

**Экономический и Социальный Совет**Distr.: General
1 June 2009Russian
Original: English

Основная сессия 2009 года
Женева, 6–31 июля 2009 года
Пункт 2(b) предварительной повестки дня
Этап заседаний высокого уровня:
Ежегодный обзор на уровне министров

**Вербальная нота от 28 мая 2009 года
Постоянного представительства Демократической
Социалистической Республики Шри-Ланка
при Организации Объединенных Наций на имя
Председателя Экономического и Социального Совета**

Постоянное представительство Демократической Социалистической Республики Шри-Ланка при Организации Объединенных Наций свидетельствует свое уважение Председателю Экономического и Социального Совета и имеет честь просить о распространении доклада южноазиатского регионального совещания по подготовке к проведению Экономическим и Социальным Советом ежегодного обзора на уровне министров по теме «Финансирование стратегий в области здравоохранения», которое состоялось в Коломбо 16–18 марта 2009 года (см. приложение), в качестве документа Совета для рассмотрения на его основной сессии 2009 года под пунктом 2(b) предварительной повестки дня.

На региональном подготовительном совещании были рассмотрены основные проблемы, с которыми страны — в особенности страны с низким уровнем доходов — сталкиваются при финансировании своих систем здравоохранения, чтобы достичь согласованных на международном уровне целей в отношении состояния здравоохранения в мире. Участники обсудили, каким образом международное сообщество может оказать поддержку странам в их продвижении к всеобщему охвату медицинским обслуживанием путем а) роста объемов финансирования здравоохранения, б) повышения его прогнозируемости и с) направления средств странам-реципиентам таким образом, чтобы укрепить их национальные системы финансирования и внутренний потенциал, а также увеличить выделение средств на медицинское обслуживание в кризисных ситуациях. Совещание также предоставило возможность для обмена примерами передового опыта и новых инициатив в области финансирования здравоохранения. Правительство Шри-Ланки полагает, что этот доклад станет ценным вкладом в обсу-



ждения по данной теме при проведении Ежегодного обзора на уровне министров 2009 года.

Постоянное представительство Демократической Социалистической Республики Шри-Ланка при Организации Объединенных Наций пользуется данной возможностью, чтобы вновь выразить Председателю Экономического и Социального Совета заверения в самом высоком уважении.

Приложение

Ежегодный обзор ЭКОСОС на уровне министров 2009 года

Доклад южноазиатского регионального подготовительного совещания по финансированию стратегий в области здравоохранения

Коломбо, 16–18 марта 2009 года

Резюме

В рамках процесса ежегодного обзора на уровне министров Экономического и Социального Совета 16–18 марта 2009 года в Коломбо состоялось южноазиатское региональное подготовительное совещание по теме «Финансирование стратегий в области здравоохранения». Его проведение было организовано правительством Демократической Социалистической Республики Шри-Ланка в сотрудничестве с Департаментом по экономическим и социальным вопросам Организации Объединенных Наций (ДЭСВ ООН) и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Консультации, подготовленные как мероприятие с участием многих заинтересованных сторон, включая представителей высокого уровня, проводились на пленарных заседаниях и обсуждениях по группам, на которых присутствовал 121 делегат.

Участники, включая ряд министров, рассмотрели основные проблемы, с которыми страны — в особенности страны с низким уровнем доходов — сталкиваются при финансировании своих систем здравоохранения для достижения согласованных на международном уровне целей в отношении состояния здравоохранения в мире. Они обсудили, каким образом международное сообщество может оказать поддержку странам в их продвижении к всеобщему охвату медицинским обслуживанием путем а) роста объемов финансирования здравоохранения, б) повышения его прогнозируемости и с) направления средств странам-реципиентам таким образом, чтобы укрепить их национальные системы финансирования и увеличить выделение средств на медицинское обслуживание в кризисных ситуациях. Совещание также предоставило возможность для обмена примерами передового опыта и новых инициатив. Обсуждение проводилось на фоне усугубляющегося международного экономического и финансового кризиса.

Основные директивные рекомендации

В итоге дискуссий сформировались следующие основные рекомендации:

Внутренние источники финансирования сферы здравоохранения

- Для достижения цели всеобщего охвата медицинским обслуживанием необходимо найти способы увеличения объемов внутреннего финансирования и повышения эффективности использования ресурсов;
- для того чтобы обеспечить равноправный доступ к медицинскому обслуживанию, необходимо перейти от наличной оплаты услуг пользователями к системе предварительной оплаты и объединения ресурсов;

- поскольку во многих странах Азии доля общих государственных расходов, выделяемых на здравоохранение, остается низкой, при повышении доходов появляется возможность расширить внутреннее финансирование здравоохранения, даже если в странах наблюдается снижение темпов роста.

Внешние источники финансирования сферы здравоохранения

- Внешнее финансирование необходимо увеличить и сделать более прогнозируемым, лучше согласовывать его с национальными приоритетами стран и направлять средства в страны-реципиенты таким образом, чтобы они укрепили национальные системы финансирования;
- следует приветствовать использование новых источников финансирования здравоохранения, но они должны служить дополнением к основным источникам;
- следует иметь в виду стремление доноров концентрировать свою деятельность на конкретных странах, игнорируя потребности других стран.

Медицинское обслуживание в конфликтных ситуациях

- Повышение качества медицинского обслуживания возможно даже в тех случаях, когда страны переживают кризис;
- выделение достаточных средств системам здравоохранения, и особенно на нужды первичной медико-санитарной помощи, дает странам возможность предотвратить в случае кризиса вторичные бедствия, такие как эпидемии и вспышки заболеваний;
- на здравоохранение, в сравнении с другими областями, по-прежнему выделяется недостаточно средств в периоды выхода из кризиса и восстановления.

I. Введение

На Всемирном саммите 2005 года главы государств и правительств поручили Экономическому и Социальному Совету проводить ежегодные предметные обзоры на уровне министров как часть этапа его заседаний высокого уровня для рассмотрения прогресса, достигнутого в осуществлении решений конференций и встреч на высшем уровне Организации Объединенных Наций, и оценки его воздействия на достижение целей и задач, поставленных этими конференциями и встречами на высшем уровне. В 2009 году третий ежегодный обзор на уровне министров посвящен теме «Реализация согласованных на международном уровне целей и обязательств в отношении охраны здоровья людей во всем мире».

Правительство Демократической Социалистической Республики Шри-Ланка при поддержке Департамента по экономическим и социальным вопросам Организации Объединенных Наций и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в период 16–18 марта в Коломбо проводило южноазиатское региональное подготовительное совещание, посвященное теме «Финансирование стратегий в области здравоохранения», которое должно дать необходимую информацию для обзора 2009 года¹.

Совещание предоставило азиатским странам возможность внести свой вклад в обзор, включая обмен оптимальными методами и накопленным опытом, связанным с финансированием в сфере здравоохранения, что могло бы помочь в продвижении вперед и расширении деятельности по достижению согласованных на международном уровне целей развития.

В совещании участвовал 121 делегат, включая нескольких министров, других высокопоставленных представителей правительств из стран Азии и других регионов, а также экспертов из системы Организации Объединенных Наций и других международных организаций, неправительственных организаций (НПО), научных кругов и частного сектора. Делегаты рассмотрели новые тенденции, проблемы и потенциальные решения в области внутреннего и внешнего финансирования здравоохранения, задачи, стоящие перед системами здравоохранения в странах, находящихся в состоянии конфликта или переживших кризис, оптимальные методы и новые инициативы по финансированию здравоохранения, а также ход работы и задачи региона по достижению Целей тысячелетия в области развития (ЦТР).

II. Ход работы регионального подготовительного совещания

A. Открытие сессии и основные выступления

Совещание открыл министр иностранных дел Демократической Социалистической Республики Шри-Ланка достопочтенный Рохитха Боголлагама. В своем приветственном выступлении министр иностранных дел сказал, что во время глобального финансового, экономического, продовольственного, энергетического и экологического кризиса выделение средств на нужды здравоохра-

¹ Справочную информацию, программу, заявления, выступления и список участников см. по адресу <http://www.un.org/ecosoc/newfunct/amrregional2009.shtml>.

нения и, в более широком плане, вопрос достижения Целей тысячелетия в области развития становятся еще более сложной задачей. Он подчеркнул значение глобального партнерства для достижения Целей тысячелетия в области развития даже для таких стран, как Шри-Ланка, которая уже приближается к выполнению контрольных цифр ЦТР. Оратор выразил уверенность, что совещание позволит участникам, обладающим различными взглядами и информацией, обменяться ценным опытом.

Министр по делам здравоохранения и питания Шри-Ланки Его Превосходительство Нимал Сирипала де Сильва в своем выступлении остановился на различных видах отрицательного воздействия финансового и экономического кризиса на сектор здравоохранения. Затем он обозначил действия, которые могли бы помочь предупредить или смягчить эти негативные воздействия. Оратор призвал использовать все возможности для защиты социального сектора. Он отметил, что в Шри-Ланке медицинская помощь предоставляется бесплатно, а бюджет здравоохранения уступает только секторам обороны и образования. Хотя кризис нанес значительный ущерб экономике Шри-Ланки, он не отразился на расходах на здравоохранение, которое считается инвестированием в будущее страны. Для снижения расходов на медицинское обслуживание правительство оказывает поддержку мероприятиям по профилактике заболеваний и пропаганде здорового образа жизни. Министр подчеркнул, что, хотя большая часть расходов Шри-Ланки на здравоохранение покрывается из внутренних ресурсов, такие ведущие мировые финансовые учреждения, как Всемирный банк, Международный валютный фонд и Азиатский банк развития, несут совместную ответственность за преодоление финансовых проблем, вызванных мировым финансовым и экономическим кризисом.

Премьер-министр Демократической Социалистической Республики Шри-Ланка Его Превосходительство Ратнасири Викремаяяке напомнил в своей программной речи, что государственное финансирование охраны здоровья в Шри-Ланке началось уже более двух тысячелетий назад, когда буддистские монархи учредили общественные больницы и содержали их за счет доходов казны. Хотя Шри-Ланка, разумеется, не является богатой страной, ее система здравоохранения упоминается международными обозревателями как одна из лучших. И это несмотря на отрицательные последствия актов терроризма и стихийного бедствия — цунами 2004 года.

Премьер-министр отметил, что все предыдущие правительства Шри-Ланки были привержены принципу «охрана здоровья для всех». Несмотря на то что темпы роста экономики Шри-Ланки были умеренными, страна постоянно тратила значительную долю национального дохода на программы социального обеспечения, целью которых являлось снижение уровня бедности и заболеваемости. Премьер-министр также отметил, что, хотя бесплатное медицинское обслуживание и образование для всех всегда было государственной политикой, президент Махинда Раджапакса поставил вопросы развития, включая борьбу с бедностью, в центр своей политической программы, известной также как «Махинда Чинтана». Замысел правительства состоит в том, чтобы достичь годовых темпов роста в 7–8 процентов в среднесрочной перспективе путем принятия стратегий в интересах бедных слоев населения и в интересах экономического роста.

Премьер-министр сказал, что Шри-Ланка гордится своими достижениями по выполнению Целей тысячелетия в области развития и ценит поддержку со стороны организаций-доноров, включая систему Организации Объединенных Наций, в выполнении его страной целей развития.

Заместитель председателя Экономического и Социального Совета Организации Объединенных Наций (ЭКОСОС) Его Превосходительство посол Хамидон Али рассказал о мандате и цели Ежегодного обзора ЭКОСОС на уровне министров. Он особо подчеркнул связь между темой этого Ежегодного обзора 2009 года, касающейся состояния здравоохранения в мире, и темой регионального совещания и заявил, что это поможет обобщить задачи, стоящие перед азиатским регионом в отношении финансирования здравоохранения, особенно в период глобального экономического кризиса.

Посол Хамидон напомнил, что в то время как Шри-Ланка добилась значительных успехов в области здравоохранения, многие страны еще далеки от достижения Целей тысячелетия в области развития, относящихся к охране здоровья, и с трудом пытаются свести концы с концами в условиях сокращения бюджетных ассигнований на здравоохранение. Он предупредил, что финансовый кризис грозит свести на нет недавние достижения и может поставить под удар продвижение вперед, отметив в то же время, что экономический кризис также предоставляет возможность пересмотреть направление и характер финансирования здравоохранения. Как показал прошлый опыт, простое сокращение бюджетов здравоохранения не может быть решением этой проблемы. Для того чтобы двигаться по пути к достижению Целей тысячелетия в области развития, особенно во время экономического кризиса, важно поддерживать функционирование основных систем социальной защиты.

Помощник Генерального секретаря по координации политики и межучрежденческим вопросам Департамента по экономическим и социальным вопросам Организации Объединенных Наций (ДЭСВ ООН) г-н Томас Штельцер сказал в своем заявлении, что совещание проходит в то время, когда мир находится в эпицентре самого серьезного финансового кризиса и экономического спада со времен Великой депрессии 1929 года. В то же время международное сообщество осуществляет историческую попытку вдвое уменьшить уровень безработицы, бороться с болезнями и повысить благосостояние миллионов людей. В этих условиях каждый должен научиться делать больше, обходясь меньшими средствами.

Оратор привлек внимание к прогрессу в достижении Целей тысячелетия в области развития, относящихся к здравоохранению, которому способствовал устойчивый экономический рост, возросшая почти вдвое помощь здравоохранению со стороны государственных и частных источников в период с 2000 по 2006 год и твердые личные обязательства по предоставлению средств мировых лидеров и частных меценатов. Однако, по его словам, твердых обязательств и возросшего финансирования оказалось недостаточно. Оратор выделил пять основных уроков, которые извлекло международное сообщество. Это необходимость улучшения систем оказания медицинской помощи; повышение эффективности оказания финансовой помощи путем применения принципов координации действий доноров и прогнозируемости этой помощи; уделение большего внимания странам, переживающим кризис, учитывая, что 22 страны, далее всех отстоящие от достижения Целей тысячелетия, находятся в состоянии конфликта

или в процессе выхода из него; необходимость повышенного внимания к новым возникающим проблемам, таким как глобальная кризисная ситуация с медико-санитарным кадрами и резкий рост неинфекционных заболеваний; и, наконец, важное значение социальных факторов здоровья для достижения целей в области здравоохранения и развития. Он напомнил, что ЭКОСОС имеет давнюю традицию собирать за столом переговоров различных участников и представителей разных секторов. И это также станет определяющей чертой Ежегодного обзора 2009 года на уровне министров по проблеме здравоохранения.

Д-р Анарфи Асамоа-Баах, заместитель Генерального директора Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), остановился на пяти темах обеспечения мер по охране здоровья. Во-первых, профилактика нездоровья является крупным долгосрочным инвестированием, а старение населения только повысит расходы на нее. Во-вторых, нельзя полагаться на внешнее финансирование здравоохранения — решения необходимо находить в рамках внутреннего финансирования. В-третьих, не существует универсальной политики в области финансирования здравоохранения, но общий урок, по-видимому, состоит в том, что важно избегать таких ошибок, как чрезмерные надежды на оплату услуг наличными. В-четвертых, финансирование здравоохранения является двойкой задачей: рост объемов финансирования и повышение эффективности путем проведения реформ сектора здравоохранения. Следовательно, задача финансирования здравоохранения — это не только больший объем средств для улучшения здоровья, но и больший объем медицинских услуг за эти деньги. Необходимо заниматься проблемой неэффективности сектора здравоохранения и стремиться к тому, чтобы больше представителей широких слоев населения вовлекалось в политический диалог. И последнее — финансовый кризис грозит свести на нет достижения, которых удалось добиться за последние годы, но он также предоставляет возможность реформировать системы здравоохранения, чтобы сделать их более надежными.

В. Сессия 1: Финансирование стратегий в области здравоохранения

Группа 1: Внутреннее финансирование здравоохранения

Профессор Велигамадж Д. Лакшман, преподаватель экономики в Университете Коломбо, Шри-Ланка, председательствовавший в данной группе, в своих вступительных замечаниях остановился на особом опыте Шри-Ланки. Он сказал, что высокие уровни охраны здоровья в стране и другие достижения социального сектора, несмотря на относительно низкий уровень доходов с конца 1970-х годов, представляли собой лишь статистический выброс из полученных данных. Эти достижения объяснялись в частности государственными мерами вмешательства и государственными расходами в рамках социально-демократической структуры. Оратор отметил, что финансирование здравоохранения в Шри-Ланке, как и везде в мире, осуществляется из трех секторов: государственного сектора, частного сектора и расходов, оплачиваемых наличными. Он сказал, что, хотя государственные затраты на здравоохранение резко выросли по сравнению с 2004 годом, существуют области, в которые властям Шри-Ланки все еще необходимо вкладывать больше средств, например, в восточных и северных районах, которые недавно вышли из состояния вооруженного конфликта. Для того чтобы обеспечить справедливый и равный доступ к медицинскому обслуживанию, помимо увеличения ресурсов, предоставляемых сектору

здравоохранения правительством, частным сектором и, по возможности, организациями и странами — донорами, необходимо также повысить эффективность использования имеющихся ресурсов.

Заместитель министра здравоохранения Монголии Ее Превосходительство Цолман Жадамба обрисовала задачи, с которыми Монголия сталкивается в поисках подходящей модели финансирования своей системы здравоохранения. Она объяснила, что до 1990 года медицинские услуги финансировались из бюджета, а позже — через систему общественного здравоохранения. В настоящее время здравоохранение финансируется через фонд медицинского страхования и за счет наличных платежей. Все в большей степени привлекается частный сектор. Она добавила, что Монголии необходима такая система финансирования здравоохранения, которая могла бы предоставить надлежащие стимулы для обеспечения качества, равноправия и транспарентности медицинского обслуживания.

Оратор отметила, что, принимая во внимание опыт азиатского финансового кризиса 1997 года, существует серьезное опасение, что современный финансовый кризис, по всей вероятности, отразится на системе здравоохранения. В то время не проводилось никаких исследований для оценки воздействия финансового кризиса на состояние здоровья детей, однако десять лет спустя медицинские обследования юношей, поступающих на военную службу, показали, что 29 процентов молодых людей отставали по показателям роста. Для того чтобы предотвратить подобные последствия нынешнего кризиса, Монголия предприняла меры по его преодолению путем мобилизации внутренних и внешних источников средств для системы здравоохранения.

Д-р Рашид Джума, генеральный директор, министерство здравоохранения Пакистана, рассказал о тенденциях в финансировании здравоохранения в Пакистане. Д-р Джума отметил, что в настоящее время затраты на здравоохранение составляют примерно 17 долл. США на душу населения, что представляет собой лишь 15-процентный рост по сравнению с показателями 15-летней давности после внесения поправок на инфляцию и рост численности населения. Основными трудностями Пакистана в мобилизации внутренних средств являются ограниченный сбор доходов органами власти провинций и районов и недостаточно эффективное использование выделяемых средств.

Д-р Джума обратил внимание на тот факт, что результаты принятых мер по охране здоровья не всегда в полной мере сопоставимы с затратами на сферу здравоохранения. Важно определять приоритеты финансирования, спланировать технически обоснованные меры вмешательства и контролировать результаты, чтобы каждое подразделение (т. е. лечебное учреждение, район) было подотчетным и отвечало за собственный бюджет. Он подчеркнул, что финансирование должно быть привязано к результатам и что следует изучать возможности для мобилизации средств, включая налогообложение, взносы пользователей, целевое ассигнование и внешнюю помощь.

В отношении социальной защиты оратор отметил, что медицинское страхование от ущерба, вызванного природными катастрофами, в настоящее время предоставляется в Пакистане через сельские сетевые организации по оказанию поддержки. Правительство также расширяет охват и оплату дорогостоящих медицинских услуг, таких как госпитализация, в зависимости от дохода домашних

хозяйств и предлагает целевые переводы наличных средств для привлечения клиентов к пользованию услугами профилактики.

Д-р Дэвид Б. Эванс, директор Департамента финансирования систем здравоохранения Всемирной организации здравоохранения, напомнил, что тремя основными функциями финансирования здравоохранения являются сбор доходов, объединение средств и закупочная деятельность. Он подчеркнул, что для того чтобы обеспечить эффективный, равноправный, качественный охват населения медицинскими услугами, существует много других составных элементов систем здравоохранения, например предоставление услуг, медицинский персонал, медицинская продукция, вакцины и технологии.

Оратор отметил, что имеет место озабоченность в отношении того, что правительства под давлением обстоятельств могут прибегнуть к сокращению своих затрат на здравоохранение, особенно в азиатских странах. Есть все основания выступить против таких действий, особенно после того, как в мире сделали вывод из прошлых кризисов, осознав, что затраты на здравоохранение в период экономического спада крайне важны для защиты бедных и наиболее уязвимых групп населения.

Для того чтобы меньше рассчитывать на наличные платежи, важно содействовать внедрению предоплаты и объединению средств в качестве мер, направленных на достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения. Поскольку в настоящее время страны вынуждены делать больше, обходясь меньшими средствами, кризис дает возможность повысить эффективность предоставления медицинских услуг, уделяя больше внимания финансированию, ориентированному на результат. Д-р Эванс сказал, что спады и кризисы предоставляют возможность для принятия смелых решений, и мы не должны упускать эту возможность. Усиление социальной защиты путем обеспечения доступа к требуемым медицинским услугам для бедных и уязвимых групп населения является особенно необходимым в период финансового и экономического спада. Расходы на здравоохранение могут стать важной частью комплекса мер по стимулированию экономики стран в период рецессии.

В заключение профессор Велигамат Д. Лакшман отметил, что многие страны обладают чрезвычайно ограниченными ресурсами, предназначенными для охраны здоровья. Кроме того, внутренние ресурсы вряд ли достаточны для удовлетворения потребностей в медицинских услугах населения, проживающего во многих беднейших странах мира. В период экономической неопределенности крайне важно оценить задачи, стоящие перед системами внутреннего финансирования, с тем чтобы повысить качество первичной медико-санитарной помощи для всех. Было отмечено, что помимо роста объема внутренних средств следует также сосредоточиться на повышении эффективности внутренних расходов. Было предложено делать больший упор на квалификацию персонала, наращивание технического потенциала, профессиональную подготовку и управление. Кроме того, государственный сектор мог бы поучиться у частного сектора методам формирования доходов и управления ресурсами. Конкретные уроки, которые можно было бы извлечь из опыта частного сектора, включают повышение качества предоставляемых услуг с помощью более эффективных каналов снабжения, систем распределения и контроля качества, а также способы претворения идей в действие с упором на достижение быстрого эффекта.

Группа 2: Внешнее финансирование здравоохранения

Группа занималась рассмотрением тенденций в Южной Азии, связанных с источниками, количеством и качеством внешней помощи системам здравоохранения, а также анализом средств, с помощью которых правительства обеспечивают, чтобы поступающие из других стран средства способствовали развитию внутренних финансовых систем и институтов. Кроме того, обсуждалось влияние нынешнего финансового кризиса на финансирование здравоохранения в мире и пути преодоления кризиса.

Председательствующий д-р Дэвид Д. Эванс, директор Департамента финансирования систем здравоохранения (ФСЗ) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), пояснил, что тенденции оказания внешней помощи странам резко возросли по сравнению с 2000 годом, особенно в области здравоохранения. Хотя в целом страны Южной Азии не слишком полагаются на внешнее финансирование систем здравоохранения, в некоторых странах внешние ресурсы составляют более 30 процентов от национальных объемов затрат на охрану здоровья.

Г-н Синити Асадзума, старший координатор отделения сотрудничества по глобальным проблемам Министерства иностранных дел Японии, подчеркнул, что всеобъемлющий подход к состоянию здравоохранения в мире должен предполагать активное и более широкое участие. В разгар нынешнего финансового кризиса страны должны подтверждать свои обязательства в отношении сектора здравоохранения, продолжать поиски инновационных механизмов финансирования и работать в направлении улучшения распределения и использования инвестиций в развивающихся странах. Он проинформировал участников о том, что на четвертой Токийской международной конференции по развитию Африки (ТМКРА IV) был принят «Июкогамский план действий» и обязательства по оказанию помощи в решении глобальных проблем здравоохранения.

На саммите Группы восьми в 2008 году, который принимала Япония в Тояко, Хоккайдо, была одобрена «Тоякская рамочная программа действий в области охраны здоровья людей во всем мире» и достигнута договоренность о создании механизма последующей деятельности по отслеживанию хода работы. В Рамочной программе предусмотрены действия, которые необходимо предпринять по укреплению систем здравоохранения, охране здоровья матерей, новорожденных и детей, инфекционным заболеваниям, принятию межсекторального подхода и увеличению объема ресурсов. Особое внимание было уделено укреплению систем здравоохранения путем укомплектования учреждений медико-санитарным персоналом, финансирования здравоохранения и медицинской информации за счет поиска надлежащего баланса между вертикальными, ориентированными на конкретное заболевание, и горизонтальными мерами вмешательства систем здравоохранения, а также за счет внедрения подхода, предполагающего активное участие общественности. В развитие решений Группы восьми Япония предложила резолюцию ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи, которая будет представлена на Всемирной ассамблее здравоохранения, и надеется, что политические меры по укреплению систем здравоохранения будут трансформированы в действие на саммите Группы восьми в Италии (Маддалена) и за его пределами.

Д-р Равиндра П. Раннан-Элия, директор и действительный член научного общества Института политики города Коломбо в области здравоохранения, об-

ратил внимание на рекомендации рабочей группы Такеми для стран Группы восьми. Охрана здоровья в мире является важным вопросом для рассмотрения на встречах Группы восьми в связи с медленным прогрессом в достижении Целей тысячелетия в области развития и последствий для обнищания и транснациональных рисков, таких как птичий грипп. Рост расходов на охрану здоровья в мире не был полностью преобразован в успехи по достижению Целей тысячелетия в области развития, относящихся к здравоохранению. Слишком высокая зависимость от оплаты услуг наличными продолжает способствовать обнищанию более чем 100 миллионов человек ежегодно. Хотя глобальная контрольная цифра расходов на здравоохранение в размере 30 долл. США на душу населения вряд ли будет достигнута, д-р Раннан-Элия подчеркнул, что даже если текущие обязательства по оказанию помощи не будут выполнены, Цели тысячелетия в области развития и всеобщий охват медицинскими услугами могут быть достигнуты благодаря повышению эффективности мер по охране здоровья. Оратор указал, что некоторые из бедных южноазиатских стран выполнили Цели тысячелетия в области развития, относящиеся к здравоохранению, при государственных затратах, составляющих менее 10 долл. США на душу населения.

Д-р Раннан-Элия особо отметил, что для большей результативности мероприятий по охране здоровья страны должны гарантировать защиту от рисков, доступ к услугам для бедных слоев населения и эффективность предоставляемых услуг. Как показывает глобальный обзор, только государственное финансирование, включая финансирование из средств от налогообложения или сочетание социального медицинского страхования с финансированием из средств от налогообложения, приносило успех в качестве основного средства финансирования здравоохранения. В бедных странах эффективным оказалось только финансирование из средств от налогообложения, распределяемых государством, тогда как в странах со средним или высоким уровнем доходов успех может принести социальное медицинское страхование. Оратор призвал страны Группы восьми увеличить объемы своей помощи конкретно странам с государственными системами здравоохранения, целью которых является ликвидация оплаты услуг пользователями. Кроме того, им следует оказывать поддержку развивающимся странам в формировании политики и развитии технического потенциала. Он считает, что финансовый кризис дает возможность повысить уровень социальной защиты и изменить структуру предоставления услуг по охране здоровья.

Г-жа Урсула Шефер-Пройс, вице-президент Азиатского банка развития, заявила, что Южная Азия достигла замечательных успехов в области здравоохранения. Тем не менее, даже несмотря на устойчивый экономический рост и расширение фискального пространства в последнее время, общие расходы на здравоохранение здесь являются самыми низкими в мире, бюджетные ассигнования весьма малы, а наличная оплата медицинских услуг получила большое распространение. В силу этих факторов результаты мер по охране здоровья бедных слоев населения часто бывают незначительными, а финансирование государственного здравоохранения не является в достаточной мере эффективным, действенным и справедливым. В будущем финансирование сферы здравоохранения столкнется с еще более сложными задачами, учитывая рост численности населения и его старение, а также ограниченные бюджетные ассигнования, являющиеся результатом глобального финансового и экономического кризиса. В период экономического спада еще более важно установить приоритеты, касаю-

щиеся расходов на здравоохранение, и нацелиться на большой стратегический выигрыш.

Г-жа Шефер-Пройс рекомендовала четыре стратегии в области здравоохранения, непосредственно для южноазиатского региона. Первая стратегия состоит в том, чтобы расходы на основные услуги по охране здоровья защищали интересы малообеспеченных слоев населения и повышали производительность труда в стране, социальную сплоченность и стабильность. Вторая предполагает инвестирование в эффективные методы расчета, мониторинг и оценку расходов на мероприятия по охране здоровья и результатов этих мероприятий. Третья состоит в финансировании питания, учитывая, что масса тела у 45 процентов детей в возрасте до пяти лет в Южной Азии сравнительно или значительно ниже нормы, даже несмотря на то что многие меры по исправлению этой ситуации доступны по цене и рентабельны. Кроме того, согласно Копенгагенскому консенсусу, эксперты выявили добавки в виде питательных микроэлементов для детей в качестве наиболее экономичной меры оказания помощи малообеспеченным. Четвертая стратегия — это обложение налогом потребления табака и использование этой статьи дохода в дополнение, а не взамен к существующим государственным расходам на здравоохранение. Оратор отметила, что за счет инвестирования в эти четыре стратегии страны могли бы повысить эффективность своих систем здравоохранения без резкого увеличения затрат.

Г-н Пабло Готтрет, ведущий экономист секторального подразделения развития человека для региона Южной Азии во Всемирном банке, заметил, что даже несмотря на то что доля донорского финансирования в общем объеме расходов на здравоохранение в Южной Азии растет и имеет важное значение для некоторых государственных программ, оно не составляет большую долю затрат на здравоохранение в регионе в целом. Оратор также отметил, что большая часть двусторонней помощи на мероприятия по охране здоровья направляется в страны Африки к югу от Сахары и на вертикальные программы, в основном на борьбу с ВИЧ/СПИДом. Кроме того, он указал, что для южноазиатских стран характерны низкие уровни государственных затрат на здравоохранение; при этом во многих из них в основном полагаются на наличную оплату медицинских услуг пользователями. Ограниченность финансового пространства предполагает, что дополнительные ресурсы придется в основном добывать за счет внутренних доходов и их эффективного использования.

По мнению г-на Готтрета, перед донорским финансированием в данном регионе стоят сложные задачи, особенно в разгар нынешнего финансового и экономического кризиса. Эти проблемы включают недостаточный объем ресурсов, нестабильность финансирования, которая затрудняет выделение средств на текущие расходы, и перераспределение финансовой помощи. По-прежнему вызывают озабоченность перекосы, порожденные донорским финансированием и устойчивостью программ в отсутствие мобилизации достаточных внутренних ресурсов. Нынешний финансовый и экономический кризис окажет отрицательное воздействие на способность правительств повышать и удерживать существующие уровни внутренних расходов в области здравоохранения в то время, когда объемы денежных переводов также сокращаются. Девальвация валюты также может сделать импортные лекарства менее доступными. В таких условиях может повыситься спрос домашних хозяйств на услуги здравоохранения, финансируемые государством. Директивные органы должны сосредоточить свое внимание на обеспечении доступа к основным услугам, особенно для тех, кто

входит в quintиль беднейшего населения и на чьем состоянии здоровья и питания больше всего сказываются результаты адресных программ. Защита государственных расходов на здравоохранение не должна быть самоцелью, тогда как обеспечение доступа к основным услугам должно быть таковым.

Г-н Симон Райт, менеджер проекта в коалиции «Действия в интересах охраны здоровья населения планеты» (указанная коалиция — это европейская сеть неправительственных организаций и благотворительных учреждений, призывающих Европу действовать, чтобы дать возможность развивающимся странам добиться к 2015 году Целей тысячелетия в области развития, относящихся к здравоохранению), рассказал об обязательствах, которые Европа взяла на себя в отношении программы всемирной охраны здоровья. На фоне быстрого усугубления глобального финансового и экономического кризиса он призвал развитые страны принимать срочные меры по выполнению обязательств по ОПР, касающихся здравоохранения, повышать качество ОПР и вкладывать средства в дополнительные инновационные механизмы финансирования здравоохранения. Эти страны также должны рассматривать увеличение секторальной бюджетной поддержки и использование Международного партнерства в области здравоохранения (МПЗ) и связанных с ним Инициатив МПЗ+ в качестве средства увеличения донорского финансирования в области здравоохранения. Развивающиеся страны должны привлекать своих граждан к участию в установлении приоритетов в области здравоохранения, снижении неравенства и обеспечении всеобщего доступа к услугам по охране здоровья.

Д-р Хорхе Бермудес, исполнительный секретарь ЮНИТЭЙД (ЮНИТЭЙД — это инновационный механизм расширения доступа к лекарствам и диагностике на наличие ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии), сказал, что ЮНИТЭЙД имеет своей целью внести вклад путем использования поступлений от солидарного налога на авиабилеты, покупаемые в странах — участницах данной операции, для финансирования закупок лекарств и диагностики в странах, получающих помощь. Эта организация также стремится создать прочные партнерства с организациями, осуществляющими такую деятельность, например ВОЗ и Всемирным фондом борьбы с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией. За период с 2006 года членство в ЮНИТЭЙД возросло с пяти стран-основателей — Бразилии, Норвегии, Соединенного Королевства, Франции и Чили — до 29, и с помощью этой инициативы были профинансированы проекты в 90 странах. Таким образом, ЮНИТЭЙД приносит практическую пользу, используя свои средства, для того чтобы снизить рыночные цены, повысить качество, применять лекарства, адаптированные к потребностям пациентов, и реагировать на срочные потребности в снабжении лекарствами.

Дальнейшие обсуждения на сессии были посвящены вопросам предоставления услуг здравоохранения через государственные органы управления или неправительственные организации, а также вопросу горизонтального и вертикального финансирования. Представители государственных органов подчеркивали, что внешнее финансирование должно быть направлено на укрепление горизонтальных программ и что средства должны распределяться Министерством здравоохранения. Считается, что наличие множества поставщиков медицинских услуг, а также вертикальные программы, сосредоточенные на конкретных заболеваниях, а не на укреплении систем здравоохранения, искажают общие результаты мер по охране здоровья. В свете нынешнего финансового кризиса подвергается сомнению и устойчивость финансируемых донорами вертикальных про-

грамм. Представители неправительственных организаций особо подчеркнули, что некоторые государственные административные органы менее эффективны, чем другие, и в некоторых странах неправительственные организации могут более эффективно предоставлять услуги по охране здоровья. Неправительственные организации могут также быть более гибкими и инновационными, чем государственные учреждения, но они должны работать в партнерстве с национальными органами власти в рамках национальных планов. Кроме того, предлагалось, чтобы правительства выполняли наблюдательную и консультативную роль с целью гарантировать, что организации, поставляющие услуги, надлежащим образом распределяют и используют свои финансовые средства. В результате выяснилось, что вопрос о направлении средств через органы власти или неправительственные организации должен в каждом случае рассматриваться индивидуально.

Один из участников привлек внимание к проблеме разнообразия систем здравоохранения в мире. Для того чтобы более эффективно распределять средства, нужны модели, учитывающие особенности каждой страны. Для этого первым шагом должна стать разработка нормативных указаний относительно того, на что должны быть направлены государственные средства, каковы должны быть ориентировочные показатели доходов, возможности для целевого налогообложения, а также нормы объединения средств для целей социального медицинского страхования. Вторым шагом должно стать создание национального потенциала для выяснения того, какие средства являются наиболее подходящими для страны. Третьим шагом является активная поддержка стран в целях повышения существующих у них возможностей и активное содействие их росту.

Д-р Эванс подвел итог дискуссии, сказав, что глобальный финансовый кризис будет только усиливать продолжающийся кризис, вызванный отсутствием доступа к услугам здравоохранения и экономическими катастрофами из-за наличных платежей. Мировое сообщество должно гарантировать, что объем внешнего финансирования здравоохранения не снизится. Оратор также указал, что, хотя проверять выполнение Группой восьми своих обязательств полезно, не надо забывать, что ОПР еще может резко сократиться, поскольку обязательства привязаны к снижающимся ВВП. Он также отметил, что обсуждение показало, что развивающиеся страны при поддержке международного сообщества должны брать на себя инициативу по проведению переговоров об оказании помощи, оспаривать некоторые из предлагаемых условий кредитования и гарантировать отчетность об этой помощи перед населением. Основной упор должен по-прежнему делаться на защиту населения, а не на сохранение объемов официальной помощи в целях развития.

C. Сессия 2: Системы здравоохранения в кризисных ситуациях

Группа 3: Задачи, стоящие перед системами здравоохранения, в странах, находящихся в состоянии кризиса или в стадии выхода из него

Д-р Пунам Сингх, заместитель регионального директора Регионального бюро для Юго-Восточной Азии ВОЗ, начал свою работу в качестве председателя при обсуждении в третьей группе экспертов с признания того факта, что современные кризисы и последствия изменения климата в наибольшей степени отразятся на малообеспеченных и уязвимых слоях населения. Эти кризисы оказывают дополнительное отрицательное воздействие на ценовую приемлемость

медицинских услуг, возможность доступа к ним и их качество. Д-р Сингх указал, что Доклад о мировых катастрофах показывает, что в течение десятилетия с 1996 по 2005 год в Азиатско-Тихоокеанском регионе, где проживают 25 процентов населения планеты, произошло 44 процента всех мировых стихийных бедствий и на него приходится 58 процентов всех смертельных случаев, связанных с этими бедствиями.

Эта группа сосредоточила внимание на различных компонентах системы здравоохранения, которые вероятнее всего пострадают во время кризиса, и на действиях, которые должны предпринять правительства, чтобы подготовиться, принять ответные меры и пройти процесс восстановления после кризиса. Кроме того, рассматривались вопросы эффективности чрезвычайной помощи по удовлетворению потребностей в медицинских услугах и поддержке систем здравоохранения, а также конкретные улучшения, которые можно осуществить в разгар финансового кризиса.

Остановившись на вопросе финансирования здравоохранения в Афганистане, д-р Ахмад Ян Наим, исполняющий обязанности Генерального директора управления политики и планирования Министерства здравоохранения Афганистана, представил некоторые основные результаты научного исследования, проведенного в 2008 году. Исследование выявило трудности в оценке общих расходов на здравоохранение, поскольку основной источник финансирования в Афганистане представляет собой наличные затраты пользователей услуг.

Хотя общий объем государственного финансирования сектора здравоохранения в Афганистане возрос по сравнению с 2003 годом на 54 процента, государственные расходы на охрану здоровья остаются низкими в сравнении с другими странами с низкими доходами в данном регионе. Общий объем внешнего финансирования все еще составляет, по оценкам, свыше 90 процентов. Большая доля этой внешней помощи выделяется на первичную медико-санитарную помощь и лечение инфекционных заболеваний в соответствии с уровнем заболеваемости в Афганистане. С другой стороны, бюджетные ассигнования на лекарства и материалы медицинского назначения в основном недостаточны, что приводит к большим наличным расходам домашних хозяйств и становится существенным финансовым барьером для доступа неимущих людей к услугам здравоохранения. Хотя считается, что приоритетная установка на первичную медико-санитарную помощь отвечает интересам бедных слоев населения, степень справедливости при финансировании медицинского обслуживания весьма низкая. Еще одним серьезным препятствием является удаленность медицинских учреждений.

Д-р Ахмад Ян Наим подчеркнул, что для того чтобы принимать обоснованные решения, касающиеся повышения эффективности предоставляемых услуг, обеспечить высокий уровень здоровья населения и достичь Целей тысячелетия в области развития, необходимо иметь больше информации. Для решения этой задачи министерство разрабатывает стратегию финансирования здравоохранения, которая будет включать четыре главных компонента. Первый — это создание в рамках Министерства здравоохранения управления по экономике здравоохранения и финансовому потенциалу, включая исследование рентабельности, единичную калькуляцию государственных и частных медицинских услуг, координацию помощи и создание Афганской системы национальных счетов здравоохранения. Второй компонент состоит в укреплении методов руково-

дства, связанных с финансированием здравоохранения, включая бюджетные ассигнования на горизонтальные программы, планирование и выделение бюджетных средств провинциям и управление контрактами неправительственных организаций на оказание медицинских услуг. Третье — эта стратегия имеет своей целью повышение качества управления финансами и использования ресурсов медицинскими учреждениями, включая эффективное использование медицинских учреждений, поддержку автономии государственного и частного секторов и принятие финансовых решений. Последний компонент стратегии состоит в исследовании и создании надлежащих механизмов финансирования здравоохранения для управления и объединения рисков среди населения и для обеспечения более справедливого и устойчивого финансирования здравоохранения в Афганистане.

Г-н Николас Роселлини, заместитель регионального директора Программы развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), Бангкок, Таиланд, указал, что Азиатско-Тихоокеанскому региону приходится иметь дело с тремя группами проблем. Сюда входят часто происходящие и серьезные стихийные бедствия, ряд самых старых и самых новых конфликтов в регионе, причем внутренними и внешними конфликтами затронуты шестнадцать стран, и, кроме того, глобальные потрясения, когда приходится переживать финансовый, продовольственный и топливный кризисы, не говоря уже о том, что этот регион является эпицентром птичьего гриппа.

Г-н Роселлини подчеркнул, что это множество кризисов различного вида оказывает как прямое, так и косвенное влияние на достижение Целей тысячелетия в области развития. Например, ликвидация крайней нищеты и голода труднодостижима, когда ущерб, нанесенный жилищам, инфраструктуре оказания услуг, производственным активам, и человеческие жертвы снижают устойчивое обеспечение средствами к существованию. Вынужденная продажа производственных активов уязвимыми домашними хозяйствами сразу после кризиса может ввергнуть многих в долговременный период нищеты и привести к усилению неравенства. Аналогичным образом, трудно достичь важной цели борьбы с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями, когда в период после стихийных бедствий плохое состояние здоровья и недостаточное питание ослабляет иммунитет. Г-н Роселлини заявил, что две трети глобальной заболеваемости ВИЧ-инфекцией происходит в сложной кризисной ситуации, и поэтому с этим нужно бороться на этапе принятия ответных мер гуманитарного характера. Кроме того, он считает, что важно включать меры по борьбе с ВИЧ-инфекцией в планы управления кризисными ситуациями, чтобы выработать методы восстановления здоровья в посткризисный период.

Г-н Роселлини сказал, что в ситуациях, наступающих после стихийных бедствий и конфликтов, необходимо иметь срочное, гибкое и прогнозируемое финансирование для планирования скорейшего восстановления и соответствующих программ. Кроме того, решающее значение имеет своевременная поддержка стабилизации и всеобщего доступа к услугам, для того чтобы проложить практический путь к миростроительству. Тем не менее, анализ раннего финансирования восстановления показал, что на восстановление экономики и в сектор инфраструктуры выделяется самая большая доля средств — 30 процентов от общей полученной суммы, тогда как на меры по охране здоровья — всего лишь 2 процента, а на водоснабжение и канализацию — 4 процента. Как отметил заместитель регионального директора ПРООН, резкие

расхождения в объемах финансирования сводят на нет любые разговоры об устойчивом восстановлении.

Г-н Чиннасвами Кумар, координатор технической поддержки в области микрострахования, CARE, Индия, остановился на мерах по оказанию медицинской помощи жертвам цунами в Индии. CARE — одна из организаций, которая ранее участвовала в мерах по восстановлению после цунами, — создала Программу мер реагирования в случае цунами, чтобы выявить пробелы в разрешении такой кризисной ситуации и оперативно решить все проблемы. Г-н Кумар пояснил, что цель этой проектной разработки CARE состоит в том, чтобы связать программы помощи пострадавшим, выхода из кризиса и восстановления с мерами по обеспечению готовности к стихийным бедствиям и снижению риска.

Он остановился в частности на программе микрострахования, внедренной CARE после цунами в качестве механизма покрытия риска в сочетании с инициативами по восстановлению источников средств к существованию, для того чтобы справляться с повторяющимися стихийными бедствиями различного масштаба. Уникальная программа медицинского микрострахования, которая была опробована в одном из районов в виде внутриобщинной взаимопомощи при поддержке частной страховой компании, предложившей разделение рисков, в настоящее время распространяется и на другие районы.

Для того чтобы обеспечить эффективные медицинские меры реагирования во время кризиса, необходимо составить план потребностей и приоритетов общины, дополнить их другими инициативами, иметь твердые нормы и принципы составления программ; и даже в условиях стихийного бедствия важно регламентировать системы и процессы и создать местный потенциал для поддержания устойчивости, управления и руководства. Основным смыслом состоит в том, чтобы можно было превратить опыт борьбы со стихийными бедствиями в создание возможностей для общин.

Д-р Родерико Оффин, региональный советник отдела по действиям в интересах охраны здоровья в чрезвычайных условиях, Региональное бюро ВОЗ, Дели, сказал, что бедность и ухудшение состояния здоровья всегда идут рука об руку, а стихийные бедствия и бедность — это неразлучные друзья. Стихийные бедствия разрушают медицинские учреждения и связанную с ними инфраструктуру, затрудняя дальнейшее осуществление плановых программ, таких как лечение туберкулеза и проведение вакцинаций, что может привести к вспышкам заболеваний.

Для снижения рисков, связанных со стихийными бедствиями, необходимы комплексные межсекторальные программы. Такие стратегии помогают гарантировать, что медицинские учреждения структурно и с точки зрения других аспектов будут способны противостоять опасностям и смогут продолжать оказывать базовые медицинские услуги. Они включают конкретные шаги по обеспечению безопасности мест расположения медицинских пунктов во время стихийного бедствия, гарантируют, что медицинские учреждения будут знать, как действовать совместно в случае стихийного бедствия, и определяют, как обеспечить сохранность информации.

Во время последовавшей за этим дискуссии было отмечено, что гуманитарная реформа 2005 года была направлена на решение некоторых проблем,

поднятых участниками, таких как отсутствие подотчетности и координации и целевые фонды. Реформа предусматривала, что координаторы оказания гуманитарной помощи должны обеспечивать эффективное руководство; был создан Центральный фонд реагирования на чрезвычайные ситуации (CERF) для улучшения финансирования в чрезвычайных ситуациях гуманитарного характера и был внедрен групповой подход для улучшения координации между различными участвующими сторонами. При пробном применении этих новых структур в Мьянме они доказали свою полезность в обеспечении эффективного гуманитарного реагирования.

Предпринятые меры помогли увеличить финансирование для преодоления последствий гуманитарных катастроф, но решить проблему нехватки средств для работы по обеспечению готовности к стихийным бедствиям не удалось. Срочность работы по обеспечению готовности к стихийным бедствиям должна быть очевидной, поскольку сегодня уже 10 миллионов человек являются экологическими мигрантами из-за стихийных бедствий, связанных с изменением климата, и это число скорее всего возрастет.

Необходимость поддержки методов, ориентированных на общины, методов с привлечением большого числа людей и целенаправленным вниманием к наиболее уязвимым группам населения была явно недооценена. Работа в общинах должна строиться на существующих традиционных структурах оказания медицинских услуг и местных системах психологической адаптации, а также на уважительном отношении к традиционным ценностям. Участники отметили, что готовность общин к стихийным бедствиям является приоритетом в обеспечении адекватных ответных мер реагирования.

Председательствующий д-р Пунам Сингх добавил, что большинство стран региона считают, что вопрос готовности — это в первую очередь компетенция правительства. Они восприняли кризис, связанный с цунами, как возможность разработать инициативы и создать партнерства с другими странами. Учитывая, что наибольшее число жертв приходится на первые часы стихийного бедствия, когда остальные еще только готовятся прийти на помощь, необходимо создать потенциал реагирования общины на такую ситуацию.

D. Сессия 3: Ход работы и задачи по достижению Целей тысячелетия в области развития

Группа по обсуждению хода работы и задач по достижению Целей тысячелетия в области развития преследовала цель осветить действия, предпринятые правительствами по содействию достижению Целей тысячелетия в области развития, достигнутые ими успехи, а также препятствия и сложные задачи на пути к достижению этих целей. Группа признала, что, хотя южноазиатский регион добился определенных успехов в выполнении Целей тысячелетия в области развития, относящихся к охране здоровья, необходимо активизировать усилия по их полному достижению к установленному сроку — 2015 году, в особенности в том, что касается охраны материнства и недостаточного питания детей.

Председательствующий д-р Аминатх Джамиль, министр здравоохранения и по делам семьи, Мальдивы, призвал участников вспомнить не только о достигнутых успехах, но и о задачах, которые предстоит решить, не забывая о том, что для выполнения контрольных цифр осталось только шесть лет.

Первый участник дискуссии, г-н Гунасекера, директор управления национального планирования Министерства финансов и планирования, рассказал об успехах Шри-Ланки в достижении Целей тысячелетия в области развития. Шри-Ланка добилась колоссальных успехов за последние годы и приближается к выполнению или уже достигла целей, касающихся ликвидации крайней нищеты и голода, всеобщего образования, здоровья детей, охраны материнства и искоренения ВИЧ/СПИДа, малярии и туберкулеза. Страна также приближается к выполнению показателей по гендерному равенству, но необходимо предпринять дальнейшие усилия по расширению участия женщин в политической жизни.

Шри-Ланка уверенно идет вперед к достижению других Целей тысячелетия в области развития. Что касается обеспечения экологической устойчивости, то доля земельных массивов, покрытых лесами, с начала тысячелетия сократилась, но страна улучшает другие экологические показатели. Для того чтобы выполнить ЦТР 7, парламент планирует защитить лесные ресурсы, ограничив заготовку древесины. Оратор также сказал, что Шри-Ланка работает в тесном контакте с донорами и другими странами для достижения ЦТР 8 и успешно внедряет информационные и коммуникационные технологии. Г-н Гунасекера выделил межрегиональные различия в качестве основной проблемы в достижении Целей тысячелетия в области развития. Власти Шри-Ланки обратились к этому вопросу в плане развития на 2008–2015 годы и полагают, что страна сможет выполнить все Цели тысячелетия в области развития до наступления 2015 года.

Его Превосходительство г-н Абд аль-Махмуд Абд аль-Халим Мухаммад, постоянный представитель Судана при Организации Объединенных Наций и председатель Группы 77 и Китая, заявил, что прогресс в достижении Целей тысячелетия в области развития был неравномерным. Требуются дополнительные усилия для достижения всеобщего начального образования, особенно для девочек, и нужно в два раза сократить число людей, которые по-прежнему не имеют доступа к безопасной питьевой воде и надлежащим санитарным условиям. Он также подчеркнул, что для того чтобы достичь целей экологической устойчивости, прежде всего нужно заняться проблемой изменения климата с учетом различной ответственности развитых и развивающихся стран. В плане Целей тысячелетия в области развития, относящихся к охране здоровья, прогресс в деле сокращения и искоренения болезней, таких как ВИЧ/СПИД, малярия и туберкулез, по-прежнему остается медленным, особенно в наименее развитых странах. Оратор подчеркнул, что для того чтобы укрепить системы здравоохранения и обеспечить их надлежащим базовым научно-исследовательским потенциалом, необходимо больше финансовых средств.

Посол Мухаммад подчеркнул, что глобальный финансовый кризис может отложить достижение Целей тысячелетия в области развития на годы. Он предупредил, что огромные убытки в сфере здравоохранения окажут колоссальное воздействие на внутренние расходы, особенно в социальном секторе, и многие из наименее развитых государств станут еще более зависимыми от помощи для целей развития. В настоящее время масштабы крайней нищеты уже увеличиваются, особенно среди беднейших и наиболее обездоленных групп населения в наименее развитых странах и в странах Африки к югу от Сахары.

Посол Мухаммад заявил, что эта неблагоприятная ситуация требует эффективного мониторинга осуществления глобального партнерства в интересах

развития. Он призвал Организацию Объединенных Наций оказать помощь в подготовке детального образца обязательств по ЦТР 8 и указать конкретные плановые задания и критерии для выполнения данной цели. Это позволит создать благоприятную международную среду, необходимую для облегчения выполнения других согласованных на международном уровне целей в области развития.

Г-н Бернар Саваж, глава делегации Европейской комиссии в Шри-Ланке и на Мальдивах, отметил, что только за счет экономического роста нельзя достичь снижения уровня бедности и прогресса в достижении Целей тысячелетия в области развития. Что касается здравоохранения, то посол Саваж подчеркнул тесную связь между уровнями государственного финансирования здравоохранения и доступом к основным медицинским услугам, с одной стороны, и поступательным движением к выполнению ЦТР 4, 5 и 6, с другой. Согласно Обязательству, принятому в Абудже, страны — члены Африканского союза обязались повысить расходы на здравоохранение до 15 процентов от своего национального бюджета, что могло бы приблизить страны, находящиеся в стадии экономического роста, к минимальному порогу затрат на здравоохранение в размере 50 долл. США на душу населения, определенному Комиссией по макроэкономике и здравоохранению. Донорское сообщество могло бы помочь в покрытии оставшегося разрыва, увеличив и скоординировав выделение средств на нужды здравоохранения.

Посол Саваж заявил, что возросший масштаб, большая прогнозируемость и согласованность помощи ЕС могли бы содействовать выработке обоснованной политики и адекватного финансирования, обеспечив тем самым равноправный доступ к основным услугам, включая медицинские. Он рекомендовал ввести прямую поддержку бюджетов, которая позволяет финансировать основные компоненты сектора здравоохранения и связать помощь в целях развития с результатами мер по охране здоровья. Вместо того чтобы сосредоточивать усилия на конкретных заболеваниях, следует больше внимания уделять ресурсам здоровья человека, доступу к лекарственным средствам, финансированию здравоохранения и децентрализованному управлению с активным участием общественности. Оратор отметил, что в соответствии с этими целями Европейское сообщество принимает на себя обязательство, согласно Африканскому плану действий ЕС-АС, оказать помощь в ликвидации оплаты пользователями основных услуг по поддержанию здоровья. ЕС также поддерживает Международное партнерство в области здравоохранения и призывает всех партнеров по развитию присоединиться к этому процессу.

Г-жа Пурнима Мане, заместитель исполнительного директора Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), подчеркнула, что наименьший прогресс заметен в достижении ЦТР 5 — улучшении охраны здоровья матерей. При сохранении существующих тенденций две контрольные цифры ЦТР 5 — снизить материнскую смертность на три четверти и достичь всеобщего доступа к услугам по репродуктивному здоровью к 2015 году — не будут выполнены. Кроме того, коэффициент материнской смертности может стать основным показателем деятельности системы здравоохранения и ее способности реагировать на чрезвычайные ситуации.

По мнению г-жи Мане, благополучные роды зависят от многих факторов развития, а также комплекса тщательно спланированных мер вмешательства. В

настоящее время 99 процентов случаев материнской смертности приходится на развивающиеся страны, при этом самая тяжелая ситуация наблюдается в странах Африки к югу от Сахары и в Южной Азии. Для улучшения репродуктивного здоровья приоритетными должны стать три основные меры вмешательства: доступ к услугам по планированию семьи, неотложная акушерская помощь и квалифицированная помощь при родах. Например, за счет инвестирования средств в подготовку акушерок в Шри-Ланке коэффициент материнской смертности снизился с более чем 1500 на 100 000 живорождений до примерно 30. Для ускорения прогресса правительства и партнеры по вопросам развития должны сосредоточить внимание на укреплении систем здравоохранения, чтобы иметь надежные каналы поставок, хорошо оборудованные медицинские учреждения и достаточное количество квалифицированных медицинских работников. Так, например, подсчитано, что всего 6 млрд. долл. США в виде дополнительного финансирования могли бы ежегодно спасти жизни полумиллиона женщин и восьми миллионов новорожденных.

Е. Сессия 4: Оптимальные методы и новые инициативы в финансировании здравоохранения

На сессии, председателем которой был д-р Анарфи Асамоа-Баах, заместитель Генерального директора ВОЗ, а заседания вел д-р Дэвид Эванс, директор Департамента финансирования систем здравоохранения ВОЗ, выступили восемь человек. Сессия уделила основное внимание инновационным инициативам по финансированию здравоохранения, таким как Всемирный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Механизм закупки доступных лекарственных препаратов от малярии и экспериментальный проект неправительственной организации «Хартфайл» (Heartfile) по финансовому обеспечению справедливого медицинского обслуживания в Пакистане. Примеры оптимальной практики в странах были заимствованы из опыта Шри-Ланки и Японии. Представитель Индонезии поделился полученным опытом относительно важности учета политического контекста при проведении реформы здравоохранения. Представительница Ассоциации самостоятельно занятых женщин говорила с позиции гражданского общества о его работе с женщинами и их роли в здравоохранении. Представитель компании «Пфайзер» привел конкретные примеры того, как партнерство частного и государственного секторов привело к серьезным улучшениям в области охраны здоровья. Краткое изложение отдельных выступлений приводится в приложении к данному резюме.

Ш. Выводы и рекомендации

В своем заключительном выступлении министр иностранных дел Демократической Социалистической Республики Шри-Ланка достопочтенный Рохитха Боголлагама поблагодарил за помощь учреждения, входящие в систему Организации Объединенных Наций, в частности Департамент по экономическим и социальным вопросам Организации Объединенных Наций (ДЭСВ ООН), а также ВОЗ и Экономическую и социальную комиссию Организации Объединенных Наций для Азиатско-Тихоокеанского региона (ЭСКАТО ООН), которые были партнерами в организации этого мероприятия.

По его мнению, совещание показало, что продолжающийся кризис, в том числе и финансовый, отрицательно скажется на достижении Целей тысячелетия в области развития. Он также подчеркнул, что, учитывая многообразие данного региона, универсального решения проблемы не существует. Хотя государственному сектору придется взять на себя руководство, гражданское общество и частный сектор играют очень важную роль, в том числе и путем участия в государственно-частных партнерствах.

Он выделил четыре основные рекомендации, которые были сделаны в ходе совещания. Во-первых, цели в области здравоохранения следует осуществлять, используя комплексные многосекторальные подходы. Во-вторых, необходимо выделять достаточно средств, поскольку внутреннее финансирование останется краеугольным камнем политики в области охраны здоровья. Должны быть предприняты усилия по повышению эффективности использования финансовых средств. В-третьих, достаточное и прогнозируемое финансирование имеет решающее значение для беднейших стран. Следует развивать инновационные методы увеличения объемов финансирования. Наконец, необходимо предоставлять особую помощь странам, находящимся в посткризисной ситуации, и извлекать уроки из опыта других стран.

Г-н Томас Штельцер, помощник Генерального секретаря по координации политики и межучрежденческим вопросам Департамента по экономическим и социальным вопросам Организации Объединенных Наций (ДЭСВ ООН), поблагодарил власти Шри-Ланки за доброе гостеприимство, а также правительства Италии и Японии — за щедрую поддержку в организации совещания. Он сказал, что честное и откровенное обсуждение проблемы финансирования здравоохранения с различных точек зрения предоставило массу информации, которая послужит прекрасной основой для обсуждений на ежегодной сессии Совета в июле.

Он сказал, что основной вывод совещания состоял в том, что нынешний кризис ставит проблемы, но одновременно дает возможности: правительства имеют возможность пересмотреть свои системы здравоохранения в свете новой ситуации, в которой им приходится функционировать. Это требует многосекторального подхода и участия многих заинтересованных сторон; необходимо искать решения проблем здравоохранения, учитывающие конкретные ситуации, особенно в посткризисный период. Оратор подчеркнул, что после того как достигнуто согласие по приоритетным областям, совещание может считать свою роль выполненной только тогда, когда участники перейдут от слов к делу. Поэтому он призывает участников подумать о том, как они могли бы использовать рассмотренные инновационные идеи и практические решения для разрешения собственных внутренних проблем в области здравоохранения. Кроме того, он подчеркнул важность поддержания контактов друг с другом и с Советом через другие региональные совещания по ежегодному обзору на уровне министров или путем добровольного представления странами своих национальных ежегодных обзоров.

Выводы

Кризис в здравоохранении существовал во многих странах и до начала нынешнего финансового кризиса. Согласно оценкам, чрезмерное упование на наличные платежи пользователей услуг ежегодно ввергало более

100 миллионов человек в нищету даже до наступления нынешнего кризиса. Среди тех, кто особенно пострадал, — наиболее уязвимые группы населения в странах с низким и средним уровнем доходов и странах, находящихся в состоянии конфликта или выходящих из него. Сегодня на страны с низким и средним уровнем доходов приходится 84 процента мирового населения и более 93 процентов бремени заболеваемости, но менее 11 процентов глобальных расходов на здравоохранение. Кроме того, 22 страны, которые наиболее далеки от достижения Целей тысячелетия в области развития, — это страны в состоянии конфликта или выходящие из этого состояния.

Финансовый кризис еще больше усложняет борьбу с этим предшествовавшим ему кризисом. Он грозит перечеркнуть последние достижения и поставить под угрозу с трудом завоеванный успех в продвижении к Целям тысячелетия в области развития. Нам необходимо использовать уроки, извлеченные из предыдущих кризисов, и не забывать, что во время экономического спада обязательно нужно оказывать внутреннюю поддержку сектору здравоохранения, с тем чтобы обеспечить приемлемые по цене, доступные и качественные медицинские услуги для бедных и наиболее уязвимых групп населения. В то время, когда развивающиеся страны становятся все более зависимыми от помощи в развитии, донорам необходимо подтверждать свои обязательства в отношении сектора здравоохранения. Хотя кризис создает много проблем, его следует также рассматривать как возможность для реформирования систем здравоохранения и для пересмотра направления и характера финансирования в целях охраны здоровья.

Краеугольным камнем политики в области охраны здоровья останется внутреннее финансирование. Строгое соответствие между высокими уровнями государственного финансирования здравоохранения и доступом к основным медицинским услугам, а также устойчивое продвижение к достижению ЦТР 4, 5 и 6, относящихся к охране здоровья, предполагают, что правительствам придется продолжать играть ведущую роль в финансировании здравоохранения, в том числе через использование средств от налогообложения или социальное медицинское страхование в сочетании со средствами от налогообложения. Было отмечено, что в странах с низким уровнем доходов эффективным оказалось только государственное финансирование из средств налогообложения, тогда как в странах со средним и высоким уровнем доходов успешным может быть социальное медицинское страхование. Хотя примеры различного опыта, представленные на совещании, показывают, что универсальной политики в области финансирования здравоохранения не существует, общий вывод, по-видимому, состоит в важности уменьшения зависимости от наличных платежей и переходе к предварительной оплате и объединению средств во избежание катастрофических расходов на здравоохранение и в качестве шага вперед к достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения.

В целом официальная помощь в целях развития (ОПР) увеличилась более чем вдвое с момента подписания Декларации тысячелетия, а ОПР в области здравоохранения возросла не только в долларовом выражении, но и в виде доли от общей ОПР. Хотя внешние средства не составляют большей доли от общих расходов на здравоохранение в азиатском регионе в целом, пять стран получают больше 30 процентов от всех расходов на охрану здоровья из внешних источников, а еще восемь получают более 10 процентов. Именно для этих стран крайне необходимо сохранять уровни помощи, поскольку они нуждаются

в расширении своего потенциала по получению внутренних доходов, например расширению своей базы налогообложения. Тем не менее было указано, что соблюдения прошлых обязательств может оказаться недостаточно, учитывая, что ОПР может еще больше сократиться, так как обязательства привязаны к снижающемуся ВНД. Однако хорошей новостью является то, что в предыдущие глобальные финансовые кризисы ОПР, касающаяся здравоохранения, необязательно снижалась. Важно призвать доноров постараться, чтобы этого не произошло и на сей раз. В этом отношении тот факт, что Группа восьми включила всемирную охрану здоровья в свою повестку дня — имеется в виду Германия, Япония, а теперь Италия и ее обязательство укреплять систему здравоохранения, как свидетельствует саммит в Тояко, — можно рассматривать как обнадеживающий признак.

В соответствии с Рамочной программой действий в области охраны здоровья людей во всем мире, принятой в Тояко, участники подчеркнули важность поиска должного баланса между мерами вмешательства вертикальной, ориентированной на конкретные заболевания, и горизонтальной систем охраны здоровья. Была высказана озабоченность, что вертикальные программы, направленные на лечение конкретных заболеваний, вместо того чтобы укреплять системы здравоохранения, будут искажать общие результаты мер по охране здоровья и могут оказаться нежизнеспособными в свете нынешнего финансового кризиса. Отсутствие прогнозируемости и нестабильность, обусловленность кредитов, сильный акцент на конкретных заболеваниях и временами стремление идти в обход правительств были упомянуты как некоторые из основных проблем. Было выражено мнение, что страны-реципиенты должны взять на себя ведущую роль и быть более активными при ведении переговоров об условиях оказания помощи, отвергая некоторые предлагаемые условия.

Существующие инновационные механизмы финансирования здравоохранения, такие как ЮНИТЭЙД, новые инновационные источники, которые могут появиться в результате работы Целевой группы высокого уровня по инновационному финансированию, усилили поддержку секторальных бюджетов, а использование Международного партнерства в области здравоохранения и связанных с ним инициатив, таких как Международное партнерство в области здравоохранения+, были названы эффективными средствами повышения объемов донорского финансирования здравоохранения. В целом было отмечено, что акцент по-прежнему следует делать на защите людей, а не на сохранении количественных показателей официальной помощи в целях развития.

Было подчеркнуто, что улучшение распределения и использования средств является таким же важным, как и увеличение их объема, учитывая, что результаты мер по охране здоровья не всегда соответствуют затратам на них. Поэтому разработка программы финансирования здравоохранения означает не только выделение большей суммы денег для здравоохранения, но и предоставление за эти деньги большего объема услуг по охране здоровья. При подобной двойственной программе увеличения финансирования и повышения эффективности было предложено, что даже если объемы помощи будут ниже оговоренных в обязательствах и общемировой показатель затрат на здравоохранение в размере 30 долл. США на душу населения не будет достигнут, Целей тысячелетия в области развития и всеобщего охвата медицинскими услугами можно будет достичь за счет повышения эффективности здравоохранения. Более широкое использование метода финансирования, ориентированного на результат,

и уделение большего внимания профилактике и медицинской грамотности населения — вот некоторые из упомянутых мер, которые могли бы сэкономить средства в долгосрочной перспективе, учитывая, что население быстро стареет и происходит сдвиг в эпидемиологическом бремени заболеваемости в направлении неинфекционных болезней.

Было отмечено, что кризисы оказывают как прямое, так и косвенное воздействие на достижение Целей тысячелетия в области развития. Например, трудно достичь ликвидации крайней нищеты и голода, когда ущерб, наносимый жилищам, инфраструктуре услуг, производственным активам, а также человеческие жертвы снижают устойчивость источников средств к существованию. Надежные системы первичного медицинского обслуживания, особенно первичная медико-санитарная помощь, могут помочь предотвратить вторичные массовые бедствия, такие как эпидемии и вспышки заболеваний. Поэтому расширение первичной медико-санитарной помощи является эффективной мерой как для повышения доступности, ценовой приемлемости и качества услуг, так и для улучшения мер реагирования во время кризисов и ускорения процессов выхода из них и восстановления.

Что касается финансирования здравоохранения в период после стихийных бедствий и в постконфликтных ситуациях, то было подчеркнуто, что необходимо незамедлительное, гибкое и прогнозируемое финансирование для планов и программ скорейшего восстановления. Однако анализ раннего финансирования восстановительного периода показал, что больше всего средств выделяется на восстановление экономики и в сектор инфраструктуры — 30 процентов от общих полученных средств, тогда как здравоохранение набирает лишь 2 процента, а водоснабжение и канализация — только 4 процента.

Было отмечено, что механизмы управления рисками, такие как введение систем микрострахования на базе общин в сочетании с другими инициативами по восстановлению источников средств к существованию, могут помочь справиться с повторяющимися стихийными бедствиями различного масштаба. Меры вмешательства должны учитывать потребности и приоритеты конкретной общины и дополнять другие инициативы. Поскольку большинство смертельных случаев приходится на первые часы после стихийного бедствия, важно создать в общине потенциал для реагирования на критическую ситуацию.

Во время обсуждения подчеркивалась важность привлечения более широкой группы участников. Кроме того, одним из выводов, которыми поделились участники, была ценность обеспечения достаточной политической поддержки реформы здравоохранения.

Рекомендации

Был предложен ряд рекомендаций для рассмотрения Экономическим и Социальным Советом и соответствующими субъектами в регионе:

- **вновь обратиться к принципу всеобщего доступа к услугам здравоохранения, включая возрождение первичной медико-санитарной помощи, и вновь подтвердить важность программы «Здоровье для всех»;**
- **подчеркнуть, что правительства стран-доноров должны действовать быстрее, чтобы выполнить свои обязательства по повышению количества и качества официальной помощи в целях развития, и что ны-**

нешний экономический кризис, когда люди все больше полагаются на государственный сектор, — это не время для снижения объемов внешнего финансирования при одновременной надежде на повышение эффективности использования ресурсов;

- расширить масштаб предоставления государственных услуг в социальном секторе в целом и здравоохранении в частности;
- подчеркнуть необходимость обеспечения более эффективных и справедливых результатов мер в сфере здравоохранения, в том числе с помощью внедрения схем покрытия рисков и социального страхования в интересах бедных слоев населения;
- обеспечить предоставление внешнего финансирования в тех частях Азии, которым в течение какого-то времени еще потребуются прогнозируемая внешняя помощь в сфере здравоохранения, одновременно признавая, что донорская помощь не может быть долгосрочным решением проблемы и поэтому ее следует использовать в целях создания потенциала национальных правительств как для увеличения внутренних ресурсов, так и для более эффективного использованию имеющихся ресурсов;
- продолжать предпринимать усилия по лучшему интегрированию внешних ресурсов в национальные системы здравоохранения, для того чтобы дать возможность правительствам укрепить системы здравоохранения, сократить дублирование и максимально повысить синергические связи;
- признавая, что, хотя «универсального» метода не существует, международному сообществу следует предоставить руководящие принципы относительно того, как страны-реципиенты могут создать собственные финансовые системы, и оказать поддержку в выработке ими способности вести переговоры с донорами на равных условиях;
- приветствовать усилия по содействию развитию инновационных методов систем финансирования в области здравоохранения, делая акцент на том, что инновационные ресурсы финансирования здравоохранения должны дополнять обязательства по ОПР и местные ресурсы;
- ответственность стран требует всестороннего участия граждан в определении политики, а также в мониторинге и выполнении; особенно важно включать в эти процессы женщин и наиболее уязвимые социальные группы населения;
- неправительственные организации и организации гражданского общества (ОГО) могут играть важную роль в информационно-пропагандистской деятельности, оказании влияния на политику и предложении новых и забытых услуг, которые следует поддержать;
- повысить финансирование мер профилактики и снижения рисков стихийных бедствий. Придавать первостепенное значение инвестированию в первичную медико-санитарную помощь как эффективной

мере по повышению доступности, ценовой приемлемости и качества услуг, а также по совершенствованию мер реагирования во время кризисов и ускорению процессов восстановления и реабилитации;

- решать проблему относительного недофинансирования сектора медицинского обслуживания в чрезвычайных ситуациях путем предоставления своевременного, гибкого и предсказуемого финансирования для планирования и составления программ по скорейшему восстановлению;
- приветствовать групповой подход как полезную платформу для содействия межсекторальному сотрудничеству, эффективной координации действий различных учреждений по развитию и различных типов участников в поддержку государственных приоритетов;
- укреплять способность общин противостоять угрозам в чрезвычайных ситуациях и в случае стихийных бедствий, считая это основной стратегией устойчивого снижения риска во время стихийных бедствий и повышения готовности к ним.

Приложение 1

Выступления, посвященные вопросам передовой практики и новым инициативам в области финансирования здравоохранения

1. Г-н Роберт Филипп, руководитель отдела инновационного финансирования Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, представил историю успеха фонда. За период с момента своего основания в 2002 году Глобальный фонд вырос в крупное учреждение, которое обещало выдать кредиты в размере 20 млрд. долл. США, финансирует одну треть всего многостороннего финансирования борьбы с ВИЧ/СПИДом и обеспечивает две трети всего финансирования лечения малярии и туберкулеза. Кроме того, фонд принимает активное участие в профилактике этих заболеваний и осуществляет ряд дополнительных инициатив по привлечению средств, таких как «товары RED». Оратор пояснил, что Глобальный фонд действует только как кредитное учреждение, реагирующее на потребности различных стран, в то время как страны осуществляют программы самостоятельно. По мнению г-на Филиппа, программы реализуются конкретными странами, они являются транспарентными, комплексными и основаны на модели, учитывающей результаты и последствия. Он подчеркнул, что фонд также финансирует программы по укреплению национальных систем здравоохранения и национальных стратегий в области охраны здоровья. Хотя деятельность Глобального фонда не пострадала, несмотря на глобальный финансовый кризис, проблема состоит в том, чтобы задача всемирной охраны здоровья оставалась главной в международной повестке дня.

2. Д-р Санья Ништар, председатель и главный административный сотрудник неправительственной организации «Хартфайл» (Heartfile), представила экспериментальный проект по справедливому финансированию медицинского обслуживания в Пакистане. Расходы на услуги здравоохранения являются самой серьезной причиной бедности после неграмотности и безработицы. Это особенно очевидно в странах Азиатско-Тихоокеанского региона, где основным средством финансирования здравоохранения — наличная оплата пользователями медицинских услуг. Она объяснила, что экспериментальный проект по справедливому финансированию медицинского обслуживания в Пакистане имеет своей целью разработать устойчивую и воспроизводимую модель финансирования медицинских услуг, чтобы защитить бедных от разорительных расходов и обеспечить большую прозрачность для доноров, гарантирующую устойчивость модели. В такой инновационной модели поставщик медицинских услуг получает оплату через фонд, что должно улучшить доступ к этим услугам беднейших слоев населения.

3. Д-р Томас Тойшер представил Механизм закупки доступных лекарственных препаратов от малярии, который должен быть запущен в мае 2009 года. Он подчеркнул, что борьба с малярией способствует достижению всех Целей тысячелетия в области развития и таким образом является третьей наиболее рентабельной мерой вмешательства в систему охраны здоровья. Этот новый механизм расширит доступ к основным видам лечения за счет снижения цены на лекарственные препараты. В нем будет использована глобальная доплата, предоставляемая ЮНИТЭЙД, для обеспечения всеобщего доступа к лечению в го-

сударственном и частном секторах по приемлемым ценам. Кроме того, инициатива имеет своей целью сделать комбинированное лечение доступным конечному пользователю по низкой цене или бесплатно путем обсуждения условий предоставления недорогих противомаларийных препаратов и назначения цен и условий для международного распространения. Поскольку в данном механизме будут использоваться международные ресурсы, предназначенные для лечения конкретного заболевания, данная инициатива не нанесет ущерба системам здравоохранения стран и снизит наличные расходы пользователей услуг.

4. Д-р Равиндра П. Раннан-Элия, директор и действительный член научного общества Института политики в области здравоохранения, представил обзор ситуации с охраной здоровья в Шри-Ланке и показал, что страна следует третьей модели здравоохранения. Развивающиеся страны, выделяющие только 2–3 процента ВВП на здравоохранение, не могут позволить себе иметь национальные системы здравоохранения и нуждаются в успешном соединении финансирования из государственных и частных источников. В случае Шри-Ланки государственное финансирование здравоохранения составляет только 48 процентов от общих расходов на охрану здоровья, но эти ограниченные бюджетные средства используются эффективно. Шри-Ланка направляет государственные средства в частности на финансирование больниц и содержание пациентов в стационаре и обеспечивает доступность услуг общественного здравоохранения для бедных. Это стало гарантией того, что стратегии нацелены на бедные слои населения, а эффективность системы здравоохранения постоянно повышается.

5. Проф. Хасбулла Габрани, директор Института социального обеспечения Индонезийского университета, остановился на политике и полученном опыте по разработке новой системы национального медицинского страхования в Индонезии. Движущей силой реформы системы здравоохранения стал национальный закон о социальном обеспечении, принятый в 2004 году. Новая модель здравоохранения была спланирована таким образом, чтобы повысить результативность мер по охране здоровья и заменить фрагментарную систему здравоохранения. Проект предусматривал привлечение средств с помощью национальной модели социального страхования, по которой правительство субсидировало доступ бедных к медицинскому обслуживанию. Модель столкнулась с противодействием со стороны местных органов власти, политиков и внешних доноров и подверглась критике из-за ее обязательной системы контроля и управления средствами со стороны центрального правительства. По мнению оратора, важный вывод, который можно сделать из опыта Индонезии, состоит в том, что при изменении модели финансирования здравоохранения следует также учитывать политические аспекты.

6. Д-р Киётака Сэгами, исполнительный директор-член правления Агентства социального обеспечения и медицинского обслуживания, рассказал о национальной политике Японии по профилактике метаболического синдрома. Этот синдром, существенно снижающий ожидаемую продолжительность жизни пациентов, является заболеванием, связанным с образом жизни и характеризующимся рядом факторов метаболического риска, таких как брюшное ожирение, гипертония и резистентность к инсулину. Япония осуществила ряд стратегий и привлекла все заинтересованные стороны для контроля за медицинскими расходами в связи с ростом метаболического синдрома у своего стареющего

населения. В лечении применяется комплексный подход, при котором первичными мерами являются профилактика и контроль факторов риска с помощью пропаганды и поддержки изменений в образе жизни, а лечение медикаментами применяется в качестве последнего средства. Успех этого подхода кроется в выполнении последовательного долгосрочного плана, согласованного с различными заинтересованными сторонами и лицами, определяющими политику.

7. Г-н Кевал Ханда, генеральный директор компании «Пфайзер» в Индии, рассказал о потенциале глобальных частно-государственных партнерств. Примерами могут служить такие партнерства, как Operation Sanjeevini, которое предоставляет инновационные услуги по спасению пострадавших в дорожных авариях, Arogya Raksha Yojana Health Micro-insurance Scheme (ARYMIS), план медицинского страхования неблагополучных с экономической точки зрения пациентов в городах и сельской местности, сеть больниц Narayana Hrudaya-laya, основанная д-ром Деви Шетти, которая проводит современные бесплатные или частично оплачиваемые операции на сердце, ассоциация комплексного лечения проказы, созданная компанией «Новартис», которая обеспечивает пациентам доступ к лечению и решению вопросов инвалидности. Эти примеры показывают, что частно-государственные партнерства могут внести большой вклад в эффективное предоставление медицинских услуг. Собственная глобальная партнерская деятельность компании «Пфайзер» с государственными и частными организациями, например Программа борьбы с малярией, Программа партнерства с компанией по производству дифлюкана, Global Health Fellows (Всемирная программа для стипендиатов в области медицины), Партнерство «Пфайзер-Грамин» и Инициатива в области здравоохранения компании «Пфайзер» в Индии, вдохновляется желанием лечить (лекарства и услуги), учить (образование и информационно-просветительская деятельность), строить (инфраструктура) и служить (информационно-пропагандистская деятельность в социальной сфере).

8. Г-жа Рехана Рияуала, координатор Ассоциации самостоятельно занятых женщин (SEWA), рассказала, что Ассоциация была основана в 1972 году в Индии и в настоящее время насчитывает свыше миллиона членов. Эта организация неимущих женщин, занятых в неформальном секторе экономики Индии, включает три движения: профсоюзное, рабочее и женское. Для того чтобы достичь двойной цели — полной занятости и экономической самостоятельности, Ассоциация применяет комплексный подход: создание потенциала, социальное обеспечение и накопление капитала. Оратор пояснила, что Ассоциация предоставляет своим членам профилактические и лечебные медицинские услуги в дополнение к программам по санитарному просвещению и обучению. Ассоциация также осуществила ряд инициатив, в том числе оказание медицинских услуг неимущим людям, особенно в сельской местности, и более четкое соблюдение гигиены труда и техники безопасности. Она сказала, что эти элементы, взятые вместе, доказали свою полезность в обеспечении стабильности жизни женщин в Индии.