



ЭКОНОМИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ КОМИССИЯ ДЛЯ АЗИИ И ТИХОГО ОКЕАНА

Подкомитет по здравоохранению и развитию

Первая сессия
1-3 декабря 2004 года
Бангкок

**ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ, КАСАЮЩИЕСЯ СОДЕЙСТВИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
И РАЗВИТИЮ В РЕГИОНЕ ЭСКАТО:
УВЕЛИЧЕНИЕ ИНВЕСТИЦИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ХОДЕ РАЗВИТИЯ**

(Пункт 5b предварительной повестки дня)

Записка секретариата

РЕЗЮМЕ

Инвестиции в здравоохранение имеют важное значение, поскольку здоровье людей определяет их возможность для улучшения качества жизни. Здоровье также составляет основу интеллектуального, физического и духовного роста. С точки зрения экономики, здоровье – основная составляющая человеческого капитала и важнейший фактор экономического роста. В настоящее время широко оспаривается распространенное ранее представление о том, что цели здравоохранения автоматически достигаются вследствие экономического развития.

Многие страны в регионе не инвестируют достаточно средств в здравоохранение. Кроме того, инвестиции в здравоохранение, как правило, не вполне эффективны и не поддерживают равенства, порождая высокие коэффициенты заболеваемости и смертности, чего можно было бы избежать.

В настоящем документе освещаются последние инициативы, направленные на то, чтобы включить здравоохранение в контекст общего развития: согласованные на международном уровне цели, сформулированные в Декларации тысячелетия; выводы Комиссии по макроэкономике и здоровью; и документы с изложением стратегии сокращения масштабов нищеты. В нем также прослеживаются связи между процессами, касающимися этих трех инициатив.

В документе подчеркивается необходимость увеличения инвестиций в здравоохранение как неотъемлемой части общего развития. Стратегии развития, не учитывающие проблемы здравоохранения на согласованной основе, не смогут реализовать весь свой потенциал.

В документе также рассматриваются варианты увеличения инвестиций в здравоохранение и повышения эффективности расходов. В нем высказывается предположение, что простого увеличения объема инвестиций для улучшения систем здравоохранения не достаточно. Инвестиции необходимо вносить в целях повышения способности систем здравоохранения реагировать на возникающие проблемы и определять детерминанты здоровья. В документе подчеркивается необходимость увеличения объема финансирования в целях развития, обеспечения координации и расширения способностей стран осваивать выделяемые средства.

Данный документ дополняет три других документа секретариата по связанным со здоровьем детерминантам развития, укреплению системы здравоохранения и проекту региональной основы стратегических действий по содействию здравоохранению и устойчивому развитию.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Введение	1
I. ЗДОРОВЬЕ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ БЛАГОСОСТОЯНИЕ: НЕРАЗРЫВНАЯ СВЯЗЬ	1
А. Зачем нужно увеличивать инвестиции в здравоохранение?	1
В. Что делают страны региона относительно инвестирования в здравоохранение?	3
С. Приведет ли увеличение инвестиций в сектор здравоохранения к улучшению состояния здоровья населения?	5
II. ПРОЦЕССЫ И СВЯЗИ	6
А. Увеличение инвестиций в здравоохранение – императив развития	6
В. Инвестиции в интересах бедноты	8
С. Инвестирование сфер, имеющих определяющее значение для состояния здоровья	10
D. Инвестирование в систему здравоохранения	12
III. ГАРАНТИРОВАНИЕ АДЕКВАТНЫХ РЕСУРСОВ ДЛЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ..	14
А. Внутренние ресурсы	14
В. Помощь в целях развития	15
С. Охватывающий весь сектор подход	16
D. Слияние рисков	17
Вывод	17
Справочная литература	19

Введение

1. Здоровье увеличивает потенциал, имеющий важнейшее значение для улучшения качества жизни. Женщины и мужчины, включая неимущих, считают хорошее здоровье главным приоритетом. Его отсутствие проявляется в «настоящей нищете», которая по сути может быть еще хуже, чем нищета по доходам (Сен, 1999 год). Мнение Нобелевского лауреата Амарти Сен подчеркивает важное значение здоровья как одного из прав человека.
2. Здоровье составляет основу интеллектуального, физического и духовного роста. В экономическом смысле здоровье – важнейшая составляющая борьбы с нищетой, экономического роста и долгосрочного экономического развития (ВОЗ, 2001 год). Кроме того, между здоровьем и социальной стабильностью существуют тесные связи: ухудшение состояния здоровья препятствует социальному прогрессу и наоборот, что в конечном итоге сказывается на экономическом прогрессе.
3. В настоящее время широко оспаривается распространенное ранее представление о том, что цели здравоохранения автоматически достигаются вследствие экономического развития. Опыт региона ЭСКАТО в области экономического развития опровергает существовавшее ранее представление о том, что только богатые страны могут позволить себе расширять системы медико-санитарного обслуживания, образования и улучшать условия жизни человека. Страны региона, добившиеся экономического успеха, стали активно расширять системы образования и медико-санитарного обслуживания до того, как они вырвались из порочного круга нищеты (Сен, 1999 год). В настоящее время признается, что здоровье вносит значительный вклад в экономический и социальный прогресс.
4. В настоящем документе представлены обоснования неотложного увеличения инвестиций в здравоохранение для того, чтобы достичь в Азиатско-Тихоокеанском регионе согласованных на международном уровне целей развития, сформулированных в Декларации тысячелетия.

I. ЗДОРОВЬЕ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ БЛАГОСОСТОЯНИЕ: НЕРАЗРЫВНАЯ СВЯЗЬ

A. Зачем нужно увеличивать инвестиции в здравоохранение?

5. Детская смертность, диарея, пневмония и малярия являются причиной более половины всех смертей в регионе. Для каждой проблемы, угрожающей жизни человека, существует проверенное решение, не связанное с большими расходами. Отмечаются большие различия в масштабах профилактических мер при наличии большого объема ресурсов или их недостатке.
6. В странах с высокими и средними доходами населения 90 процентов детей получают прививки от дифтерии, коклюша и столбняка. Свыше 90 процентов беременных женщин хотя бы раз посещают врача до родов и свыше 90 процентов родов проходит в присутствии квалифицированного медицинского персонала.
7. По сравнению с этим в некоторых частях Южной и Юго-Восточной Азии менее 50 процентов беременных женщин проходят предродовой осмотр и только 20 процентов родов происходит в присутствии квалифицированного специалиста.

8. Около 6 млн. человек в странах с низкими и средними доходами в настоящее время нуждаются в лечении антиретровирусными лекарствами (АРВ) и только 300 000 из них получают такие лекарства. В Азиатско-Тихоокеанском регионе, где свыше 8 млн. человек инфицировано ВИЧ/СПИДом, еще ни одна страна не превысила 5-процентный охват лечения больных с помощью АРВ средств (Всемирный банк, 2003 год).

9. Доклад Комиссии по макроэкономике и здоровью (КМЗ) подчеркивает тот факт, что состояние здоровья миллиарда беднейших людей, большинство из которых проживает в регионе ЭСКАТО, можно значительно улучшить за счет недорогостоящих профилактических мер, направленных на борьбу с относительно небольшим числом болезней и заболеваний (таблица 1).

Таблица 1. Болезни и заболевания и недорогостоящие профилактические меры

Болезни/заболевания	Недорогостоящие профилактические меры
ВИЧ/СПИД	• Более широкое использование презервативов • Профилактические меры
Туберкулез	• Лечение при непосредственном наблюдении, краткий курс (ДОТС)
Малярия	• Использование в спальнях помещениях сеток, пропитанных инсектицидными средствами • Улучшение учета случаев заболевания
Детские болезни	• Оральная регидрационная терапия • Лечение респираторных инфекций • Иммунизация • Школьная профилактика против глистов • Общинные программы
Женские и предродовые заболевания	• Проведение родов квалифицированными акушерами • Сокращение случаев передачи ВИЧ/СПИДа от матери к ребенку путем применения АРВ • Иммунизация токсоидом столбняка
Заболевания, связанные с употреблением табачных изделий	• Увеличение налогов на продажу • Полное запрещение рекламы

Источник: на основе информации ВОЗ, изложенной в *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development* (Geneva, WHO, 2001).

10. Предполагается, что эффективное проведение этого небольшого комплекса профилактических мер позволит получить значительные результаты в виде существенного уменьшения числа смертей, которых можно избежать. Кроме того, считается, что можно избежать 87 процентов всех смертей детей в возрасте до 5 лет. Эти показатели варьируются от 43 до 60 процентов в случае мальчиков (старше 5 лет) и от 51 до 83 процентов в случае девочек (старше 5 лет).

11. Даже беднейшие страны могут позволить себе проводить эффективные профилактические меры для решения проблем в области здравоохранения, на которые приходится основная часть летальных исходов, которых можно было бы избежать, но для этого им необходимо увеличить объем инвестиций в здравоохранение и сделать их более эффективными. Такой вертикальный подход кажется привлекательным в своей простоте и удобстве для получения медицинского контроля в конкретных ситуациях, требующих краткосрочных результатов. В долгосрочном плане важно обеспечить, чтобы многосекторальные действия и участие общин касались основных причин плохого здоровья групп населения, находящихся в трудном положении, с тем чтобы социальные меры соответствовали равноправным условиям и удовлетворяли потребности всех слоев населения.

12. Ни одна из вышеупомянутых мер, направленных на борьбу с болезнями и угрозами здоровью, на которые приходится основная часть заболеваний, не предполагает больших расходов (за исключением АРВ лекарств, стоимость которых постепенно снижается). Это подчеркивает необходимость более эффективного использования существующих средств.

В. Что делают страны региона относительно инвестирования в здравоохранение?

13. Анализ данных по 27 наименее развитым и развивающимся странам региона (ВОЗ, 2004 год, а), показывает, что государственные расходы на поддержание здоровья одного человека варьируются от 2 долл. США до 40 долл. США, а общие расходы на здравоохранение на душу населения варьируются от 8 долл. США до 54 долл. США. Учитывая такую структуру расходов, КМЗ сделала вывод о том, что на проведение самых элементарных мер борьбы с некоторыми болезнями, вызывающими максимум заболеваемости и смертности, для лечения которых есть недорогие средства, потребуется, как минимум, 36 долл. США на человека. Для эффективного проведения базовых профилактических мер потребуется существенное увеличение инвестиций в здравоохранение в наименее развитых странах и других странах с низкими доходами в регионе.

14. Таблица 2 иллюстрирует расходы на здравоохранение в 14 странах региона ЭСКАТО с разбивкой на четыре категории:

- а) общие расходы на здравоохранение в процентах от валового внутреннего продукта (ВВП);
- б) государственные расходы в процентах от общих расходов на здравоохранение;
- с) частные расходы в процентах от общих расходов на здравоохранение;
- д) наличные расходы в процентах от общих расходов на здравоохранение.

15. Эти показатели облегчают анализ объема наличных расходов населения, а также охват частных программ страхования и защиты от других рисков в 14 перечисленных странах. Наличные расходы – это суммы, которые пациенты платят непосредственно из своих средств. Частные расходы на здравоохранение включают расходы в рамках программ социального страхования, коммерческих и некоммерческих программ страхования, расходы организаций и других агентств, предоставляющих медицинские программы с предоплатой.

16. Таблица 2 показывает различия между странами. Общий объем расходов на здравоохранение в процентах от ВВП варьируется от 11,8 (Камбоджа), 8,3 и 9,2 (соответственно, Новая Зеландия и Австралия) до 5,5 (Китай), 2,4 (Индонезия) и 1,6 (Азербайджан).

17. Таблица 2 также показывает, что частные расходы в процентах от общих расходов на здравоохранение превышают 45 процентов в семи из 11 развивающихся и наименее развитых перечисленных стран. Исключения представлены Азербайджаном, Бутаном, Папуа-Новой Гвинеей и Фиджи, где частные расходы по сравнению с общими расходами на здравоохранение меньше 33 процентов, а в Бутане - всего 9,4 процента.

18. Наличные расходы в развивающихся и наименее развитых странах по отношению к общим частным расходам на здравоохранение составляют 100 процентов в Бутане, Индии, Пакистане и Фиджи и выше 90 процентов в Азербайджане, Бангладеш, Индонезии, Исламской Республике Иран и Китае.

**Таблица 2. Наглядные примеры расходов на здравоохранение (в процентах)
в регионе ЭСКАТО (2001 год)**

Член ЭСКАТО	Общие расходы на здравоохранение в %% от ВВП	Государственные расходы в %% от общих расходов на здравоохранение	Частные расходы в %% от общих расходов на здравоохранение	Наличные расходы в %% от частных расходов на здравоохранение
Азербайджан	1,6	66,9	33,1	97,7
Бангладеш	3,5	44,2	55,8	93,2
Бутан	3,9	90,6	9,4	100
Камбоджа	11,8	14,9	85,1	84,6
Китай	5,5	37,2	62,8	95,4
Фиджи	4	67,1	32,9	100
Индия	5,1	17,9	82,1	100
Индонезия	2,4	25,1	74,9	91,8
Иран (Исламская Респ.)	6,3	43,5	56,5	94,2
Пакистан	3,9	24,4	75,6	100
Папуа-Новая Гвинея	4,4	89	11	83,3
Австралия	9,2	67,9	32,1	59,6
Япония	8	77,9	22,1	74,9
Новая Зеландия	8,3	76,8	23,2	72

Источник: ВОЗ, *World Health Report 2004* (Женева, ВОЗ, 2004 год).

Примечание: ВОЗ округлила цифры для сопоставимости; они необязательно отражают официальные статистические данные государств-членов, которые могут применять более точные методы.

19. В то же время частные расходы по отношению к общим расходам на здравоохранение составляют 23 процента в Новой Зеландии, 22 процента в Японии и 32 процента в Австралии. Наличные расходы по отношению к общим частным расходам на здравоохранение составляют около 60 процентов в Австралии, почти 75 процентов в Японии и 72 процента в Новой Зеландии.

20. Из таблицы видно, что в развивающихся и наименее развитых странах региона крайне узок охват частных и некоммерческих программ медицинского страхования и большой объем расходов наличными, в то время как в развитых странах со значительным объемом государственного финансирования здравоохранения отмечается значительный охват частных программ страхования рисков.

С. Приведет ли увеличение инвестиций в сектор здравоохранения к улучшению состояния здоровья населения?

21. Инвестирование в здравоохранение – важное направление общей стратегии развития. В результате чрезмерного внимания к экономической производительности уменьшилось значение здравоохранения как области, в которую стоит вносить инвестиции. Государственная система здравоохранения была подорвана в результате рассмотрения смертности и заболеваемости только с финансовой точки зрения и отношения к здоровью человека как продукту, требующему обоснований для инвестиций. Несостоятельность этого подхода была продемонстрирована в период распространения тяжелого острого респираторного синдрома. Пришло время быстро реагировать в отношении увеличения объема инвестиций и расходов, оказывающих важное влияние на государственный сектор здравоохранения и системы всеобщей социальной защиты.

22. Самое важное заключается в том, что возникла необходимость в новом понимании инвестиций в здравоохранение. Инвестиции в здравоохранение должны предусматривать не только увеличение объема финансовых средств, выделяемых на поддержание систем здравоохранения и вертикальные медико-санитарные меры. Инвестиции в здравоохранение должны предусматривать направление средств по следующим направлениям:

- увеличение объема людских ресурсов, развитие навыков и улучшение подходов в целях отстаивания права групп населения, находящихся в трудном положении, на равноправный доступ к качественным медико-санитарным услугам как одного из основных прав;
- пропаганда, многосекторальные действия и партнерские связи в целях устранения традиционных барьеров, препятствующих закладке нового фундамента на тысячелетие для взаимного понимания и консенсуса относительно достижения общей цели здоровья для всех;
- разработка инструментов для оценки детерминант здоровья, таких, как чистая вода и воздух и надлежащая санитария, оказывающих значительное влияние на здоровье населения.

23. Наименее развитые страны и страны с низкими доходами в регионе не могут рассчитывать на значительный прогресс в достижении целей здравоохранения, лишь только увеличивая расходы на существующие программы. Увеличение государственных расходов – одно из направлений действий, которое должно дополняться эффективной политикой и

работой учреждений для повышения общего уровня подотчетности и эффективности расходов на здравоохранение.

II. ПРОЦЕССЫ И СВЯЗИ

А. Увеличение инвестиций в здравоохранение – императив развития

а) Оживление системы первичной медико-санитарной помощи

24. Вновь возобновился интерес к первичной медико-санитарной помощи в качестве одной из ключевых стратегий достижения цели здоровья для всех (Алма-Атинская декларация, 1978 год). Предпринимавшиеся за последние несколько лет усилия по восстановлению значения здоровья в качестве принадлежащего ему по праву центрального места в планах развития на всех уровнях начинают приносить плоды в виде активизации усилий правительств по увеличению инвестиций для обеспечения здоровья для всех. Международная поддержка принципов первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) не ослабла даже после 26 лет со времени проведения Алма-Атинской конференции. Глобальные, национальные и местные условия для соблюдения ПМСП претерпели фундаментальные изменения. Принципы равенства, всеобщего доступа, участия общин и межсекторальных подходов к здравоохранению составляют основу эффективного соблюдения ПМСП.

25. Системы ПМСП должны учитывать более широкие вопросы здравоохранения населения и создавать условия для эффективного оказания медико-санитарных услуг неимущим и маргинализированным группам.

б) Цели тысячелетия в области развития

26. Согласование на международном уровне целей тысячелетия в области развития на Саммите тысячелетия Организации Объединенных Наций (сентябрь 2000 года) стало значительным шагом в этом направлении. Члены Организации Объединенных Наций взяли на себя обязательства достичь этих целей к 2015 году.

27. Три из восьми целей непосредственно касаются здравоохранения. С учетом социальных, экономических и экологических детерминант здоровья все другие цели также влияют на здоровье населения. Процесс достижения целей тысячелетия в области развития имеет главное значение для обеспечения хорошего здоровья. Они отражают согласованные цели в этом процессе и являются руководством к формулированию целостной и устойчивой политики и стратегий.

28. Эти цели характеризуются как «не просто задачи, а твердое обязательство ускорить процесс развития потенциала человека и сделать его более охватывающим». С учетом прочных связей этих целей со здравоохранением многие страны не смогут их достичь без существенного увеличения инвестиций в здравоохранение и переориентации политики в секторе здравоохранения для решения этих задач (ВОЗ, 2004 год, b).

с) Комиссия по макроэкономике и здоровью

29. Третьей инициативой стал выпуск доклада Комиссии по макроэкономике и развитию (КМЗ) в декабре 2001 года. КМЗ была учреждена в январе 2000 года Генеральным директором Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) для того, чтобы

проанализировать место здоровья в развитии мировой экономики. В докладе КМЗ указано на необходимость включения инвестиций в здравоохранение в качестве центрального элемента в национальные планы развития на основе долгосрочной макроэкономической политики и учета связей между инвестициями в здравоохранение и борьбой с нищетой. С учетом того, что на здоровье влияет множество факторов, включая экономические, социальные и экологические детерминанты, инвестиции в здравоохранение должны покрывать связанные с охраной здоровья расходы в других секторах.

30. Как минимум 34 страны, включая 15 стран из данного региона, начали проводить меры по итогам процесса КМЗ. Эти меры включают проведение ситуативного анализа и внедрение многосекторальных стратегий для укрепления обязательств всех партнеров по увеличению объема ресурсов, выделяемых на здравоохранение.

31. КМЗ – это скорее процесс, чем цель. Этот процесс требует адаптации для удовлетворения специфических потребностей стран региона. Его можно рассматривать как философию, определяющую перспективу обеспечения надлежащего и устойчивого финансирования медико-санитарных услуг на целостной основе с отражением их надлежащего места в общей стратегии развития. Некоторые страны региона создали собственные национальные комиссии, а некоторые приняли принципы КМЗ и начали разрабатывать собственную макроэкономическую политику.

d) Документы с изложением стратегии сокращения масштабов нищеты

32. Документы с изложением стратегии сокращения масштабов нищеты (ДСМН), составляющие основу помощи со стороны Всемирного банка и Международного валютного фонда, можно использовать в качестве средства для включения вопросов здравоохранения в процесс развития. ДСМН включают пять основных принципов, имеющих непосредственное отношение к здоровью:

1. Подготовка ДСМН должна проводиться по инициативе стран;
2. Эта деятельность должна ориентироваться на интересы бедноты и получение результатов;
3. Необходимо подчеркивать значение многосекторального подхода;
4. Подход должен предусматривать участие правительств, гражданского общества и частного сектора и налаживание партнерских связей между ними;
5. Весь этот процесс должен стимулировать принятие устойчивых мер.

e) Взаимные связи

33. Процессы активизации ПМСП, действия по достижению целей тысячелетия в области развития и меры по итогам КМЗ взаимосвязаны и дополняют друг друга. В значительной степени они ориентированы на общие цели и согласуются с аналогичными принципами и стратегиями. Однако на уровне стран проявляется тенденция к тому, чтобы не отражать эти связи.

34. В процессе достижения целей тысячелетия в области развития ряд стран начал соблюдать или адаптировать выводы КМЗ при разработке своих программ, касающихся

роста и развития. Страны, участвующие в процессе КМЗ, осознают, что он дополняет вышеупомянутые цели, предоставляя странам определенную ориентацию на достижение этих целей. В процессе КМЗ устанавливаются и поддерживаются приоритеты в области здравоохранения и касающиеся здоровья цели и создаются межсекторальные механизмы для поддержки приоритетов, касающихся здоровья. В этом процессе также возникает возможность для проведения тщательного анализа существующих моделей финансирования здравоохранения и объективности систем оказания медико-санитарных услуг.

35. Таким образом, очевидна связь между целями тысячелетия и КМЗ: устанавливаются как цели, так и процесс. Процесс КМЗ может способствовать пересмотру и замене существующих узких секторальных подходов на комплексные стратегии с настоящей многосекторальной основой.

36. Положение в области здравоохранения, с учетом наличия многих экономических, социальных и экологических детерминант здоровья, не улучшилось в результате применения традиционного подхода к инвестированию в узкую сферу сектора здравоохранения. Здравоохранение должно включаться в качестве важного компонента во все программы развития и такие целевые детерминанты, как нищета, водоснабжение и санитария, образование и занятость.

37. Однако опыт последних нескольких десятилетий показывает, что программы развития не включают касающиеся здоровья вопросы в качестве неотъемлемой части, и поэтому не удается получить желаемых результатов.

38. Процессы ДСМП и КМЗ также дополняют друг друга. ДСМП выступают в качестве средства достижения целей. Процесс КМЗ дополняет процесс ДСМП путем придания главенствующего значения здоровью в программах развития и определения и устранения препятствий для равноправного доступа. Процесс КМЗ можно также использовать для того, чтобы увеличение инвестиций в здравоохранение было ориентировано на интересы бедноты в ходе ассигнования ресурсов и установления приоритетов. Таким образом, проявляется естественная связь между процессами КМЗ и ДСМП. В результате интеграции процессов КМЗ и ДСМП можно получить значительную добавленную стоимость в виде вклада в укрепление здоровья населения и анализа этих процессов. Весь процесс ДСМП-КМЗ необходимо поддерживать с учетом принципов и стратегии ПМСП.

В. Инвестиции в интересах бедноты

39. Стратегии по здравоохранению в интересах бедноты имеют важное значение для обеспечения равноправного доступа к медико-санитарным услугам и сокращения различий между бедными и богатыми в том, кто испытывает на себе бремя болезней. Из-за крайней нищеты свыше 1 млрд. человек в мире не получают самых необходимых медико-санитарных услуг и не пользуются преимуществами технологического прогресса в области здравоохранения и медицины. Это оказывает отрицательное экономическое воздействие на бедные семьи и общины, а также на социально-ущемленные слои населения.

40. Высокие расходы на пребывание в лечебных стационарах могут доводить людей до нищеты. В Индии 58 процентов от общих ежегодных расходов приходится на медико-санитарные услуги, а 40 процентов стационарных пациентов занимают деньги или продают имущество, чтобы покрыть расходы на лечение. Около 25 процентов госпитализированных индийцев не были бедными на момент первого поступления в больницу, однако стали нищими после уплаты больничных расходов (Всемирный банк, 2002 год). В Китае около

18 процентов семей в сельских районах, воспользовавшихся медико-санитарными услугами, понесли медицинские расходы, превысившие их совокупный семейный доход (Лю, Рао и Хсяо, 2003 год). В Камбодже 44,6 процента безземельных камбоджийцев потеряли свою землю, поскольку они были вынуждены покрывать расходы в результате серьезной болезни только одного члена семьи. Исследования ВОЗ по Камбодже также показали, что на медико-санитарные услуги приходится около 30 процентов всех семейных расходов и что невозможность лечения болезней – одна из наиболее важных причин уязвимости неимущих в Камбодже (Блум, Ривер Пас Ассосиэйтс и Севилья, 2002 год).

41. Оказание приемлемых по цене и качественных медико-санитарных услуг для всех, особенно для беднейших и наиболее уязвимых слоев населения, имеет важнейшее значение для борьбы с нищетой. Ниже перечислены меры, ориентированные на интересы бедноты:

a) Географическая адресация

42. Во многих странах региона анализ расходов на медико-санитарные услуги свидетельствует о заметном отклонении в сторону городов. Адресование средств в более бедные районы в сочетании с усилиями по улучшению процесса принятия решений на местном уровне и усилением подотчетности может принести значительные результаты в области здравоохранения.

43. Децентрализация дает результаты с различным уровнем успеха. В некоторых странах децентрализация позволила расширить доступность и повысить эффективность услуг ПМСП. Уроки децентрализации свидетельствуют о том, что этот процесс будет работать только в том случае, если будут вноситься инвестиции в наращивание потенциала местных органов самоуправления, обеспечение участия общин и создание механизмов для наблюдения за работой основных государственных медицинских заведений.

b) Изменение ассигнований в зависимости от уровней медицинской помощи

44. Расходы развивающихся стран на здравоохранение, как правило, концентрируются на вторичном и третичном уровнях, что отрицательно влияет на профилактические и вспомогательные аспекты здравоохранения. Однако простая переориентация бюджетов на ПМСП не обеспечит положительных результатов, если не будут проводиться меры в целях повышении качества услуг, расширения способностей государственных заведений на ответные меры и информирования получателей помощи.

c) Адресация специальных профилактических мер

45. Некоторые программы, в частности ДОТС и комплексная борьба с детскими болезнями, повышение налогов на товары, потребление которых оказывает вредное воздействие на здоровье, и запрещение рекламы таких товаров обеспечивают высокую отдачу от борьбы с болезнями. В докладе КМЗ также представлен перечень 10-12 эффективных профилактических мер, касающихся основных причин заболеваемости и смертности. Однако эти меры не должны отвлекать внимание от достижения главной цели обеспечения всеобщего медико-санитарного обслуживания.

d) Адресация определенных слоев населения

46. Многие страны региона предпринимают усилия для субсидирования всех государственных медико-санитарных услуг для каждого, что в итоге приводит к низкому

качеству услуг, которыми в основном пользуются более богатые слои населения. Есть настоятельная необходимость в том, чтобы инвестировать в профилактические меры, ориентированные на неимущих, поскольку именно они испытывают непропорционально тяжелое бремя последствий недоедания и детской и материнской смертности.

е) Адресация политики и стратегий по уменьшению рисков для здоровья

47. Старая пословица о том, что «лучше предупредить, чем лечить», сегодня как нельзя более актуальна в результате увеличения расходов, связанных с запущенностью болезней. Одна из главных областей для инвестиций – разработка эффективных стратегий и политики по уменьшению рисков для здоровья, поскольку это зарекомендовало себя как один из наиболее недорогих методов решения проблем здравоохранения. Относительно скромные расходы на уменьшение рисков могут обеспечить существенные достижения в области здравоохранения. Такие стратегии могут, например, включать повышение налогов на алкогольную продукцию для финансирования кампаний по борьбе с пьянством за рулем.

С. Инвестирование сфер, имеющих определяющее значение для состояния здоровья

48. Ниже обсуждается ряд имеющих определяющее значение для состояния здоровья областей, направление крайне важных инвестиций в которые окажет существенное долгосрочное воздействие на состояние здоровья. Существует множество других экономических, социальных и экологических определяющих факторов, в отношении которых необходимо будет увеличить объем выделяемых ресурсов, с тем чтобы они адекватно повлияли на состояние здоровья.

а) Направление средств на развитие детей в раннем возрасте, расширение прав и возможностей женщин и образование

49. В течение всего жизненного цикла здоровье в значительной степени зависит от оптимального жизненного старта, начиная с обеспечения качества среды обитания плода и заботы о новорожденном. Несмотря на жизнестойкость человеческого организма и его способность преодолевать лишения – безусловно, при условии принятия соответствующих мер – задержка интеллектуального, физического и эмоционального развития в младенческом детском возрасте может иметь долгосрочные последствия, отрицательно сказывающиеся на возможности вырваться из тисков нищеты и преодолеть межпоколенческие дефекты. Даже привычки приема пищи и выполнения физических упражнений, определяющие наличие склонности к чрезмерной полноте и сердечно-сосудистым заболеваниям, закладываются в детстве. Подражание чрезмерному увлечению взрослых употреблением вредных веществ может стать причиной курения в раннем возрасте со всеми вытекающими отсюда последствиями в виде опасности заболевания раком и других проблем со здоровьем.

50. Инвестирование с целью создания системы высококачественного ухода за детьми в раннем возрасте, их развития и образования особенно важно для обеспечения улучшения здоровья, что положительно скажется на здоровье населения в целом. В числе многочисленных положительных последствий можно назвать улучшение здоровья и питания детей, более высокий уровень грамотности и тенденцию к получению более безопасной и более предпочтительной работы. Финансирование образования девочек, в частности, положительно сказывается на экономическом и социальном развитии страны. Снижение коэффициента младенческой смертности в Японии в 20-е годы прошлого столетия

увязывается с тем, что как мальчики, так и девочки получили доступ к всеобщему начальному образованию в начале XX века (Carr, 2004).

51. Многие женщины в регионе практически не обладают никаким контролем за ресурсами домашних хозяйств и принимаемыми в них решениями, которые непосредственно сказываются на их здоровье. Менее вероятно, что такие женщины будут иметь доступ к услугам по родовому уходу или посещать медицинские заведения по родовому уходу в первый триместр беременности, а такие меры являются проверенными способами сокращения материнской и детской смертности.

b) Инвестирование в сферу знаний о здоровье

52. Отсутствие знаний является одним из основных факторов, обуславливающих слабое здоровье. Результатом этого является то, что люди не обращаются в здравоохранительные учреждения в тот момент, когда они больше всего в этом нуждаются. Бедняки, характеризующиеся недостаточным пониманием вопросов здравоохранения, стремятся получить неквалифицированную помощь и платят за нее. В ряде стран значительная часть детей рождается без помощи квалифицированных акушеров, несмотря на наличие бесплатных медицинских услуг в рамках схем по охране здоровья матери и ребенка. Распространение информации и консультирование в секторе здравоохранения могут привести к расширению и совершенствованию знаний в отношении здоровья. Информация об использовании услуг по охране репродуктивного здоровья может помочь расширить права и возможности женщин. Таким образом, представляется разумным направлять средства на использование объектов общественного здравоохранения и услуги по информированию общин, с тем чтобы распространять информацию и стимулировать изменения в поведении в отношении вопросов здравоохранения.

c) Инвестирование в сферу гигиены, санитарной очистки и обеспечение безопасной питьевой водой

53. Направление средств на улучшение гигиены и санитарной очистки и обеспечение доступа к безопасной питьевой воде может привести к избежанию заболеваний, на долю которых приходится 70 процентов заболеваемости и смертности среди детей. Это будет способствовать сокращению огромного бремени передающихся через воду заболеваний и заболеваний, связанных с заражением воды бактериями, химическими веществами и металлами. Инвестиции на строительство объектов по водоснабжению и санитарной очистке должны включать средства на стимулирование устойчивого изменения в поведении, что необходимо для поддержания в рабочем состоянии и использования таких объектов.

54. Заражение воды является одним из основных источников заболеваний, влияющих на миллионы людей в регионе. Тем не менее, общественные средства на регулярное тестирование качества воды не выделяются. Исследования и разработки в отношении мер по тестированию воды в ощущающих нехватку в ресурсах районах нуждаются в финансовой поддержке. Общины и правительства должны иметь средства для проведения регулярного тестирования качества воды и осуществления профилактических мер, на которые можно было опереться в случае заражения воды.

d) Инвестирование с целью обеспечения доступа к транспорту

55. Автомобильные дороги, водные пути и транспортная инфраструктура являются жизненно важными средствами обеспечения эффективного и своевременного физического

доступа к услугам по охране здоровья. Зачастую такой доступ может спасти жизнь. Нередко бедняки не в состоянии оплатить расходы, связанные с транспортировкой к объектам здравоохранения. «Движение в поддержку матерей» в Индонезии помогает общинам создавать системы неотложных транспортных перевозок для женщин-рожениц. В Малайзии и Шри-Ланке предоставляется бесплатный и субсидированный транспортный проезд в больницы в случае чрезвычайных обстоятельств. Инвестиции на установление партнерских связей между НПО и общинами с целью организации транспортных перевозок в ближайший распределительный медицинский центр являются одним из важных средств предоставления беднякам доступа к услугам по охране здоровья.

е) Инвестирование с целью поддержания чистого воздуха внутри помещений

56. Загрязнение воздуха внутри помещений, причиной которого является использование биомассы в качестве топлива, является одним из основных факторов риска для здоровья, вызывающих пневмонию, респираторные заболевания и рак легких, в особенности у женщин, на которых лежит основная обязанность за приготовление пищи. Находящиеся рядом с ними маленькие дети также подвергаются опасности. Требуется больше финансовых средств для исследований по недорогостоящим, энергоэффективным, доступным и экологически устойчивым технологиям сжигания топлива и не загрязняющим окружающую среду устройствам для приготовления пищи. В Китае средства для финансирования опирающегося на участие общин проекта по вышеупомянутой теме финансировалось сектором здравоохранения, поскольку улучшение качества воздуха внутри помещений приводит к снижению масштабов детской смертности в результате загрязнения воздуха внутри помещений.

ф) Инвестирование деятельности общин

57. В то время как многие правительства в регионе оказывают поддержку общинным организациям и общинным инициативам в деле осуществления программ по охране здоровья, существует дальнейшая потребность в инвестировании с целью наращивания управленческого потенциала низовых организаций и возможностей представителей общин по участию в управлении деятельностью общественных учреждений, предоставляющих услуги по охране здоровья. Представляется целесообразным создание стимулов для того, чтобы общины участвовали в решении вопросов в области общественного здравоохранения и гораздо активнее участвовали в действиях по профилактике заболеваний и пропаганде охраны здоровья. Общины в сотрудничестве с местными органами управления могут выступать в качестве собственных баз ценных ресурсов, необходимых для принятия широкого круга мер по улучшению здоровья. Проведенные недавно в Индии эксперименты являются наглядным свидетельством успешного управления на основе участия общин. В рамках осуществления комплексной программы по вопросам питания в штате Тамилнад, Индия, общинные специалисты по вопросам питания были наделены конкретными полномочиями, направленными на решение конкретных задач. Это предоставило возможность тем общинам, которые они обслуживают, осуществлять мониторинг за предоставлением услуг, одновременно помогая таким специалистам понять, за что они отвечают (Всемирный банк, 2003 год).

D. Инвестирование в систему здравоохранения

58. Одним из факторов, определяющим эффективность функционирования системы здравоохранения, является чуткое реагирование. Это понятие включает незамедлительное

уделение внимания пользователям, поддержание соответствующего качества услуг и уважение к достоинству пациентов и конфиденциальности личной информации.

59. Многие поставщики услуг по охране здоровья из государственного сектора в регионе не проявляют должной чуткости. Сотрудники таких служб, получающие низкую заработную плату, не имеющие мотивации, возможно, неадекватно подготовленные и функционирующие в рамках строго иерархичных систем здравоохранения, являются причиной отсутствия чуткого реагирования у таких систем. Зачастую уход за пациентами не соответствует их потребностям. Это отталкивает людей от государственных учреждений здравоохранения, к которым они могут иметь физический доступ, и приводит их в частный сектор, что ведет к увеличению личных расходов. Больше всего это сказывается на бедняках, которые меньше всех могут позволить себе дополнительные платежи, необходимые для получения доступа к услугам по охране здоровья (ВОЗ, 2000 год).

60. В значительной степени руководство деятельностью государственного сектора осуществляется в рамках командно-контрольной структуры, которая приветствует инициативу и позволяет принимать решения лишь на самых высоких уровнях. Обычно для более низких уровней государственного сектора характерно наличие ограниченных возможностей или даже их отсутствие в плане проявления инициативы и принятия управленческих решений с учетом строгой подотчетности пользователям. Обеспечение умелого управления на всех уровнях сектора здравоохранения при гарантии транспарентности принимаемых на уровне политики решений с акцентом на улучшении здоровья и определении четких путей их реализации будет являться необходимым условием обеспечения эффективного инвестирования сектора здравоохранения.

а) Инвестирование на развитие людских ресурсов в области здравоохранения

61. Многие развивающиеся и наименее развитые страны региона страдают от высокой текучести кадров в секторе здравоохранения. В некоторых странах кадровые ресурсы в этой сфере зачастую очень невелики, и их количество сокращается.

62. В некоторых странах региона предпочтение отдается не квалифицированным медицинским специалистам, а не имеющим такой квалификации работникам. В результате даже в тех случаях, когда определен правильный курс лечения, гарантий того, что он будет успешно проведен, не существует. Прогулы и отсутствие мотивации являются серьезными проблемами в государственных учреждениях здравоохранения.

63. Частично решение этой проблемы лежит в расширении инвестиций на улучшение условий труда и выплату компенсаций, а также уменьшение разницы в заработной плате между государственным и частным секторами наряду с обеспечением более строгого управленческого контроля.

64. При принятии решений в отношении финансирования развития людских ресурсов в секторе здравоохранения необходимо принимать во внимание тот факт, что большое количество государственных центров здравоохранения ощущает острую нехватку медицинского персонала и оборудования. Подготовка кадров, построенная по западным образцам, приводит к подготовке таких медицинских сотрудников, услуги которых легче продаются и которые с большей вероятностью перейдут из государственного сектора в частный или переедут в другие страны. Существует неотложная потребность в преодолении данного кризиса за счет надлежащего отбора кандидатов с учетом вероятности выполнения ими своих обязанностей в качестве сотрудников общественного здравоохранения, а также

такой подготовки кадров, которая учитывала бы принципы и практику деятельности общественных центров здравоохранения.

b) Инвестирование на установление партнерских связей между государственным и частным секторами в целях предоставления услуг по охране здоровья

65. Частные поставщики услуг по охране здоровья приобретают все большую известность в сфере здравоохранения во многих странах региона ЭСКАТО. Это особенно характерно для тех районов, где общественная инфраструктура отсутствует или где общественные учреждения, если таковые имеются, не являются легкодоступными или чутко реагирующими. Такие частные учреждения оказывают первоклассную амбулаторную помощь, а также обладают разветвленной сетью услуг по охране здоровья вторичного и третичного уровней.

66. Частных поставщиков можно включить в финансируемые государством системы на основе контрактных или партнерских соглашений, с тем чтобы расширить объем предоставляемых базовых услуг по охране здоровья. В рамках соглашений такого типа правительства могли бы осуществлять выплаты на основе подсчета количества пациентов. Интеграция частных поставщиков в финансируемую государством систему приведет к сокращению личных расходов, обеспечивая при этом использование имеющихся ресурсов по охране здоровья на общее благо. Такая система, однако, будет нуждаться в систематическом мониторинге, с тем чтобы не допустить злоупотреблений и обеспечить гарантии того, чтобы частные поставщики не пытались получить отдельных компенсаций со стороны пациентов. Такие партнерские связи можно устанавливать как с индивидуальными поставщиками, так и целыми частными учреждениями.

III. ГАРАНТИРОВАНИЕ АДЕКВАТНЫХ РЕСУРСОВ ДЛЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

67. Для достижения целей в области охраны здоровья во многих странах потребуется мобилизовать такое количество ресурсов, которых хватило бы для погашения дополнительных затрат в сфере здравоохранения.

A. Внутренние ресурсы

68. Государственные ресурсы и ассигнования являются самым важным элементом инвестиций в сектор охраны здоровья. Внутри стран финансирование сектора здравоохранения осуществляется за счет общих доходов или выплат на социальное страхование либо за счет использования обоих источников.

69. Объем средств, поступающих в сектор здравоохранения, определяется общим объемом взимаемых налогов и реальными суммами, ассигнуемыми для сектора здравоохранения. Причиной низких объемов ассигнований на охрану здоровья могут быть оба этих фактора. Например, большинство наименее развитых стран и стран с более низким уровнем доходов тратят на здравоохранение меньше по той причине, что общий объем поступлений в них невелик, и за счет этого на охрану здоровья также выделяется мало средств.

70. Для того чтобы привлечь внутренние ресурсы в сектор здравоохранения, потребуется время, и здесь решающее значение приобретает надлежащая пропаганда. В странах, вовлеченных в процессы выполнения решений КМЗ и достижения цели развития, сформулированной в Декларации тысячелетия, уже видны признаки расширения

финансирования сектора здравоохранения. Зарезервированные для таких целей налоги на вредные для здоровья товары, такие, как табак и алкоголь, способствовали получению существенных по объему средств на охрану здоровья в Республике Корея и Таиланде. В Индии недавно был введен местный налог с целью привлечения дополнительных средств в сферу образования, в соответствии с которым двухпроцентный дополнительный налог будет взиматься со всех косвенных и прямых налогов, поступающих центральному правительству. Полученные в результате этого средства предусматривается направить на финансирование всеобъемлющей программы по улучшению положения в секторе образования. Аналогичная мера могла бы быть использована для привлечения дополнительных внутренних ресурсов в сектор здравоохранения.

В. Помощь в целях развития

71. Занимающиеся вопросами развития учреждения могли бы заняться предоставлением технической помощи в проведении налоговой реформы, а также оказать влияние на правительства на предмет взятия ими обязательств в отношении сектора здравоохранения и направления в него большего объема ассигнований. Такие учреждения могли бы также оказывать финансовую помощь, призванную преодолеть нехватку в средствах, выделяемых на охрану здоровья.

72. Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией был создан по итогам специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (июнь 2001 года). В его цель входят мобилизация, учет и распределение новых и дополнительных ресурсов для решения проблем, возникших в результате тяжелых эпидемий туберкулеза и малярии, и преодоления серьезной опасности, которую несет с собой ВИЧ/СПИД. Он поддерживает программы, имеющие страновую направленность. С 2001 года в Фонд поступило 4,7 млрд. долл. США, предназначенных для финансирования в период до конца 2008 года, и он выделил 1,5 млрд. долл. США в качестве финансовой поддержки для 154 программ в 93 странах. Его мероприятия ограничиваются целенаправленными действиями по борьбе с этими тремя заболеваниями (Глобальный фонд, 2004 год).

73. Существует потребность в продолжении оказания поддержки Фонду. На более позднем этапе представлялось бы полезным расширить масштабы его деятельности за счет поддержки целенаправленных базовых действий, направленных на борьбу с основными причинами заболеваемости и смертности. Несмотря на некоторые первоначальные проблемы, связанные с осуществлением деятельности и распределением средств, Фонд смог двинуться по пути отстаивания интересов здравоохранения и координации донорской финансовой помощи, направленной на достижение конкретных результатов в области охраны здоровья.

74. ВОЗ в партнерстве с ЮНЭЙДС и Глобальным фондом развернула свою инициативу «3 к 5» в сентябре 2003 года, нацеленную на обеспечение охвата антиретровирусным лечением 3 млн. инфицированных ВИЧ/СПИДом человек к 2005 году (ВОЗ, 2003 год). План «3 к 5» опирается на пять основных принципов:

- глобальное лидерство, прочное партнерство и отстаивание интересов;
- неотложная и устойчивая страновая поддержка;

- упрощенное, стандартизированное оборудование для проведения антриретровирусного лечения;
- эффективные, надежные поставки лекарств и диагностического оборудования;
- быстрое выявление и применение новых знаний и передовой практики.

75. Донорское финансирование имеет и свои отрицательные стороны. Связанные с переводом средств издержки при донорском финансировании в ряде случаев по-прежнему остаются высокими. Группы по управлению проектами иногда действуют параллельно с местными структурами, что вызывает подозрения в том, что сотрудники проекта подотчетны донору, а не правительству. Может также возникать тенденция к использованию финансовой помощи на цели развития (предназначенной для здравоохранения) вместо внутренних средств, в результате чего на цели охраны здоровья поступает небольшая сумма, в то время как внутренние ресурсы отвлекаются на не связанные с здравоохранением цели. Такой тенденции необходимо оказывать сопротивление, с тем чтобы повысить общий объем финансирования сектора здравоохранения в долгосрочной перспективе.

76. Согласно подсчетам, содержащимся в докладе КЗМ (ВОЗ, 2001 год), в глобальном масштабе чистая нехватка финансовых средств, предназначенных для страновых программ, исследований и разработок, а также использующихся в качестве глобальных общественных фондов и расходуемых на функционирование международных организаций, составит 22 млрд. долл. США в 2007 году и 38 млрд. долл. США в 2015 году. Потребуется больше донорской финансовой помощи в абсолютном выражении и не за счет средств, идущих на финансирование других областей, таких, как образование.

77. В среднем общий объем двусторонних потоков составляет 2,55 млрд. долл. США, что равняется примерно 0,01 процента ВВП стран-доноров или выражается соотношением 1 цент к 100 долл. США. В число ряда предварительных условий, соблюдение которых необходимо для расширения донорской финансовой помощи, входят установление четких и поддающихся количественной оценке целей в области охвата услугами по охране здоровья и достижение результатов в области состояния здоровья; поддержка стран, стремящихся расширить объем внутренних ресурсов; и прекращение помощи тем правительствам, которые не выполняют своих обязательств. Тем не менее, со стороны сообщества доноров настоятельно необходимы позитивные сигналы, четко отражающие их возросшие обязательства в отношении финансирования здравоохранения в гораздо более широких масштабах и на устойчивой и предсказуемой основе.

78. Странам-реципиентам необходимо наращивать свой потенциал по абсорбированию возросших потоков донорской помощи и повысить качество государственного администрирования и управления. Кроме того, страны должны расширять свой реализационный потенциал, включая управленческие системы и местные управленческие знания. Самое главное, необходимо создать новые системы отчетности, начиная от уровня общин и кончая центральным уровнем.

С. Охватывающий весь сектор подход

79. Меры, опирающиеся на охватывающий весь сектор подход (СВАп), можно было бы предпринять с целью избежания создания параллельных структур в каждом двустороннем или многостороннем учреждении и обеспечения скоординированного использования всех финансовых ресурсов доноров и внутренних ресурсов. В рамках СВАп донорская помощь и

ассигнования министерств здравоохранения будут объединяться в одну скоординированную секторальную программу. Министерство здравоохранения будет заниматься осуществлением охватывающей весь сектор программы после консультаций со всеми заинтересованными сторонами, такими, как другие министерства, партнеры-доноры и гражданское общество. Необходимо придерживаться общим бюджетным и бухгалтерским рамкам, а также разработать общие процедуры обзора. Местный потенциал по управлению системой здравоохранения и предоставлению услуг по охране здоровья должен быть укреплен, а правительству следует создать системы, гарантирующие более эффективное и подотчетное использование ресурсов.

80. Реформа сектора здравоохранения традиционно является центральной частью СВАп и заключается в создании более совершенных управленческих систем, децентрализации, включая управление на местном уровне и отчетность за предоставляемые услуги, повышенную ответственность за качество и эффективность предоставляемых услуг и более широкое участие заинтересованных сторон.

D. Слияние рисков

81. На долю частных расходов на охрану здоровья приходится большая часть доходов здравоохранения в более бедных странах. Во многих странах региона на долю личных расходов на медицинские услуги приходится свыше 60 процентов от общего объема ассигнований в сферу здравоохранения. Правительства, возможно, призваны сыграть основную роль в распоряжении поступающими за счет личных расходов средствами путем создания эффективных механизмов слияния рисков.

82. В докладе КМЗ рекомендуется, чтобы средства, поступающие за счет личных расходов бедняков, в более широком масштабе направлялись на осуществление схем общинного финансирования с целью погашения затрат, связанных с предоставлением услуг по охране здоровья на основе участия общин. Идея заключается в том, чтобы создать для местных общин стимул для направления большего объема средств в фонды, которые будут совместно финансироваться правительством и донорами с целью погашения расходов на базовые медицинские услуги, но не на основной пакет услуг, который будет полностью финансироваться за счет общественных средств.

83. Это – не то же самое, что взимание платы с пользователей, в результате которого бедняки не могут принимать участия в определении важнейших мер в сфере здравоохранения и которая позволяет погасить лишь мизерную часть расходов. Цель систем здравоохранения должна заключаться в широком распределении риска и субсидировании бедняков на основе слияния рисков. Риски можно широко распределять за счет не связанных с риском смежных взносов участников одной схемы и объединяющего все схемы центрального фонда выравнивания рисков с гарантией обязательного минимального пакета выплат всем членам. Бедняков необходимо субсидировать, субсидируя аспекты предложения по каналам министерств здравоохранения или за счет дифференцированных взносов.

Вывод

84. Как представляется, не вызывает сомнения тот факт, что хорошее здоровье является необходимым условием устойчивого экономического развития: увеличение средней продолжительности жизни и уменьшение бремени заболеваний способствуют снижению коэффициентов фертильности, что ведет к возрастанию инвестиций на развитие

человеческого капитала, способствуя повышению производительности рабочей силы и содействуя росту инвестиций. Повышение социальной и макроэкономической стабильности, ускорение экономического развития и сокращение масштабов нищеты, как ожидается, станут естественными результатами такого процесса.

85. Прочная взаимосвязь между хорошим здоровьем и экономическим ростом, как правило, недооценивается разработчиками политики. С учетом преобладающих уровней государственных ассигнований в сектор здравоохранения для многих стран Азиатско-Тихоокеанского региона непосредственную актуальность представляет стратегия по разработке требований к расширению инвестиций, приоритизации и повышению эффективности таких ассигнований.

86. Объем государственных ассигнований тесно связан с состоянием здоровья населения. Расширение донорской помощи также будет играть существенную роль, в особенности в странах с низким уровнем доходов.

87. Расширение инвестиций в сферу здравоохранения, однако, требует такой политической приверженности, которая выходит за рамки простого выделения бюджетных ассигнований в сектор здравоохранения. Оно требует от стран обеспечения гарантий того, чтобы бедняки и маргинализированные группы населения получили равный доступ к услугам по охране здоровья. Такая приверженность, в сущности, может принимать две формы:

a) совершенствование системы оказания услуг по охране здоровья;

b) направление целевых инвестиций на принятие существенно важных мер по преодолению условий возникновения и профилактики болезней, которые являются причиной избыточного бремени заболеваемости в странах с низким уровнем доходов.

88. Расширение инвестиций также потребует приверженности многосекторальному подходу и пониманию инвестирования в здравоохранение в контексте общих стратегий по борьбе с нищетой и экономическому развитию. В число основных действий должны входить хорошо управляемые и всеобъемлющие программы, предполагающие вовлечение общин, сектора здравоохранения и других смежных секторов. Как представляется, наиболее жизнеспособным вариантом является увязка всех текущих процессов, направленных на расширение инвестиций в сферу здравоохранения, в единые многосекторальные рамки и разработка надлежащих стратегий, сочетающих эффективные целенаправленные меры с подходом, опирающимся на учет определяющих состояние здоровья факторов. Такая стратегия должна также предусматривать центральное место здравоохранения в рамках усилий по сокращению масштабов нищеты и приспособление систем здравоохранения к нуждам беднейших слоев населения.

Справочная литература

- Bloom, David. E., River Path Associates and Jaypee Sevilla (2002). "Health, wealth, AIDS and poverty" (Geneva, UNAIDS).
- Carr, Dara (2004). "Improving the health of the world's poorest people", *Health Bulletin*, No. 1, 2004.
- Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2004). <www.theglobalfund.org/en/about/road/history/default.asp>, 26 August 2004.
- Liu, Y., K. Rao and W.C. Hsiao (2003). "Medical expenditure and rural impoverishment in China", *Journal of Health, Population and Nutrition*, vol. 21, No. 3, September 2003, pp. 216-222.
- Sen, Amartya K. (1999). *Development as Freedom* (New York, Alfred A. Knopf).
- WHO (2000). *World Health Report 2000* (Geneva, WHO).
- (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health* (Geneva, WHO).
- (2003). *Treating 3 Million by 2005 - Making it Happen: The WHO Strategy* (Geneva, WHO).
- (2004a). *World Health Report 2004* (Geneva, WHO).
- (2004b). *Macro-economics and Health: An Update*, available at <www.who.int/macrohealth/action/en/mh_and_country_update.pdf>, 20 July 2004.
- World Bank (2002). *Better Health Systems for India's Poor: Findings, Analysis and Options* (Washington, World Bank).
- (2003). "Overview: the Millennium Development Goals – rising to the challenges" (draft) (Washington, World Bank).

.