытовое и сексуальное насилие. Кроме того, высокая распространенность подростковой беременности ведет к повышенному риску ВИЧ/СПИДа. В прошлом политика в отношении подростков базировалась на профессионально-техническом образовании. Не считалось, что подростки в значительной мере нуждаются в охране своего здоровья, так как они рассматривались как наиболее здоровый сегмент населения. В плане национального развития Боливии высокое значение придается репродуктивному здоровью, однако такие элементы как образование/информация по контрацептивным средствам и целевая социальная интеграция подростков не считались важными.

118. Для улучшения сложившейся ситуации ЮНИСЕФ, ЮНФПА и ВОЗ/Панамериканская организация здравоохранения (ПАОЗ) совместно осуществляют проект под названием "Безопасность человека применительно к подросткам: расширение прав и возможностей и защита против насилия, ранней беременности, материнской смертности и ВИЧ/СПИДа", спонсором которого выступает Фонд безопасности человека.

119. Три столпами этого проекта являются: а) здравоохранение, б) образование и с) социальная интеграция. В этих целях данный проект включает такие

виды деятельности, как улучшение социальных и медицинских служб и медицинских учреждений, связанных с ВИЧ/СПИДом, подростковой преступностью, материнской смертностью; сексуальным и бытовым насилием и созданием сетей по предотвращению этих явлений; и подготовку работников сферы здравоохранения. Кроме того, принимая во внимание тот факт, что школы становятся рассадниками сексуального насилия, в рамках проекта осуществляется обучение по тематике здоровья и секса, включая информацию по ВИЧ/СПИДу; преподается учебный курс по предотвращению насилия; улучшаются учебные материалы; а также ведется целевая просветительская работа с родителями и общинами. В дополнение к этому проект поддерживает создание и деятельность групп ровесников с тем, чтобы сами подростки могли обсуждать эти проблемы, используя собственный опыт. Также создаются муниципальные системы поддержки таких групп ровесников в целях обеспечения преемственности их деятельности.

120. Проект охватывает сектор здравоохранения, а также другие сферы, такие как образование и всеобъемлющая социальная интеграция подростков с точки зрения как "защиты", так и "расширения прав и возможностей" на основе устойчивости и долгосрочной перспективы.

121. Учреждения Организации Объединенных Наций осуществляют эту деятельность в сотрудничестве с местными общинами, в том числе с родителями, НПО и местными органами власти, такими как муниципальные правительства, обеспечивая таким образом широкое участие, которое является важным элементом безопасности человека. Кроме того, в рамках осуществления данного проекта еще на этапе планирования были проведены консультации с местными отделениями ЯАМС, при этом был предусмотрен совместный контроль, учитывая необходимость эффективного сотрудничества и гарантии того, что каждая работающая по проекту организация будет выполнять конкретно отведенную ей роль.

#### **4. Перспективы**

##### **а) Последующие мероприятия после Саммита "Группы восьми"**

##### **і) Глобальные действия по укреплению системы здравоохранения**

122. Правительство Японии предприняло последующие усилия по поддержанию того глобального импульса в направлении улучшения здоровья людей, который сформировался ко времени проведения Саммита "Группы восьми" на Хоккайдо. Четвертое совещание экспертов по вопросам здравоохранения "Группы восьми" было созвано в ноябре 2008 года, и страны-члены договорились продолжать работу над механизмом последующих действий и проводить регулярные обзоры обязательств "Группы восьми"; эту ответственность приняла на себя Италия, как исполняющая обязанности председателя в этом году.

123. Кроме того, последующую деятельность также осуществляет частный сектор. С учетом необходимости начать работу по укреплению систем здравоохранения, как в международной масштабе, так и на местах, на которой Япония сделала основной акцент на Саммите "Группы восьми" на Хоккайдо, были созданы международный консультативный комитет и целевая группа по глобальному действию в целях укрепления системы здравоохранения<sup>40</sup> под руководством профессора Кейзо Такеми<sup>40</sup>. В этот комитет и целевую группу вошли

лидеры международного общественного мнения в сфере здравоохранения, и их целью стала разработка политических предложений для "Группы восьми" в трех основных областях, связанных с укреплением систем здравоохранения; кадры, финансирование и информация в сфере здравоохранения.

124. В ноябре 2008 года Рабочая группа по проблемам в области глобального здравоохранения и вклада Японии, Японский центр международных обменов (ЯЦМО), Министерство иностранных дел, Всемирный банк, ВОЗ и Фонд Билла и Мелинды Гейтс совместно организовали в Токио Международную конференцию по укреплению системы здравоохранения<sup>41</sup> в качестве последующей меры по итогам Саммита "Группы восьми". В дополнение к членам консультативного комитета и упомянутой выше целевой группы в конструктивных дискуссиях по вопросам, касающимся кадров, финансирования и информации в сфере здравоохранения приняли участие свыше 150 ученых и официальных лиц из организаций по оказанию помощи в целях развития, таких как Организация Объединенных Наций, НПО, а также из правительственных ведомств. Мнения участников были отражены в докладе под названием «Глобальные действия по укреплению системы здравоохранения – политические рекомендации "Группе восьми"»<sup>42</sup>, который был направлен правительствам Японии и Италии в январе 2009 года, после чего авторами доклада были проведены международные конференции и семинары в целях более широкого распространения результатов работы. Все заинтересованные стороны, включая членов целевой группы и официальных представителей правительств, предпринимают согласованные усилия по обеспечению принятия мер в соответствии с этими предложениями.

## ii) Текущее положение дел в области укрепления систем здравоохранения

125. Хотя на международном уровне растет понимание важности укрепления систем здравоохранения, различные учреждения придерживаются разных определений, моделей, стратегий и подходов, при этом развивающиеся страны и международное сообщество продолжают обсуждение того, какие пути достижения этой цели являются наиболее эффективными и действенными.

126. На шестьдесят второй Всемирной ассамблее здравоохранения, которая состоится в мае 2009 года (по состоянию на 15 мая 2009 года), планируется принятие резолюции под названием "Первичное медико-санитарное обслуживание, включая укрепление системы здравоохранения". В основу этой резолюции положен проект резолюции, предложенный 39 странами, включая Японию, на 124-й сессии Исполнительного совета ВОЗ в январе 2009 года, целью которого является дальнейшая конкретизация и содействие усилиям ВОЗ и государств-членов в области укрепления систем здравоохранения, включая, среди прочего, финансирование сферы здравоохранения, медицинские кадры и системы информации/надзора в сфере здравоохранения.

127. Тем не менее укрепления систем здравоохранения невозможно добиться только лишь усилиями со стороны ВОЗ и его государств-членов. Обнадёживает, что соответствующие обязательства взяли на себя такие организации в рамках "Группы восьми", как Всемирный банк, ГФСТМ и ГАВИ. Для достижения максимальных результатов необходимо сотрудничество всех заинтересованных сторон.

128. Укрепление систем здравоохранения взаимно дополняется концепцией первичного медико-санитарного обслуживания, в которой основное внимание уделяется всеобщему доступу к базовым медицинским услугам. Укрепление систем здравоохранения необходимо осуществлять посредством национально-го плана в сфере здравоохранения, придавая чрезвычайную приоритетность конкретным потребностям общин/районов.

**Вставка: Глобальные действия по укреплению системы здравоохранения – политические рекомендации "Группе восьми"**

**Политические рекомендации "Группе восьми". Часть 1: Возможности преодоления кризиса кадров в сфере здравоохранения<sup>43</sup>**

Кадровые ресурсы в сфере здравоохранения в течение длительного времени остаются предметом беспокойства в рамках соответствующего планирования и управления, при этом в настоящее время наблюдается огромная нехватка работников здравоохранения повсюду в мире. Однако профессор Масаминэ Джимба, возглавляющий исследовательскую группу по медицинским кадрам, обозначил другие серьезные проблемы, выходящие за рамки простой численности работников здравоохранения, включая ненадлежащую оплату труда, мотивацию, профессиональную подготовку и контрольно-надзорные аспекты, а также плохие условия труда. Профессор Джимба также отмечает чрезвычайно высокую неравномерность распределения работников здравоохранения в рамках отдельных стран, между странами, а также по специальностям и уровню квалификации. Для решения этих проблем в подготовленном им документе рекомендуются три основные группы мер со стороны "Группы восьми":

- 1 Нарращивание потенциала стран в области планирования, осуществления и оценки кадровых программ в сфере здравоохранения, с тем чтобы они могли эффективно использовать имеющиеся кадры и выполнять обязательства "Группы восьми".
  - 1.1 Разработка механизмов оценки развития кадрового потенциала в сфере здравоохранения на уровне отдельных стран.
  - 1.2 Выявление путей внесения изменений в макроэкономическую политику в целях снижения ограничений на расширение численности медицинских кадров.
  - 1.3 Укрепление международных сетей высших учебных заведений в целях обеспечения доступа к медико-санитарному образованию в районах с ограниченными ресурсами.
- 2 Решение проблем, касающихся причин международной миграции работников здравоохранения, относящихся к области кадрового спроса.
  - 2.1 Наведение порядка в своих странах путем наращивания численности работников здравоохранения, используя собственные ресурсы.
  - 2.2 Поддержка свода практических рекомендаций ВОЗ по решению проблем миграции.
  - 2.3 Изыскание практических решений, защищающих как право отдельных лиц на трудоустройство путем миграции, так и право всех людей на охрану своего здоровья.
- 3 Проведение ежегодного обзора мер, принятых странами "Группы восьми" в целях улучшения ситуации с кадрами в сфере здравоохранения.

- 3.1 Оценка деятельности стран "Группы восьми", какие меры оказались эффективными, а также подтверждение этого с использованием стандартного набора единых показателей.
- 3.2 Использование данного обзора для оценки показателей работы систем здравоохранения, выявления пробелов в финансировании и информации, разработки оптимальной и подтвержденной доказательствами практики и расширения знаний о путях улучшения показателей работы системы здравоохранения посредством укрепления кадровых ресурсов, а также для оценки того, как страны "Группы восьми" выполняют взятые на себя обязательства.

**Политические рекомендации "Группе восьми". Часть 2: Укрепление финансирования сферы здравоохранения в развивающихся странах-партнерах<sup>44</sup>**

Абсолютно точных оценок финансирования сферы здравоохранения в развивающихся странах не существует, однако последние тенденции указывают на рост внешних и внутренних источников средств, выделяемых на этот сектор. Тем не менее доктор Равиндра П. Раннан-Элия в подготовленном им на эту тему документе подчеркивает, что "больше денег не обязательно означает лучшие результаты". Некоторые страны способны достигать лучших показателей работы системы здравоохранения при ограниченных финансовых ресурсах, в то время как другие страны, вложившие крупные средства в здравоохранение, оказались менее успешными. Такой широкий разброс показателей отдельных стран дает возможность определить те условия, при которых некоторые системы здравоохранения работают лучше при ограниченном финансировании. Во всем мире укрепляется единое мнение о том, что важным и необходимым условием является государственное финансирование, хотя спорным моментом остается форма такого государственного финансирования (например, налоговое финансирование по сравнению с социальным медицинским страхованием). Улучшение показателей также зависит от того, каким образом используются имеющиеся в наличии средства и каким образом расширяется охват системой здравоохранения труднодоступных групп населения. Доктор Раннан-Элия рекомендует три основные группы мер со стороны "Группы восьми" в целях решения указанных проблем в области финансирования систем здравоохранения в развивающемся мире:

- 1 Дополнение усилий по увеличению объемов средств, выделяемых на здравоохранение, усилиями по повышению эффективности использования средств на эти цели посредством поддержки в целях совершенствования проводимой отдельными странами политики в области финансирования и формирования системы здравоохранения.
- 2 Исходя из существующего среди технических экспертов единого мнения принятие "Группой восьми" однозначных обязательств по приданию первостепенного значения поддержке в отношении проводимой развивающимися странами политики финансирования здравоохранения в форме налогового финансирования и/или социального медицинского страхования в рамках основной задачи по расширению охвата малоимущего населения и уязвимых общественных групп.
- 3 Вложение средств в возможности развивающихся стран-партнеров в целях совершенствования политики в области финансирования. Это потребует расширения инвестиций в создание национального потенциала в области оценки политики применительно к системам здравоохранения и механизмов оценки и обмена опытом стран, использующих наиболее передовые методы.

**Политические рекомендации "Группе восьми". Часть 3: Курс на коллективные действия в области информации в сфере здравоохранения<sup>45</sup>**

В политическом документе по информации в сфере здравоохранения, подготовленном профессором Кендзи Шибуйя, определены две основные группы проблем в этой области: недостаточная эффективность в технической сфере и в сфере распределения ресурсов. Применительно к первой группе Кендзи Шибуйя поясняет, что надлежащие данные существуют, однако они не используются политиками или политическими аналитиками либо потому, что они не имеют доступа к такой информации, либо в силу отсутствия возможностей для анализа и использования данных в целях получения ответов на вопросы о показателях работы системы здравоохранения. Профессор Шибуйя описывает неэффективность распределения ресурсов как несогласованный сбор и обобщение данных без каких-либо четко сформулированных стратегий их измерения. Для исправления такой неэффективности он рекомендует три основные группы мер со стороны "Группы восьми":

- 1 Проведение в рамках "Группы восьми" ежегодного обзора для оценки обязательств и программ "Группы восьми" в области здравоохранения.
  - 1.1 Определение стандартного набора параметров и стратегий их измерения для контроля и оценки эффективности помощи, программ и систем здравоохранения.
  - 1.2 Планирование и оценка будущих связанных с здравоохранением мероприятий стран "Группы восьми" и их партнеров, используя единый механизм и систему показателей.
- 2 Определение единых цифровых значений, используя сеть международных и региональных центров передового опыта для расширения доступа и улучшения качества массивов данных, а также анализа на уровне отдельных стран и на мировом уровне.
  - 2.1 Содействие внедрению принципов открытого доступа к данным и обмена данными в общественном информационном пространстве.
  - 2.2 Создание глобального банка данных для единых показателей (начиная с целевых показателей по ЦРДТ, людским ресурсам и отслеживанию ресурсов), а также механизма обмена данными и контроля качества.
  - 2.3 Создание процесса глобального мониторинга здоровья по типу Кохрановского регистра для сбора эмпирических данных в целях разработки политики в сфере здравоохранения.
- 3 Объединение ресурсов для измерения показателей здоровья на мировом и страновом уровнях для создания Глобальной сети показателей здоровья.
  - 3.1 Развитие потенциала и создание структуры стимулов для стран и статистических организаций в целях сбора, анализа и интерпретации данных более высокого качества и их обмена.
  - 3.2 Увязка финансирования здравоохранения с независимой оценкой в соответствии с согласованными принципами, включая стандартную стратегию проведения измерений, перевод данных в общедоступный формат, наращивание потенциала на местах и надлежащее применение информационных технологий.
  - 3.3 В странах, в которых системы регистрации актов гражданского состояния неполны либо отсутствует, приоритетное развитие таких систем.



3.4 Выделение средств для проведения серии дающих репрезентативную национальную картину обследований домохозяйств по многим заболеваниям и факторам риска.

## **5. Курс на претворение в жизнь политических рекомендаций**

129. Многие примеры прошлых и текущих процессов, отраженных в связанных со сферой здравоохранения итогах Саммита "Группы восьми" на Окинаве, ТМКРА IV и Саммита "Группы восьми" на Хоккайдо показывают, что правительство Японии находится в уникальной и привилегированной позиции для повышения информированности, определения направлений работы и распределения ресурсов всех заинтересованных сторон, включая страны-доноры, развивающиеся страны, международные организации, частный сектор, научные круги и гражданское общество, в сфере здравоохранения. Япония будет по-прежнему придерживаться такого всеобъемлющего подхода на основе участия в целях содействия международному обсуждению проблемы укрепления систем здравоохранения, а также материализации этого подхода в контексте оказываемой Японией помощи в сфере здравоохранения. Двигаясь таким курсом, Япония внесет свой вклад в достижение связанных со здравоохранением ЦРДТ. В то же время Япония будет неуклонно демонстрировать подотчетность в выполнении своих обязательств.

## Сноски

- <sup>1</sup> [http://www.mofa.go.jp/policy/health\\_c/address0711.html](http://www.mofa.go.jp/policy/health_c/address0711.html).
- <sup>2</sup> Statistics Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations (June 2008) *MDG Progress Chart 2008*.
- <sup>3</sup> Тематическая группа по вопросам здравоохранения представила следующие предложения по Йокагамскому плану действий: а) обеспечение континуума медицинской помощи женщинам и детям в течение всего цикла – до и во время беременности, родов и раннего детства – посредством высокоэффективных мер вмешательства, таких как проведение вакцинации детей и их обеспечение питательными микроэлементами; подобные практические меры будут осуществляться в течение следующих пяти лет в рамках процесса ТМКРА; б) поддержка международных усилий по достижению всеобщего охвата медицинскими услугами в области репродуктивного здоровья; и с) содействие международным усилиям по повышению доли родов в присутствии квалифицированных акушеров в Африке до 75 процентов в течение пяти лет в соответствии с целевым показателем ВОЗ.
- <sup>4</sup> <http://www.mofa.go.jp/region/Africa/ticad/ticad4/doc/action.pdf>.
- <sup>5</sup> <http://www.mofa.go.jp/region/africa/ticad/ticad4/pm/address.html>.
- <sup>6</sup> <http://www.ticad.net/presskit-2008/YokohamaDeclaration-30May2008.pdf>.
- <sup>7</sup> <http://www.mofa.go.jp/region/Africa/ticad/ticad4/doc/action.pdf>.
- <sup>8</sup> <http://www.mofa.go.jp/region/africa/ticad/ticad4/doc/appendix.pdf>.
- <sup>9</sup> Statistics Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations (June 2008) *MDG Progress Chart 2008*, June 2008.
- <sup>10</sup> <http://www.mofa.go.jp/region/Africa/ticad/ticad4/mechanism.html>.
- <sup>11</sup> <http://www.mofa.go.jp/region/Africa/ticad/ticad4/speech0903.html>.
- <sup>12</sup> [http://www.mofa.go.jp/policy/health\\_c/address0711.html](http://www.mofa.go.jp/policy/health_c/address0711.html).
- <sup>13</sup> Группа экспертов в области здравоохранения стран – членов "Группы восьми" была создана в неофициальном формате для улучшения ситуации по выполнению связанных со здоровьем целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия (ЦРДТ), путем оказания эффективной поддержки. В эту группу входят руководители восьми ведущих международных организаций в сфере здравоохранения: Фонд Билла и Мелинды Гейтс, Всемирный альянс по вакцинам и вакцинации (ГАВИ), Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФБСТМ), Совместная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, Детский фонд Организации Объединенных Наций, Всемирный банк и Всемирная организация здравоохранения.
- <sup>14</sup> [http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2008/doc/pdf/0708\\_09\\_en.pdf](http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2008/doc/pdf/0708_09_en.pdf).
- <sup>15</sup> [http://www.jcie.or.jp/thinknet/takemi\\_project/index.html#members](http://www.jcie.or.jp/thinknet/takemi_project/index.html#members). Профессор Кейзо Такеми ранее являлся членом Палаты советников [парламента Японии] и старшим заместителем министра здравоохранения, труда и социального обеспечения, а также государственным секретарем по иностранным делам.
- <sup>16</sup> [http://www.mofa.go.jp/economy/summit/2008/doc/doc080714\\_en.html](http://www.mofa.go.jp/economy/summit/2008/doc/doc080714_en.html).
- <sup>17</sup> Диалог между Министерством иностранных дел и НПО проводится с 1994 года в виде открытого форума между двумя сторонами в целях активного содействия осуществлению "Инициативы по глобальным вопросам народонаселения и СПИДа" (ИГВ), с которой Япония выступила в 1994 году.
- <sup>18</sup> Third Party Evaluation 2008, The Ministry of Foreign Affairs of Japan *Evaluation of Japan's ODA to the Health Sector*, 2009.

- <sup>19</sup> Данные взяты из статистики ОЭСР-КСР начиная с 1971 года, когда начался сбор данных в области здравоохранения. В эту статистику включены демографические данные и данные по репродуктивному здоровью.
- <sup>20</sup> Разница между объемами помощи в 2004 и 2005 годами образовалась в связи с введением порядка "обмена нотами" (E/N) по определенным проектам безвозмездной помощи в 2004 году, а не в связи с изменением политики в области помощи.
- <sup>21</sup> Япония оказывает основную поддержку и/или вносит вклады в японские фонды в следующих международных организаций: ВОЗ, ГФБСТМ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Целевой фонд Организации Объединенных Наций по безопасности человека, МФПРС, Всемирный банк, ПРООН, АзБР, ВОЗЖ, ЮНЭЙДС, АфБР, ЮНЕСКО, МБР, ФАО, ВПП и ДООН.
- <sup>22</sup> Данные взяты из статистики ОЭСР-КСР, включая демографические данные и данные по репродуктивному здоровью. В дополнение к двусторонней помощи Япония вносит вклады в международные организации, включая ГФБСТМ.
- <sup>23</sup> Ministry of Foreign Affairs of Japan, *Japan's Official Development Assistance White Paper 2008 - Japan's International Cooperation*, 2009.
- <sup>24</sup> Ibid.
- <sup>25</sup> Ibid.
- <sup>26</sup> Существуют следующие пять принципов эффективности помощи: а) ответственность национального правительства; б) согласованность со стратегиями партнеров; с) гармонизация; d) управление, ориентированное на результаты; и е) взаимная подотчетность.
- <sup>27</sup> Координаторы экономического сотрудничества назначены в следующих африканских странах: Гана, Замбия, Кения, Мадагаскар, Мозамбик, Сенегал, Судан, Уганда и Эфиопия.
- <sup>28</sup> Важным принципом ОИР Японии является поддержка усилий развивающихся стран в области самопомощи путем расширения сотрудничества в области развития людских ресурсов, создания институциональных структур, включая развитие правовых систем, построение экономической и социальной инфраструктуры, что является основой для развития этих стран. Осуществляя такую политику, Япония отдавала и продолжает отдавать приоритет поддержке на базе осуществления проектов. Этот принцип использования на базе осуществления проектов в качестве основы ОИР Японии в обозримом будущем не будет существенно меняться, поскольку данный принцип способствует формированию активных взаимоотношений между донором и страной-получателем, а также обеспечивает подотчетность обществу. Тем не менее, поскольку многие страны стремятся получить бюджетную поддержку, Япония предоставляет такую бюджетную поддержку, если она необходима развивающимся странам для получения эффективной помощи в соответствии с их национальными обстоятельствами. К настоящему моменту Япония предоставила бюджетную поддержку Вьетнаму, Индонезии, Камбодже, Лаосской Народно-Демократической Республике и Танзании.
- <sup>29</sup> Institute for International Cooperation, Japan International Cooperation Agency, *Japan's Experience in Public Health and Medical System – Towards Improving Public Health and Medical Systems in Developing Countries*, 2004, доступно по адресу: <http://www.jica.go.jp/english/publications/reports/study/topical/health/index.html>.
- <sup>30</sup> В настоящее время Пособие МДЗ используется не только Японией, но и различными странами-донорами и развивающимися странами.
- <sup>31</sup> Коэффициент материнской смертности в сельских районах Марокко составляет 227 случаев смерти на 100 000 живорождений (данные за 2005 год). Эта цифра в 2–3 раза превышает показатель городских районов.
- <sup>32</sup> В Марокко пособие по вопросам здоровья для женщин распространяется среди женщин старше 15 лет или будущих матерей и используется для самостоятельного ухода за здоровьем.

- <sup>33</sup> Национальный центр борьбы с туберкулезом и проказой (CENAT), Областной медицинский центр (PHD), оперативный район (OD), медицинские центры и т. д.
- <sup>34</sup> Девять принципов "безопасности человека" для оценки проектов по борьбе с туберкулезом: а) гарантированный охват всех нуждающихся; б) основное внимание наиболее уязвимым группам населения; в) основной акцент на ранней диагностике и лечении заболеваний и предотвращении эпидемии; г) обеспечение устойчивости управленческих программ; е) меры по предотвращению уязвимости системы здравоохранения в связи с социально-экономическими условиями; ф) наращивание потенциала организаций здравоохранения на всех уровнях; г) обеспечение и создание условий для проведения оперативных исследований и опросов; h) расширение прав и возможностей лиц, пользующихся медицинскими услугами в местных общинах; i) укрепление партнерства и сотрудничества с различными заинтересованными сторонами для усиления эффекта.
- <sup>35</sup> "Милениум промис" – это созданная в Соединенных Штатах Америки некоммерческая организация, целью которой является достижение ЦРДТ 1. Ее ведущей инициативой стал проект "Деревня тысячелетия", в рамках которого эта организация в настоящее время работает в 112 деревнях в сельских общинах Африки в целях пропаганды комплексного подхода к развитию сельских районов путем улучшения доступа к чистой воде, системам канализации и другой жизненно важной инфраструктуре, а также к образованию, пищевому производству, базовому здравоохранению и экологической устойчивости. "Милениум промис" также поддерживает независимые проекты по решению проблем, усугубляющих крайнюю нищету, одним из которых касается борьба с малярией. В рамках этого проекта в "деревнях тысячелетия" распространяются сетки OLYSET® NET, а также медицинские материалы.
- <sup>36</sup> Группа 1 (март 2007 года – ноябрь 2008 года): Кения, Мадагаскар, Малави, Нигерия, Сенегал, Объединенная Республика Танзания, Уганда, Эритрея; Группа 2 (март 2009 года – ноябрь 2010 года): Бенин, Буркина-Фасо, Бурунди, Конго, Мали, Марокко, Нигер.
- <sup>37</sup> Виды деятельности в рамках метода 5S (сортировка – Sort, внедрение – Set, доработка – Shine, стандартизация – Standardize, сохранение – Sustain), CQI (Постоянное улучшение качества), TQM (Комплексное управление качеством).
- <sup>38</sup> Национальный план инвестиций в здравоохранение: инвестиции в инфраструктуру здравоохранения, например в строительство и восстановление медицинских учреждений, поставка и замена медицинского оборудования, а также развитие инженерно-технических сетей, например водоснабжения, электроснабжения и связи.
- <sup>39</sup> Термин "медицинские активы" относится к инвестициям, включающим как медицинское оборудование, так и инфраструктуру здравоохранения, в числе общего объема инвестиций в сферу здравоохранения.
- <sup>40</sup> [http://www.jcie.or.jp/thinknet/takemi\\_project/index.html#members](http://www.jcie.or.jp/thinknet/takemi_project/index.html#members).
- <sup>41</sup> [http://www.jcie.or.jp/thinknet/takemi\\_project/081104symposium.html](http://www.jcie.or.jp/thinknet/takemi_project/081104symposium.html).
- <sup>42</sup> Task Force on Global Action for health System Strengthening, *Global Action for Health System Strengthening – Policy Recommendations to the G8*, Japan Center for International Exchange, 2009.
- <sup>43</sup> Masamine JMBA, "Opportunities for Overcoming the Health Workforce Crisis" *Global Action for Health System Strengthening – Policy Recommendations to the G8*, Japan Center for International Exchange, 2009.
- <sup>44</sup> Ravindra P. RANNAN-ELIYA, "Strengthening Health Financing in Partner Developing Countries" *Global Action for Health System Strengthening – Policy Recommendations to the G8*, Japan Center for International Exchange, 2009.
- <sup>45</sup> Kenji SHIBUYA, "Towards Collective Action in Health Information" *Global Action for Health System Strengthening – Policy Recommendations to the G8*, Japan Center for International Exchange, 2009.