

REIMAGINING GLOBAL HEALTH REFORM IN THE ASIA PACIFIC: Nationally Designed, Regionally Coordinated, and Globally Aligned

FINAL REPORT



PMAC | STRATEGIC
INSTITUTE



Saw Swee Hock
School of Public Health



清华大学
Tsinghua University

This document and its contents are prepared from the
Asia Pacific Regional Dialogue on Global Health Reform

ПРЕДИСЛОВИЕ СТРАТЕГИЧЕСКОГО СОВЕТА

Азиатско-Тихоокеанский диалог, пожалуй, является самым сложным из пяти региональных диалогов, организованных Фондом Wellcome. Наш регион охватывает поразительное разнообразие политических систем и систем здравоохранения: от крупных федеративных демократий до малых островных государств, от продвинутых систем всеобщего охвата услугами здравоохранения до систем, которые все еще находятся на этапе базовых реформ. В регионе также действует ряд глобальных платформ здравоохранения с уникальными механизмами управления. Несмотря на вызовы, такое разнообразие открывает наилучшие возможности для изучения накопленного опыта. Несмотря на существенные различия в политических традициях и системах здравоохранения, представители субрегионов — Южной Азии, Юго-Восточной Азии, Восточной Азии и Океании — смогли согласовать ряд значимых приоритетов, доказав, что даже в столь разнородном регионе возможно формирование общих целей.

Созванный Консорциумом РМАС, в который входят Фонд Программы международной политики в области здравоохранения Таиланда, Школа общественного здравоохранения имени Со Суи Хок при Национальном университете Сингапура и Школа общественного здравоохранения Ванке при Университете Цинхуа, данный Диалог полностью управлялся молодыми, начинающими лидерами в области глобального здравоохранения из этих организаций, что свидетельствует о важном сдвиге в том, что касается придания большей значимости голосу будущих лидеров.

В диалоге приняли участие бывшие министры здравоохранения, высокопоставленные политики, представители ВОЗ, региональных и национальных финансовых институтов, гражданского общества, научных кругов, частного сектора, учреждений ООН, банков развития и ключевых партнеров по развитию, что полностью соответствует принципу межсекторального участия в формировании глобального общественного здравоохранения.

Азиатско-Тихоокеанский регион обладает всем необходимым для того, чтобы определить следующую главу в развитии глобального здравоохранения: человеческим потенциалом, технологиями и донорами, такими как Японское агентство международного сотрудничества и Азиатский банк развития, которые привержены долгосрочному и устойчивому прогрессу. Диалог, проводимый в рамках Консорциума РМАС, представляет собой не просто встречу, а совместный шаг вперед на пути к формированию мира, в котором мы хотим жить.

Пришло время понять наши общие приоритеты в области здравоохранения в Азиатско-Тихоокеанском регионе, опереться на коллективные знания и работать бок о бок, с уверенностью и доверием, над созданием более справедливого, здорового и устойчивого будущего для всех.

Маргарет Чан, Школа общественного здравоохранения Ванке, Университет Цинхуа

Сумья Свамнатан, Научно-исследовательский фонд М. С. Свамнатана

Вирой Тангчарознсагхиен, Фонд Программы международной политики в области здравоохранения

Ик Ин Тео, Школа общественного здравоохранения Со Суи Хок, Национальный университет Сингапура

Сувит Вибулполпрасерт, Стратегический институт, Конференция по вручению премии принца Махидола

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Этот отчет создан по результатам осуществления проекта по заказу Фонда Wellcome. Составители отчета (в алфавитном порядке): Дороти Бойл, Маргарет Чан, Таши Чозом, Индира Деви Кантиана, Апражита Каушик, Дивья Лакхотия, Ангкана Лекагул, Харви Джой Канлас Ливанаг, Джинг Тинг Нг, Киша Прем, Афифа Рахман-Шеперд, Алукин Доминик Энн Суратос, Сумья Сваминатан, Кан Тан, Вирой Тангчароэнсатхиен, Ик Ин Тео, Яспер Тромп, Сувит Вибулполпрасерт и Айви Юань Юань Цзоу.

Прежде всего, выражаем признательность всем участникам, которые приняли участие в опросе, интервью с ключевыми информантами, дискуссиях в фокус-группах и трехдневном съезде в Сингапуре. Их видение, энергия и идеи легли в основу этого отчета.

Мы также выражаем благодарность Джиын Ли, Чи Хён Киму, Среймом Ою, Натали Эн Дэн Анг, Куллайе Пхетчканокпрау, Варапорн Паункханте и Ораниче Кхампрапа за поддержку, оказанную ими в ходе съезда.

Фонд Wellcome поддержал подготовку этого отчета. Тем не менее высказанные в нем мнения не отражают позицию Фонда Wellcome.

ПРИ ЦИТИРОВАНИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ССЫЛАТЬСЯ НА:

D. Boyle, M. Chan, T. Chozom, et al. 2025. Reimagining Global Health Reform in the Asia Pacific: Nationally Designed, Regionally Coordinated, and Globally Aligned. Thailand, Bangkok: PMAC Institute

Перечень сокращений

АБР	Азиатский банк развития
AP-GHRC	Азиатско-Тихоокеанская коалиция по реформе глобального здравоохранения (Asia Pacific Global Health Reform Coalition)
АТЭС	Азиатско-Тихоокеанское экономическое сотрудничество
АСЕАН	Ассоциация государств Юго-Восточной Азии
ОГО	организация гражданского общества
ФГД	фокус-групповая дискуссия
GAVI	Альянс по вакцинам GAVI
ЗКФ	Зеленый климатический фонд
СВО	совместная внешняя оценка
ИКИ	интервью с ключевыми информантами
МиО	мониторинг и оценка
НПО	неправительственная организация
ОПР	официальная помощь в целях развития
PIANGO	Ассоциация неправительственных организаций тихоокеанских островов (Pacific Islands Association of Non-Governmental Organisations)
СФТО	Секретариат Форума тихоокеанских островов
ЦУР	Цели в области устойчивого развития
SPC	Тихоокеанское сообщество
ООН	Организация Объединенных Наций
ЭСКАТО	Экономическая и социальная комиссия Организации Объединенных Наций для Азии и Тихого океана
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВПРО	Региональное бюро ВОЗ для Западной части Тихого океана

Резюме

Диалог Азиатско-Тихоокеанского региона по вопросам реформирования глобального здравоохранения объединил широкий круг заинтересованных сторон из 25 стран в рамках четырехмесячного процесса консультаций, направленных на формулирование регионального видения глобальной архитектуры здравоохранения. Этот Диалог — один из пяти региональных Диалогов по вопросам реформы глобального здравоохранения, организованных Фондом Wellcome — привлек к обсуждению правительства, многосторонние организации, гражданское общество, академические учреждения, филантропические структуры и частный сектор в рамках обзора доказательной базы, определения круга заинтересованных сторон, интервью, регионального опроса, фокус-групп, а также очного съезда в Сингапуре, организованного с использованием модифицированной методологии «Делфи». Результатом стал согласованный набор рекомендаций по глобальной архитектуре здравоохранения, разработка которых осуществлялась на национальном уровне, координация — на региональном уровне и согласование — на глобальном уровне.

Несмотря на то, что нормативные и координационные функции существующей архитектуры остаются актуальными, на практике их эффективность ограничена, а другие функции недостаточно учитывают потребности и приоритеты Азиатско-Тихоокеанского региона. Полномочия по принятию решений по-прежнему сосредоточены в руках стран с высоким уровнем дохода. Эффективность помощи оказалась низкой, что проявляется в приоритетах, определяемых донорами, которые искажают национальные повестки в области здравоохранения и способствуют сохранению зависимости. Механизмы подотчетности остаются асимметричными: мониторинг сосредоточен на получателях помощи, тогда как деятельность доноров подвергается минимальному контролю. Раздробленность финансирования порождает дублирование усилий и увеличивает административную нагрузку. На национальном уровне слабые механизмы определения приоритетов и коррупционные риски подрывают легитимность инвестиций в здравоохранение. Возникновение этих недостатков не случайно, они отражают фундаментальные изъяны архитектуры, созданной для другой эпохи.

Основываясь на широких консультациях с заинтересованными сторонами в рамках всего региона, Диалог предлагает шесть взаимосвязанных реформ, направленных на совершенствование управления и финансирования. Реформы в области управления предполагают создание национальных межсекторальных платформ для установления приоритетов на основе фактических данных и доказательств, с обязательным участием маргинализированных групп; разработку эффективных систем мониторинга и оценки, обеспечивающих подотчетность доноров, правительств и исполнителей перед сообществами и формирование специализированных региональных координационных платформ с четкими полномочиями, обеспечивающими согласованность действий и усиление коллективного голоса региона. Реформы финансирования направлены на координацию раздробленных мультидонорских инвестиций в глобальные и региональные общественные блага; согласование механизмов финансирования с определяемыми на национальном уровне приоритетами путем обеспечения равноправного участия стран-получателей в механизмах управления и поддержку перехода от зависимости от доноров к устойчивым внутренним инвестициям путем

расширения возможностей для финансирования здравоохранения, наращивания технического потенциала и планирования перехода.

Есть три практических направления для претворения этой концепции реформ в действия: институционализация национальных координационных платформ и управления переходом в области финансирования в рамках существующих государственных структур; создание субрегиональных хранилищ данных и механизмов координации, организованных по трем направлениям (доноры, технические эксперты и сообщества); формирование регионального механизма управления на основе предлагающейся Азиатско-Тихоокеанской коалиции по реформе глобальной архитектуры здравоохранения и цифрового обмена знаниями.

Реформа глобального здравоохранения в Азиатско-Тихоокеанском регионе, направленная на создание архитектуры, проектирование которой осуществляется на национальном уровне, координация — региональном уровне и согласование — на глобальном уровне, выходит за рамки технических рекомендаций. Она свидетельствует о стремлении региональных участников к формированию регионального консенсуса, о способности разнообразных заинтересованных сторон выработать общую концепцию и намерении Азиатско-Тихоокеанского региона восстановить собственную агентность в области реформирования глобального здравоохранения, а не просто реагировать на повестку, определяемую извне.

Содержание

I.	Введение	1
II.	Методы	1
III.	Архитектура сегодня: что работает и что не работает для Азиатско-Тихоокеанского региона	2
IV.	Предложения по реформированию глобальной архитектуры здравоохранения	4
A.	Предложения по реформе управления (G1-3)	4
	G1. Определять приоритеты на основе фактических данных, с участием различных секторов и с учетом интересов сообществ	4
	G2. Создать национальные и региональные системы мониторинга и оценки, обеспечивающие подотчетность всех субъектов	6
	G3. Дифференцировать институциональные полномочия для укрепления регионального управления	7
B.	Предложения по реформе финансирования (F1-3)	8
	F1. Поддерживать ответственный переход от зависимости от доноров к устойчивому внутреннему финансированию	8
	F2. Согласовать механизмы финансирования с приоритетами, определенными самими странами	9
	F3. Обеспечить координацию раздробленного финансирования глобальных и региональных общественных благ	9
V.	Определенные направления реформирования	10
A.	Национальные координационные платформы для определения приоритетов и управления переходом в области финансирования	11
B.	Субрегиональные механизмы координации и подотчетности	11
C.	Региональная архитектура управления и знаний	12
VI.	Дальнейшие предлагаемые действия	14
VII.	Заключительные замечания	15

I. Введение

Являющаяся частью серии из пяти региональных диалогов по реформе глобального здравоохранения, организованных Фондом Wellcome, данная инициатива преследовала три цели: определить общие региональные приоритеты в отношении функций и форм архитектуры; выкристаллизовать принципы, отражающие необходимые изменения; и наметить реалистичные направления реформирования на глобальном, региональном, субрегиональном и национальном уровнях. Диалог был намеренно организован таким образом, чтобы объединить широкий круг субъектов — правительства, многосторонние организации, региональные платформы, научные круги, гражданское общество, филантропические структуры и частный сектор — и обеспечить представительность и практическую применимость выработанных взглядов. Партнеры из стран Азиатско-Тихоокеанского региона приняли участие в четырехмесячном консультационном процессе, включавшем в себя обзор доказательной базы, картирование заинтересованных сторон, интервью, региональный опрос, фокус-группы и встречу, организованную с использованием модифицированной методологии «Делфи». По результатам Диалога было предложено создать глобальную архитектуру здравоохранения, разработка которой осуществляется на национальном уровне, координация — региональном уровне и согласование — на глобальном уровне, при этом регион Азиатско-Тихоокеанского региона становится активным соавтором реформ, а не просто реагирует на них. В настоящем отчете мы представляем выводы Диалога в четырех частях: (1) обзор текущей глобальной архитектуры здравоохранения; (2) набор предложений по реформам управления и финансирования; (3) интегрированные направления реформирования; (4) дальнейшие шаги по сохранению импульса к изменениям.

II. Методы

Диалог применил двухэтапный подход к вовлечению широкого круга заинтересованных сторон из 25 стран Азиатско-Тихоокеанского региона к разработке коллективной позиции по реформе глобального здравоохранения. Этап I (август – октябрь 2025 года) и Этап II (ноябрь 2025 г.) включали следующие мероприятия:

1. **Быстрый обзор литературы:** чтобы понять текущую глобальную архитектуру здравоохранения, включая существующие механизмы управления и финансирования, а также вызовы и возможности для осуществления реформ.
2. **Систематическое картирование заинтересованных сторон:** чтобы определить участников мероприятий в рамках проекта.
3. **Интервью с ключевыми информантами (ИКИ):** чтобы получить аналитическую информацию от различных заинтересованных сторон о предложениях по реформе глобального здравоохранения и возможных направлениях ее реализации.
4. **Фокус-групповые дискуссии (ФГД):** чтобы содействовать осуществлению диалога между ключевыми группами заинтересованных сторон и определению областей совпадения мнений и разногласий на раннем этапе.
5. **Онлайн-опрос:** чтобы собрать мнения в масштабах всего Азиатско-Тихоокеанского региона относительно текущих проблем глобальной архитектуры здравоохранения, а также возможных предложений по реформе и направлений реформирования.
6. **Съезд:** трехдневный очный съезд в Сингапуре, направленный на достижение консенсуса с помощью модифицированной методологии «Делфи».

Таблица 1. Характеристики участников в масштабе всех мероприятий в рамках Диалога

Характеристики	ИКИ и ФГД	Онлайн-опрос	Съезд
Субрегион			
- Южная Азия	12 (27 %)	39 (18 %)	12 (23 %)
- Юго-Восточная Азия	15 (33 %)	81 (36 %)	24 (46 %)
- Восточная Азия	9 (20 %)	19 (9 %)	10 (19 %)
- Тихоокеанский регион	8 (18 %)	25 (11 %)	6 (12 %)
- Другие	1 (2 %)	58 (26 %)	0 (0 %)
Тип заинтересованной стороны			
- Правительство или многосторонняя организация	20 (44 %)	32 (14 %)	23 (44 %)
- Исследовательское учреждение или научные круги	12 (27 %)	93 (42 %)	11 (21 %)
- Коммерческая организация	1 (2 %)	24 (11 %)	2 (4 %)
- Некоммерческая организация ¹ или гражданское общество	12 (27 %)	73 (33 %)	16 (31 %)
Итого	45	222	52

¹ Включая партнеров по развитию и филантропические структуры.

III. Архитектура сегодня: что работает и что не работает для Азиатско-Тихоокеанского региона

Диалог выявил следующие сильные стороны текущей глобальной архитектуры здравоохранения:

- 1. Роль ВОЗ как нормативного органа.** Участники признали необходимость наличия единого глобального органа, обладающего полномочиями и легитимностью для установления технических рекомендаций и стандартов. По мнению участников, нормативная функция ВОЗ является ключевым активом нынешней архитектуры, и ее сохранение ее роли в дальнейшем получило широкую поддержку.
- 2. Транснациональное сотрудничество и взаимный обмен знаниями.** Глобальные и региональные институты здравоохранения успешно создали формы сотрудничества, не привязанные к интересам отдельных национальных правительств, что позволило сформировать платформы для взаимного обмена опытом и знаниями. Эта транснациональная функция дает возможность небольшим или менее ресурсно обеспеченным странам использовать глобальные знания и стандарты, которые им было бы трудно наработать самостоятельно.
- 3. Многосторонние партнерства заинтересованных сторон и модели смешанного финансирования.** Участники подчеркнули, что многосторонние партнерства, объединяющие разные заинтересованные стороны — филантропические структуры, частный сектор и коммерческие финансовые организации, создают

ценные возможности для инноваций в сфере финансирования здравоохранения. Модели смешанного финансирования, при которых филантропические организации снижают риски инвестиций с целью привлечения более крупных частных инвестиций, доказали свою эффективность в формировании доказательной базы, необходимой для получения поддержки со стороны правительства, и в обеспечении последующего перехода к государственному финансированию.

4. **Модели совместного объединенного финансирования.** Участники отметили, что механизмы объединенного финансирования, такие как Глобальный фонд, успешно обеспечивают участие многосторонних заинтересованных сторон на комфортном для них уровне, привлекая к стратегическим межрегиональным инициативам неправительственные организации, которые в противном случае не приняли бы в них участия.
5. **Возрастающее признание здравоохранения как коллективного приоритета.** На глобальном, региональном и национальном уровнях здравоохранение выходит на первый план в политической повестке на фоне устойчивых обязательств по решению ключевых проблем в области здравоохранения. Это проявляется в том, что здравоохранение становится одним из главных приоритетов в национальных предвыборных кампаниях и политических манифестах, а также в том, что на протяжении многих лет, несмотря на общие финансовые ограничения, средства на здравоохранение продолжают выделять из государственного бюджета и фондов филантропических структур. В совокупности эти тенденции демонстрируют, что здравоохранение сохраняет центральное место в сфере политики и мобилизации ресурсов, подчеркивая его роль как общего и долгосрочного приоритета.

С другой стороны, в ходе Диалога были выявлены слабые стороны текущей глобальной архитектуры здравоохранения:

1. **Доминирование стран Глобального Севера в сфере управления.** Полномочия по принятию решений, ресурсы и технический потенциал по-прежнему сосредоточены в странах с высоким уровнем дохода. Это влияет на повестку здравоохранения стран Глобального Юга, что находит отражение в решениях о финансировании, технической помощи и инициативах по наращиванию потенциала, укрепляя асимметрию полномочий и ограничивая сопричастность стран.
2. **Установление приоритетов донорами.** Механизмы финансирования под управлением доноров могут подрывать национальные приоритеты здравоохранения, увеличивать административную нагрузку и приводить к дублированию технических усилий в рамках различных инициатив. Зависимость стран от официальной помощи в целях развития (ОПР) и других донорских грантов приводит к доминированию доноров в дискурсе и структуре финансирования, что усиливает зависимость и препятствует развитию устойчивых национальных систем финансирования в области здравоохранения. Это усугубляет разрыв между национальными приоритетами и донорской повесткой в области здравоохранения.
3. **Отсутствие четкого распределения обязанностей.** Пересечение полномочий среди субъектов глобального здравоохранения, например между штаб-квартирой ВОЗ, региональными и страновыми офисами, приводит к дублированию функций и недостаточной ориентации на приоритеты стран. Полномочия региональных органов, таких как Тихоокеанское сообщество или Ассоциация государств Юго-Восточной Азии (АСЕАН), недостаточно развиты для того, чтобы эффективно продвигать региональные повестки в сфере здравоохранения или представлять

региональные приоритеты.

4. **Слабые механизмы подотчетности.** Отсутствие надлежащих механизмов подотчетности подрывает доверие между странами-донорами, странами-получателями и учреждениями-исполнителями. В текущей системе отсутствуют эффективные способы проверки того, что обязательства превращаются в действия, ресурсы расходуются по назначению, а прогресс отслеживается прозрачно. Этот пробел в подотчетности усугубляет дисбаланс сил. Страны-доноры и многосторонние фонды подвергаются минимальному контролю в отношении выполнения обещаний по финансированию, соблюдения сроков или согласованности с приоритетами получателей. В то же время страны-получатели несут значительные обязательства по отчетности перед донорами. В результате возникает дефицит доверия между донорами и странами-получателями, между самими странами-получателями, конкурирующими за ограниченные ресурсы, а также между многосторонними организациями, призванными координировать глобальные усилия в области здравоохранения.
5. **Ограничения на национальном уровне.** На национальном уровне краткосрочные популистские решения и утечка ресурсов в связи с коррупцией нивелируют эффективность и устойчивость инвестиций в здравоохранение, подрывая доверие к процессу определения приоритетов и его легитимность. Отсутствие независимой оценки усугубляет эти проблемы.

IV. Предложения по реформированию глобальной архитектуры здравоохранения

Диалог показал, что для эффективной реформы необходимы как инновации, так и оптимизация. Хотя некоторые предложения предусматривают создание новых механизмов, большинство направлено на укрепление существующих структур, которые остаются полезными, но недостаточно обеспечены ресурсами и имеют ограниченные полномочия на фоне слабой координации. Этот прагматичный подход отражает региональные приоритеты: укреплять то, что работает; исправлять то, что не функционирует; и создавать новые возможности лишь там, где очевидны пробелы. В этом разделе обобщены функции, формы и факторы содействия¹, которые были определены в ходе Диалога в качестве приоритетных. Предложения по реформе сформулированы как комплексные пакеты мер, реализуемых в рамках трех направлений реформирования, изложенных в Разделе V.

A. Предложения по реформе управления (G1-3)

Три реформы в сфере управления нацелены на устранение несогласованности в процессах определения приоритетов, ликвидацию пробелов в подотчетности между донорами и получателями, а также на необходимость более сильной координации между разными уровнями за счет расширения регионального и субрегионального сотрудничества.

G1. Определять приоритеты на основе фактических данных, с участием различных секторов и с учетом интересов сообществ

¹Функция — то, что призвана обеспечить реформа. Форма — то, как реформа должна быть структурирована. Фактор содействия — условие, ресурс, способность или политический фактор, позволяющий форме эффективно выполнять функцию.

Краткосрочные популистские решения и коррупция подрывают как доверие (основанность на фактических данных) к инвестициям в здравоохранение в Азиатско-Тихоокеанском регионе, так и их легитимность (широкая поддержка).

- **Функция:** обеспечить способность стран устанавливать приоритеты в области здравоохранения, которые являются актуальными для страны и координируются на региональном уровне в качестве общих региональных приоритетов. Это должны быть заслуживающие доверия и легитимные приоритеты, которые основываются на научных данных и определяются при конструктивном участии правительства, гражданского общества, частного сектора и сообществ, включая молодежь, коренные народы, людей с инвалидностью и другие группы, сталкивающиеся с неравенством в сфере здравоохранения.
- **Форма:** национальные и/или субрегиональные платформы, которые объединяют здравоохранение и другие сектора (например, финансовый, природоохранный) и структурируют инклюзивное участие правительства, частного сектора, научных кругов и гражданского общества в деятельности по определению национальных приоритетов здравоохранения, которые учитываются при формировании общих региональных приоритетов в этой области (см. вставку 1).
- **Фактор содействия 1. Сильное политическое и техническое лидерство на национальном и региональном уровнях.** Для этого необходимо выявлять и готовить глобальных лидеров в области здравоохранения, в том числе политических лидеров и технических экспертов, особенно из стран с низким и средним уровнем дохода и малых островных государств, чтобы они могли уверенно формулировать и отстаивать свои приоритеты на региональных и международных форумах, тем самым восстанавливая баланс сил.
- **Фактор содействия 2. Региональные и субрегиональные центры знаний** для сбора данных о передовом опыте в целях межотраслевого и межстранового обмена знаниями при поддержке либо существующих всемирных организаций, таких как ВОЗ, Глобальный фонд или Всемирный банк, региональных организаций, таких как Азиатский банк развития, АСЕАН, Тихоокеанское сообщество, или академических учреждений.
- **Фактор содействия 3. Формализованные механизмы участия маргинализированных групп.** Многие маргинализированные группы недостаточно представлены на платформах принятия решений, что подрывает легитимность процессов определения приоритетов. Структуры управления должны предусматривать конкретные, формальные механизмы участия гражданского общества, чтобы устранить неопределенность и предотвратить чисто символическое участие, четко определив роль гражданского общества, обеспечить постоянный процесс и процедуры консультаций, а также создав прозрачные механизмы обратной связи для оценки того, действительно ли отслеживаются и принимаются во внимание мнения гражданского общества.

Вставка 1. Пример модели инклюзивного управления

Национальная ассамблея здравоохранения Таиланда ежегодно собирает более 300 участников из правительственных структур, научных кругов, гражданского общества и частного сектора для определения приоритетов в области здравоохранения посредством структурированного диалога. Любой гражданин может предложить вопросы для повестки дня. Ассамблея принимает политические резолюции по разным темам — от борьбы с табакокурением до здоровья мигрантов, — которые получают юридическую силу после представления в Национальную

комиссию по здравоохранению и кабинет министров. Работа Ассамблеи, созданной в 2008 году, показала, как институционализированные многосекторальные платформы могут сделать установление приоритетов процессом, основанным на фактических данных и пользующимся широкой поддержкой. Такой механизм может быть применен к субрегиональным/региональным платформам для определения общих региональных проблем в области здравоохранения.

G2. Создать национальные и региональные системы мониторинга и оценки, обеспечивающие подотчетность всех субъектов

Существующие системы мониторинга и оценки в основном отслеживают эффективность стран-получателей в достижении целевых показателей, устанавливаемых донорами. При этом отсутствуют аналогичные механизмы для контроля выполнения обязательств самими донорами в отношении приоритетов стран. Такая асимметрия подотчетности способствует закреплению дисбаланса сил.

- **Функция:** обеспечивать подотчетность всех субъектов глобального здравоохранения за выполнение их обязательств, обеспечивая претворение обязательств в жизнь, надлежащее использование ресурсов, прозрачную оценку прогресса и информирование, а также то, чтобы прогресс приносил пользу сообществам.
- **Форма.** параллельные механизмы мониторинга и оценки с четко определенными показателями, основанными на принципах справедливости. Сочетание самооценки, взаимной оценки и независимой внешней оценки при конструктивном участии сообществ (см. вставку 2). Механизмы подотчетности должны быть встроены в платформы определения приоритетов (см. G1), чтобы обеспечить последовательный надзор и обмен полученным опытом с самого начала.
- **Фактор содействия 1. Многосторонняя межотраслевая региональная целевая группа,** в которую входят выбранные лидеры, могла бы обеспечить функциональную структуру для управления региональной повесткой дня в области реформ, разработки механизмов регионального сотрудничества и мониторинга ее реализации.

Вставка 2. Параллельный механизм обеспечения соблюдения с участием многих заинтересованных сторон и секторов

Система мониторинга «Здоровые острова» представляет собой эффективную модель для Тихоокеанского региона, включающую четко определенные обязательные показатели, матрицы подотчетности, определенные роли и обязанности, а также процесс внешней оценки под руководством Тихоокеанского сообщества и ВОЗ. Однако, несмотря на наличие структурированного технического и политического надзора, она пока не включает в себя принцип подотчетности на основе широкого участия: сообщества, гражданское общество и маргинализированные группы формально не интегрированы в процесс оценки.

Экономическая и социальная комиссия ООН для Азии и Тихого океана (ЭСКАТО) изучила механизмы участия в обеспечении подотчетности в отношении ЦУР, такие как взаимная оценка и независимая оценка, которые, хотя и не относятся конкретно к здравоохранению, могут служить ценной моделью для систем глобального управления здравоохранением.

Процесс совместной внешней оценки в рамках Международных медико-санитарных правил является моделью добровольной внешней оценки потенциала в области безопасности здравоохранения в дополнение к самоотчетам, но в нем отсутствует независимая внешняя оценка (например, независимый комитет по соблюдению или официальное участие гражданского общества). Эту модель в усиленной версии можно распространить и на другие области

здравоохранения, включая укрепление систем здравоохранения, чтобы обеспечить выполнение странами и донорами обязательств, значимых для сообществ.

G3. Дифференцировать институциональные полномочия для укрепления регионального управления

Нечеткое распределение обязанностей между уровнями ведет к дублированию функций. Регионализация в сочетании с четко сформулированной реформой полномочий позволит четко определить функции на каждом уровне. Глобальные учреждения здравоохранения разрабатывают технические нормы и стандарты для глобальных общественных благ (например, Международные медико-санитарные правила); глобальные финансовые институты координируют финансовые потоки от различных участников и секторов; региональные институты определяют общие потребности и приоритеты, формулируют региональные общественные блага, мобилизуют финансовые и технические ресурсы и обеспечивают подотчетность на страновом уровне.

- **Функция:** Определять общие приоритеты стран (см. G1), координировать формирование повестки на региональном и субрегиональном уровнях и соответствующим образом стимулировать региональное и субрегиональное сотрудничество. Сюда входят формирование общих приоритетов, определяемых странами; согласование усилий участников и мобилизация коллективных ресурсов, включая политическую волю, техническую экспертизу и финансовые ресурсы.
- **Форма:** Региональные и субрегиональные платформы, ориентированные на многосторонний диалог с участием ряда заинтересованных сторон и координация сотрудничества. Такие платформы должны быть тесно интегрированы с глобальными механизмами, оставаясь при этом чувствительными к потребностям стран (см. вставку 3).
- **Фактор содействия 1.** Проведение **четко сформулированной реформы полномочий**, обеспечивающей необходимую компетенцию и легитимность региональных институтов для обеспечения эффективной координации без дублирования глобальных или национальных усилий. Реформа полномочий должна переориентировать учреждения на выполнение их основных функций, в которых они имеют сравнительное преимущество, сводя к минимуму дублирование с другими учреждениями на других уровнях. Надзор за реформами могли бы осуществлять организационные комитеты, такие как Исполнительный совет ВОЗ, или независимые советы, такие как The Elders. Реформа должна охватывать учреждения ООН, международные финансовые институты, региональные объединения, НПО и субъектов частного сектора.
- **Фактор содействия 2. Региональные стратегии в области здравоохранения**, официально утвержденные странами и закрепленные в организационных полномочиях, обеспечивают прочную политическую основу для эффективной работы региональных координационных платформ. Существующие модели — такие как «Дорожная карта устойчивого развития для Тихоокеанского региона» и обновленная Рамочная программа «Здоровые острова 2025» — демонстрируют, как субрегиональные механизмы могут служить опорой для межотраслевого взаимодействия.

Вставка 3. Азиатско-Тихоокеанская коалиция по реформе глобального здравоохранения

Предлагаемая Азиатско-Тихоокеанская коалиция по реформе глобального здравоохранения (подробно описанная в Разделе V) обеспечивала бы организацию встреч различных заинтересованных сторон, обмен данными, согласованность политики, а также формализованную площадку, где реалии, существующие на уровне сообществ, учитывались бы при формировании субрегиональных и региональных повесток и, в конечном итоге, влияли бы на глобальное принятие решений. Это могла бы быть расширенная версия существующего Азиатско-Тихоокеанского парламентского форума по глобальному здравоохранению, участие в котором ограничено для членов парламента стран-членов ВОЗ ВПРО и АСЕАН, но служит платформой для обмена идеями, формирования политической воли, укрепления потенциала и содействия сотрудничеству на региональном уровне на основе подхода, охватывающего все правительство.

В. Предложения по реформе финансирования (F1-3)

Три реформы в сфере финансирования направлены на устранение сбоев координации на глобальном уровне, устранение дисбаланса полномочий в управлении финансированием и удовлетворение срочной потребности в осуществлении перехода к устойчивым внутренним инвестициям. Эти предложения призваны работать в сочетании с реформами в области управления.

F1. Поддерживать ответственный переход от зависимости от доноров к устойчивому внутреннему финансированию

Хотя некоторые страны Азиатско-Тихоокеанского региона по-прежнему зависят от ОПР, грантов доноров и прямых расходов населения, многие уже перешли на внутреннее финансирование. Несмотря на этот переход, здравоохранение остается недостаточно приоритетной статьей расходов в национальных бюджетах, что препятствует развитию устойчивых национальных систем финансирования. В текущей архитектуре отсутствуют четкие механизмы для наращивания внутреннего потенциала и планирования ответственного перехода от внешнего финансирования.

- **Функция:** Поддерживать переход стран к увеличению внутренних инвестиций в здравоохранение посредством четкого планирования перехода, укрепления национального потенциала и диверсификации финансовых механизмов, которые уменьшают зависимость от ограниченного круга обеспеченных ресурсами доноров.
- **Форма:** Финансирование на условиях наличия четких планов перехода, выхода и прекращения, включая целевую поддержку для увеличения бюджетных возможностей в сфере здравоохранения и укрепления внутреннего технического и институционального потенциала. Финансирование могло бы быть направлено на горизонтальные функции системного уровня, включая оценку медицинских технологий, национальные регулирующие органы, национальные системы закупок, механизмы оценки и системы цифровых данных.
- **Фактор содействия 1. Надежные механизмы картирования ресурсов и отслеживания расходов.** Национальные и региональные системы, точно и оперативно отслеживающие распределение и использование финансовых ресурсов из всех источников (государство, частный сектор, филантропические структуры, ОПР). Эти механизмы улучшают координацию, уменьшают раздробленность, предохраняют от коррупции и злоупотреблений и позволяют планировать мобилизацию ресурсов на основе фактических данных.
- **Фактор содействия 2. Расширение участия частного сектора с использованием механизмов подотчетности.** Более эффективная интеграция

частного сектора в архитектуру управления и финансирования с целью привлечения дополнительных средств для национальных систем и создания региональных общественных благ. Для этого необходимы механизмы, обеспечивающие расширение участия частного сектора без чрезмерного увеличения его влияния, что гарантирует ответственное и устойчивое финансирование.

- **Фактор содействия 3. Механизмы смешанного и инновационного финансирования.** Кредитование на основе политики, модели смешанного финансирования и инновационные механизмы (такие как облигации социального воздействия в здравоохранении или объединенные региональные закупки), которые укрепляют национальный потенциал, снижают риски внутренних инвестиций и привлекают разнообразные источники финансирования, сохраняя при этом национальное лидерство.

F2. Согласовать механизмы финансирования с приоритетами, определенными самими странами

Определенные донорами приоритеты искажают национальные повестки здравоохранения, увеличивают административную нагрузку и способствуют сохранению зависимости вместо поддержки отношений партнерства. Текущая архитектура финансирования дает странам-получателям минимальные возможности влиять на структуру механизмов, которые формируют их собственные системы.

- **Функция:** Обеспечить, чтобы финансовые потоки отвечали приоритетам в области здравоохранения, определяемым на национальном уровне, и подлежали подотчетности с точки зрения их соответствия этим приоритетам, при значимом участии стран-получателей помощи в формировании и разработке механизмов финансирования в области глобального здравоохранения, а также управления ними.
- **Форма:** Регулярные мероприятия по определению приоритетов на национальном уровне, согласованные с платформами, описанными в G1, которые четко направляют процесс принятия финансовых решений на национальном уровне. Эти национальные приоритеты учитывались бы при распределении финансирования на субрегиональном и региональном уровнях, формируя восходящий поток потребностей стран, а не нисходящую донорскую повестку.
- **Фактор содействия 1. Равноправное участие стран-получателей в управлении механизмами финансирования.** Значимое участие стран с низким и средним уровнем дохода в процессе принятия решений, касающихся глобальных механизмов объединенного финансирования, в том числе в отношении разработки, распределения ресурсов и мониторинга эффективности. Страны должны обладать правом голоса, соразмерным их заинтересованности в результатах, а не только объему их финансовых взносов.
- **Фактор содействия 2. Финансовая поддержка для национальных процессов определения приоритетов.** Выделение целевого финансирования для создания и устойчивого функционирования межсекторальных национальных платформ, а также для формирования и поддержки лидеров в сфере глобального здравоохранения, описанных в Разделе G1, с тем чтобы эти процессы были надлежащим образом обеспечены ресурсами и проводились на регулярной основе для направления решений в области финансирования.

F3. Обеспечить координацию раздробленного финансирования глобальных и региональных общественных благ

Использование донорских механизмов финансирования приводит к раздробленности инвестиций, дублированию усилий и недостаточной координации между многочисленными потоками финансирования. Это снижает эффективность и препятствует адекватному финансированию ключевых глобальных и региональных общественных благ.

- **Функция:** Осуществлять координацию, гармонизацию и объединение стратегий финансирования и инвестиций в масштабе многосторонних банков развития, двусторонних доноров, филантропических структур и участников частного сектора, которые поддерживают глобальные и региональные общественные блага. На региональном уровне уполномоченные учреждения (такие как региональные банки развития или академические учреждения) могут проводить регулярное многосекторальное картирование ресурсов в рамках региональных стратегий в области здравоохранения.
- **Форма:** Четкие механизмы координации с разграничением между функцией финансирования и функциями реализации и определения приоритетов
- **Фактор содействия 1. Четко сформулированная реформа полномочий** глобальных и региональных финансовых институтов. Четко определенные и прозрачные полномочия, позволяющие координировать финансирование без дублирования функций реализации. Это требует взаимодействия с органами управления, включая МВФ, Всемирный банк и региональные банки развития, для формализации стратегий координации.
- **Фактор содействия 2. Региональные механизмы картирования ресурсов и отслеживания расходов (F1).** Все финансовые субъекты должны соблюдать требования по отчетности.

V. Определенные направления реформирования

Тогда как в Разделе IV изложено, что должна обеспечить будущая глобальная архитектура здравоохранения в результате осуществления шести реформ, в настоящем разделе представлены практические направления достижения этого, определенные на основе выступлений участников Диалога. Учитывая слабые места текущей глобальной архитектуры здравоохранения, описанные в Разделе III, данные направления сосредоточены на национальном, субрегиональном и региональном уровнях. Такой подход является намеренным и направлен на продвижение реформ «снизу вверх», отражая ключевую характеристику видения стран Азиатско-Тихоокеанского региона: разработка реформ должна осуществляться на национальном уровне, координация — на региональном уровне и согласование — на глобальном уровне. Таким образом, основная часть реализации происходит на национальном, субрегиональном и региональном уровнях, тогда как на глобальном уровне осуществляется поддерживающая, а не определяющая роль. Предлагаемое изменение традиционной структуры распределения полномочий является сознательным. Сначала страны определяют свои приоритеты и наращивают внутренний потенциал. Затем осуществляется координация общих вызовов и ресурсов с помощью субрегиональных механизмов. Региональные платформы используются для гармонизации усилий и усиления коллективного голоса. Деятельность в рамках этих трех направлений осуществляется согласованно. Каждое направление охватывает сразу несколько предложений по реформе, отражая взаимосвязь между реформами в области управления и финансирования (рисунок 1).

А. Национальные координационные платформы для определения приоритетов и управления переходом в области финансирования

Реформы начинаются на уровне стран. Участники определили необходимость институционализации инклюзивных национальных координационных платформ, в рамках которых объединяются государственные структуры разных секторов (здравоохранение, финансовый сектор, природоохраненный сектор) и заинтересованных сторон (частный сектор, гражданское общество и маргинализированные группы). Эти платформы обеспечивают практическую реализацию межсекторального определения приоритетов, основанного на фактических данных (G1), и систем мониторинга и оценки с подотчетностью на национальном уровне (G2), одновременно гарантируя, что потоки финансирования согласуются с приоритетами, определенным на национальном уровне (F2), и поддерживают переход к внутреннему финансированию (F3). Национальные координационные платформы могли бы выполнять четыре функции: 1) разработка Национальных планов инвестиций в здравоохранение и Планов перехода, включая картирование текущих ресурсов и направлений для перехода к внутреннему финансированию; 2) определение межотраслевых приоритетов, учитывая взаимосвязь здравоохранения с климатом и экономическим развитием; 3) картирование существующих и потенциальных внутренних источников финансирования для повышения прозрачности; 4) информирование о приоритетах «снизу вверх», чтобы потребности, определяемые странами, находили отражение на уровне субрегиональной и/или региональной координации.

- **Реализация.** Страны могли бы интегрировать эти функции в существующие Координационные комитеты в системе здравоохранения, избегая создания параллельных структур, расширив их полномочия за счет включения министерства финансов, секторов, занимающихся вопросами климата, и маргинализированных групп, которые в настоящее время исключены из этого процесса.
- **Сроки.** 1–2 года для институционализации платформ и начала разработки инвестиционных планов.
- **Основные риски.** Сохранение зависимости от ОПР или прямых расходов населения; коррупция и утечка ресурсов; смена политического руководства и изменение приоритетов; разобщенность секторов и соперничество между ними; отсутствие согласованности между полномочиями институтов; кадровый дефицит.
- **Снижение рисков.** Институционализация ключевых функций в устойчивых структурах управления.

В. Субрегиональные механизмы координации и подотчетности

Ключевые субрегиональные функции могут устранить пробелы в области подотчетности (G2 и F2), скоординировать раздробленные приоритеты и финансирование (G3 и F1) и обеспечить планирование перехода посредством картирования ресурсов (F3). Субрегиональные хранилища данных могли бы использоваться при установлении национальных приоритетов на основе фактических данных, предоставляя сопоставимые данные о финансировании здравоохранения, эффективности программ и их результатах. Например, **Хранилище данных о здравоохранении АСЕАН** могло бы позволить странам Юго-Восточной Азии проводить сравнительный анализ инвестиций в системы здравоохранения и выявлять передовой опыт в области устойчивых моделей финансирования. Хранилища должны

принадлежать странам, а их размещение на субрегиональном уровне могло бы осуществляться при содействии национальных многосторонних форумов заинтересованных сторон, что позволило бы распределять административную нагрузку и усилить роль субрегиональной координации в обслуживании национальных приоритетов.

Субрегиональные координационные механизмы могли бы действовать по трем направлениям: **донорское/партнерское направление** (под руководством АБР, Всемирного банка, Министерства иностранных дел и торговли Австралии, Министерства иностранных дел и торговли Новой Зеландии, Японского агентства международного сотрудничества, ЗКФ) — консолидация приоритетов в области помощи в целях развития, создание матриц картирования ресурсов и координации партнеров, проведение инвестиционных диалогов, способствуя решению проблемы раздробленности финансирования напрямую; **техническое направление** (на базе ВОЗ, ВПРО, Тихоокеанского сообщества, учреждений ООН, научных кругов) — содействие созданию межстрановых платформ для обмена опытом и ведение панелей показателей для обеспечения подотчетности; **направление взаимодействия с общественностью** (PIANGO и региональные сети НПО) — обеспечение учета мнений гражданского общества при определении приоритетов координации и привлечение субъектов к ответственности. Координация деятельности по этим направлениям могла бы осуществляться на региональном уровне — например, Коалицией по реформе глобального здравоохранения в Азиатско-Тихоокеанском регионе (как предложено для регионального пути ниже) или субрегиональными структурами и механизмами, такими как Тихоокеанский договор о финансировании здравоохранения, предложенный участниками из Тихоокеанского субрегиона, что позволило бы объединить внутреннее совместное финансирование, региональные объединенные закупки и дорожные карты перехода в соответствии с реформами финансирования (F3).

- **Реализация.** Прагматичное использование существующих институтов; например, в Тихоокеанском субрегионе предлагается формализовать объединения по здравоохранению Меланезии, Полинезии и Микронезии под эгидой Тихоокеанского сообщества/ВПРО в течение 2–3 лет и провести совместное картирование доноров.
- **Сроки.** Хранилища данных — готовность к 2030 году, координационные направления — в течение 2–3 лет.
- **Основные риски.** Определяемая донорами повестка может подрывать национальное лидерство; недостаточная политическая поддержка может привести к недостаточному обеспечению механизмов ресурсами; проблемы с качеством данных могут подрывать доверие.
- **Снижение рисков.** Интеграция картирования ресурсов в существующие циклы мониторинга, такие как Рамочная программа «Здоровые острова», в целях укрепления существующих институтов, а не дублирования их усилий.

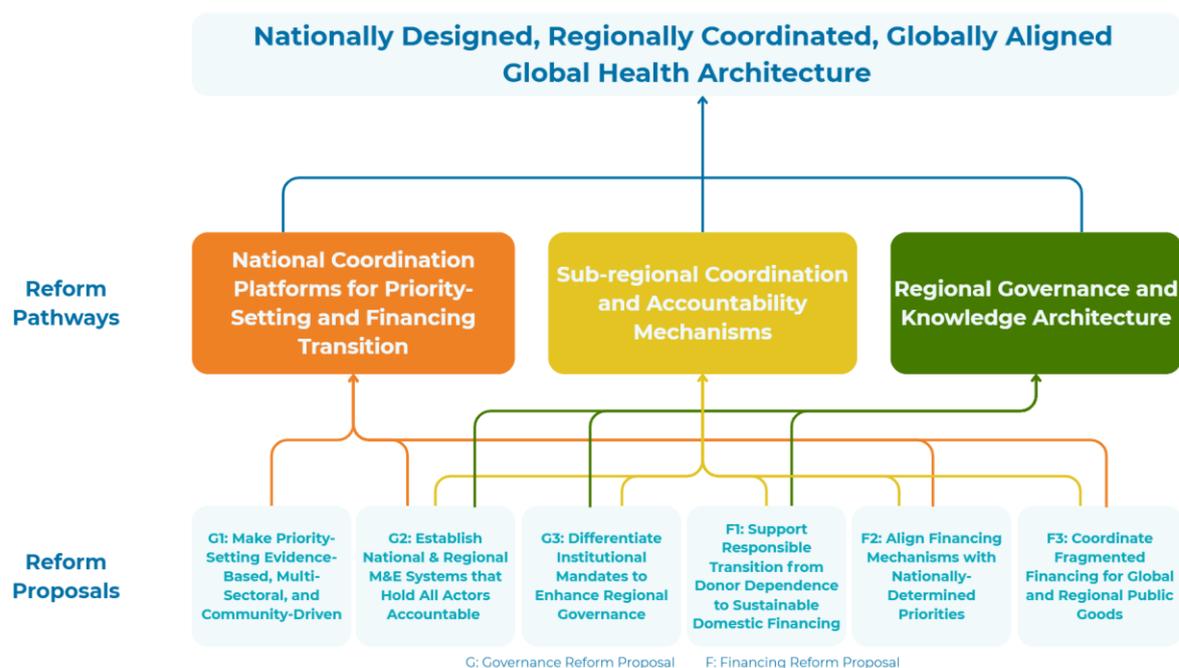
С. Региональная архитектура управления и знаний

Региональная координация (G3) требует специализированной инфраструктуры, которая содействует гармонизации усилий, мобилизации коллективных ресурсов и систематическое представление национальных потребностей «по восходящей» — на уровень глобальных форумов. В рамках Диалога были предложены четыре взаимосвязанных компонента, которые одновременно укрепляют региональную

подотчетность (G2) и координируют финансирование (F1). **Азиатско-Тихоокеанская коалиция по реформе глобального здравоохранения** (см. Вставку 3) могла бы стать платформой для многосторонних съездов заинтересованных сторон, которые будут совместно определять приоритетные области реформ, показатели подотчетности и экспериментальные мероприятия. Коалиция, возглавляемая академическими учреждениями при участии правительств, региональных бюро ВОЗ, АБР, АСЕАН, многосторонних организаций (ЮНФПА, ЮНИСЕФ), гражданского общества, частного сектора и доноров, создает условия для формирования региональной повестки широким кругом субъектов. **Региональная рабочая группа по реформам или Секретариат** могли бы обеспечить оперативную структуру для разработки и мониторинга механизма регионального сотрудничества, инклюзивное участие маргинализированных заинтересованных сторон и координацию финансирования между различными донорами. Цифровая платформа **Asia Health Exchange** могла бы обеспечивать постоянное согласование усилий посредством обмена знаниями, наращивания потенциала, картирования ресурсов и отслеживания расходов (F1), а также в рамках стратегических партнерств с целью укрепления внутреннего финансирования.

- **Реализация.** Первоначальный съезд для мягкого запуска региональной архитектуры, за которым следует более длительный период политической мобилизации перед введением в действие. Поэтапный подход отражает понимание того, что формирование политической поддержки и создание соответствующих механизмов требуют времени.
- **Основные риски.** Раздробленность по субрегионам; узкие интересы заинтересованных сторон и сопротивление сотрудничеству; недостаточное финансирование; отсутствие легитимности и авторитетности в глазах отдельных заинтересованных сторон или их доверия (например, академического сообщества).
- **Снижение рисков.** Диверсификация финансирования в масштабе всех филантропических структур, банков развития и немонетарного вклада академических учреждений; объединение финансирования в области климата и здравоохранения для преодоления фискальных ограничений; надежные механизмы мониторинга и оценки для отслеживания ценности, добавленной каждым партнером.

Рисунок 1. Предложения по реформе и пути ее реализации в Азиатско-Тихоокеанском регионе



VI. Дальнейшие предлагаемые действия

Непосредственным приоритетом является сохранение импульса, заданного Сингапурским съездом, и перевод достигнутого консенсуса в практическую плоскость. В рамках Диалога были определены следующие возможности на 2026 год и последующий период:

1. **Специальная сессия РМАС 2026.** На специальной сессии в рамках Конференции по случаю вручения Премии принца Махидола (РМАС) 2026 года региональная позиция будет представлена более широкой аудитории в сфере глобального здравоохранения. РМАС может обеспечить необходимое признание и легитимность, ускорив поддержку со стороны заинтересованных сторон и способствуя интеграции позиции Азиатско-Тихоокеанского региона в более широкий глобальный диалог о реформе.
2. **Сохранение динамики, возникшей в результате налаживания связей в ходе съезда.** Отношения и обязательства, сформированные в ходе съезда, являются наиболее ценным результатом Диалога. Участники возвращаются с общим пониманием региональных приоритетов и налаженными связями с потенциальными партнерами из различных секторов и субрегионов. Ожидается, что эти взаимодействия станут катализатором перемен, стимулируя двустороннее сотрудничество, субрегиональные инициативы и институциональные инновации без необходимости создания централизованных или формальных механизмов в ближайшей перспективе.
3. **Стратегические точки взаимодействия на протяжении 2026 года.** Стратегические точки взаимодействия на протяжении 2026 года могут стать основой для представления новых инициатив, обмена опытом ранних этапов реализации, налаживания связей между субъектами, осуществляющими взаимодополняющие реформы, и поддержания коллективной приверженности делу. К ним относятся Форум высокого уровня по всеобщему охвату услугами здравоохранения 2025 года,

Конференция по глобальной безопасности в области здравоохранения 2026 года, Региональная встреча Всемирного саммита по здравоохранению (WHS) 2026 года и Глобальный симпозиум по исследованиям систем здравоохранения HSR2026. Эти мероприятия не обязательно должны иметь сложную повестку; их цель — поддерживать жизнеспособность Диалога и внимания к нему, не допуская замедления возникшей динамики.

4. **Наращивание регионального потенциала в области определения приоритетов и подотчетности в 2026 году.** Для содействия переходу от консенсуса к реализации в 2026 году могут быть запущены несколько конкретных инициатив. Первый шаг — создание в Азиатско-Тихоокеанском регионе (или на субрегиональном уровне) группы технических экспертов, обладающих навыками определения приоритетов в области здравоохранения. Эта сеть экспертов оказывала бы поддержку национальным правительствам и субрегиональным коалициям (АСЕАН, Тихоокеанское сообщество, СААРК) в определении национальных приоритетов в области здравоохранения и региональных общественных благ. Параллельно следует провести региональный круглый стол по финансированию с участием доноров, финансовых партнеров и банков развития для обсуждения стратегий финансирования, согласованных с определенными приоритетами, включая инновационные подходы к финансированию региональных общественных благ. Наконец, должна быть создана параллельная сеть экспертов по мониторингу и оценке, а также подотчетности для укрепления национального потенциала в области оценки политики и программ.
5. **Перспективы после 2026 года.** Предложения по реформе и направлениям реформирования, изложенные в Разделах IV и V, отражают среднесрочные и долгосрочные устремления, которые должны формироваться на основе подтвержденной потребности, а не навязываться извне. Ранние пилотные проекты по созданию национальных координационных платформ, картированию доноров на субрегиональном уровне и обмену знаниями могут помочь в оценке осуществимости их предложений.

VII. Заключительные замечания

Азиатско-Тихоокеанский диалог представляет альтернативную архитектуру, основанную на subsidiarity, инклюзивности и национальной и региональной ответственности. Диалог формирует предложения и направления реформирования с учетом приоритетов, определенных странами, и лишь затем рассматривает, каким образом глобальные институты должны соотносить с ними свои действия. Реформы являются амбициозными по своему замыслу — регионализация управления, инклюзивное сотрудничество, финансирование за счет внутренних ресурсов и институционализированная подотчетность — но прагматичными в реализации: они опираются на существующие институты, интегрируются в устоявшиеся структуры и учитывают необходимость адаптации к различным контекстам. В ходе диалога был достигнут значительный консенсус по основным принципам, хотя и были предложены различные направления их реализации на национальном, субрегиональном и региональном уровнях. Настоящий отчет отражает коллективные знания и опыт широкого круга заинтересованных сторон из 25 стран Азиатско-Тихоокеанского региона, открывая путь к реформам, разработка которых осуществляется на национальном уровне, координация — на региональном уровне и согласование — на глобальном уровне.



PMAC | STRATEGIC
INSTITUTE



Saw Swee Hock
School of Public Health



清华大学
Tsinghua University

Funded by



This paper captures the outcomes of one of five regional dialogues supported by Wellcome, and led by regional partners. The views and opinions expressed throughout the dialogue are those of individual participants, and do not necessarily reflect the official policy or position of Wellcome.