

**Экономический и Социальный Совет**

Distr.: General  
30 July 2009  
Russian  
Original: English

---

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

**Письмо Постоянного представителя Шри-Ланки при  
Организации Объединенных Наций от 15 июня 2009 года  
на имя Председателя Экономического и Социального Совета\***

Имею честь препроводить настоящим национальный доклад Демократической Социалистической Республики Шри-Ланки под названием «Стратегии национального развития и обязательства по выполнению согласованных на международном уровне целей в области развития, включая ЦРДТ: национальный доклад Шри-Ланки» для Ежегодного обзора на уровне министров, который пройдет в рамках Этапа заседаний высокого уровня основной сессии Экономического и Социального Совета 2009 года (см. приложение).

Буду признателен за распространение текста настоящего письма и приложения к нему в качестве документа Совета в соответствии с пунктом 2(b) повестки дня.

Примите, Ваше Превосходительство, уверения в моем высочайшем уважении.

(Подпись) Его Превосходительство **Г.С. Палихаккара**  
Посол  
Постоянный представитель

---

\* Настоящий документ был ранее выпущен под условным обозначением E/2009/99 от 16 июня 2009 года (см. E/2009/111/Corr.1).



**Приложение к письму Постоянного представителя  
Шри-Ланки при Организации Объединенных Наций  
от 15 июня 2009 года на имя Председателя Экономического  
и Социального Совета**

**Стратегии национального развития и обязательства  
по выполнению согласованных на международном  
уровне целей в области развития, включая ЦРДТ:  
национальный доклад Шри-Ланки**

*Резюме*

Политика в области развития Шри-Ланки в постколониальный период имеет целый ряд особенностей. На момент ее разработки эта политика должна была руководствоваться многоцелевым набором показателей, включая экономический рост, справедливое перераспределение благ, сокращение масштабов нищеты, содействие расширению занятости, сбалансированное региональное развитие и экологическую устойчивость. Однако реализация такой рамочной политики столкнулась с серьезной проблемой, поскольку для этого постоянно требовалось выявление и преодоление трудных и сложных компромиссов, противоречий и вызовов. Тем не менее Шри-Ланка смогла в условиях такого рамочного политического механизма добиться ряда широко признанных позитивными результатов в сфере развития человеческого потенциала.

В период между первоначальным проектом и итоговой редакцией данного добровольно представляемого национального доклада (ДНД) Шри-Ланка пережила период последовательного развертывания важнейшего исторического процесса, а именно постепенной ликвидации организации "Тигры освобождения Тамил Илама" (ТОТИ), которая на протяжении почти трех десятилетий возглавляла разрушительное сепаратистско-террористическое движение в стране. Ликвидация этого движения в мае 2009 года предвещает укрепление демократических ценностей и процессов, которые Шри-Ланка старалась сохранять в течение всего периода своей постколониальной истории. Кроме того, радикальное изменение ситуации в сфере безопасности открыло для страны чрезвычайно благоприятные перспективы в плане ускоренного социально-экономического и политического развития на основе уже достигнутых результатов.

Шри-Ланка уже выполнила или находится на пути к выполнению ЦРДТ в области борьбы с нищетой, образования и здравоохранения, принимая, однако, во внимание сохранившиеся значительные дисбалансы между отдельными регионами. Этому содействовали сравнительно благоприятные экономические показатели, например 5-процентный экономический рост начиная с 2002 года, а также снижение на 5 процентов уровня безработицы. Социально-экономическая политика Шри-Ланки сохраняет свою рыночную ориентацию, однако с особым акцентом на содействие экономической деятельности на внутреннем рынке и применительно к коренному населению. Кроме того, с 2005 года был принят ряд мер по обеспечению более равноправного распределения благ от экономического роста. В связи с этим дополнительный импульс получил процесс сокращения масштабов нищеты. Улучшение ситуации в сфере безопасно-

сти позволяет в настоящее время политикам систематически концентрировать свои усилия на улучшении условий жизни населения на севере и востоке страны. Тот разрыв между городом и деревней, который наблюдался в период неолиберальной политики, вероятно всего, сократится за счет недавнего повышения приоритетности развития сельскохозяйственного сектора и сельских районов. Национальное возрождение с момента победы над сепаратистско-террористическими силами будет, вероятно всего, использовано в качестве позитивной движущей силы для ускорения "экономического роста". Должна быть сохранена известная в Шри-Ланке традиционная модель "государства всеобщего благосостояния", предусматривающая схемы перераспределения доходов, бесплатное образование и здравоохранение и т. д. Именно такой политический фон обусловил то обособленное положение, которое занимает Шри-Ланка при ее сравнении с другими государствами.

Общепризнано, что основная ответственность за продвижение к выполнению согласованных на международном уровне целей в области развития лежит на правительстве. Тем не менее существенный вклад в развитие Шри-Ланки внесли потоки ОПР и другие формы иностранной помощи. В условиях, когда в конце 1990-х годов Шри-Ланка перешла в категорию стран со средним уровнем доходов, объемы ОПР постепенно сократились. В последние годы для привлечения из-за границы необходимых ресурсов на цели развития правительство все больше поворачивается в сторону льготных займов у стран, не входящих в Комитет содействия развитию, а также в сторону коммерческого заимствования.

В данном ДНД затронут ряд проблем и вызовов, с которыми сталкивается Шри-Ланка в ходе выполнения согласованных на международном уровне целей развития. Во-первых, суммарные достижения во всех областях гуманитарного развития характеризуются дисбалансом между отдельными социальными группами населения и регионами. Во-вторых, субсидируемые службы и услуги с учетом их высокой зависимости от государственного бюджета несут в себе значительный фактор неопределенности, обусловленный долгосрочной финансовой устойчивостью. Кроме того, в адрес таких служб раздается критика за отсутствие у них целенаправленного характера. В-третьих, сохраняется высокая концентрация безработицы среди молодежи и образованной части населения, несмотря на снижение ее общего уровня. Кроме того, необходимо постепенное улучшение структуры имеющейся занятости в плане расширения возможностей более высококвалифицированного трудоустройства. Проблема качества также встает и в других сферах, таких как образование и здравоохранение. В-четвертых, важнейшую роль играет донесение достижений научно-технического прогресса (НТП) до отдаленных и сельских общин в целях обеспечения их равноправного развития. Позитивно были встречены политические меры, принятые для распространения достижений НТП в отдаленных сельских районах. В-пятых, важная роль в политике Шри-Ланки отводится обеспечению экологической устойчивости во всех связанных с развитием сферах деятельности, однако в процессе практической реализации мер, принимаемых в целях обеспечения экологической стабильности, возникают огромные проблемы. В-шестых, и что наиболее важно, в обозримом будущем наиболее серьезной проблемой останется национальное объединение. Особую важность приобретают проблемы, связанные с взаимоотношениями между этническими сингальскими и тамильскими общинами. Сделанные с момента ликвидации ТОТИ политиче-

ские заявления, а также принятые на местах меры по решению указанных проблем позволяют смотреть в будущее с оптимизмом.

Часть В данного ДНД посвящена показателям деятельности сектора здравоохранения Шри-Ланки, а также тем проблемам, с которыми сталкивается этот сектор. В данной части рассмотрены основополагающие политические подходы, людские и материальные ресурсы государственной системы здравоохранения, ее вклад в достижения страны в области развития человеческого потенциала, а также некоторые проблемы и вызовы, с которыми сталкивается этот сектор. Система здравоохранения постепенно расширяется, благодаря тем ресурсам, которые направляются в нее государством. После возврата к схеме ежегодных крупномасштабных государственных ассигнований в здравоохранение значительно улучшилось состояние здоровья населения. "История успеха", касающаяся улучшения здоровья населения такой страны с низкими доходами, как Шри-Ланка, обусловлена рядом социально-экономических и политических факторов. Среди прочего значительную роль в этом сыграла сама система здравоохранения.

Существуют две наиболее заметные особенности управления государственным сектором системы здравоохранения Шри-Ланки: i) предоставление бесплатного медицинского обслуживания и ii) обеспечение обслуживания поблизости от проживания пациентов. Также не существует препятствий к росту частного сектора медицинских услуг. Государственные учреждения здравоохранения играют лидирующую роль в информационно-пропагандистской, профилактической, лечебной и реабилитационной работе. Государственный сектор поддерживает плюралистическую систему здравоохранения путем принятия политических обязательств по содействию функционированию традиционных систем медицины, в том числе основанных на аюрведических традициях.

В рамках сектора здравоохранения ведется активная деятельность в сферах профилактики и лечения болезней. Была значительно снижена распространенность инфекционных и паразитарных заболеваний. Программа вакцинации в Шри-Ланке уже достигла практически полного охвата населения. Эти факторы плюс общий процесс социально-экономического развития позволили поднять национальные показатели в области здоровья до весьма внушительного уровня. Также значительно улучшены лечебные отделения в рамках государственных медицинских учреждений за счет организационных реформ и более высокого объема инвестиций. Принимаются меры по решению проблемы равномерного регионального распределения учреждений здравоохранения. Усовершенствованы имеющиеся в крупных больницах медицинские технологии. В государственных учреждениях здравоохранения увеличены численность персонала и объемы поставок материалов медицинского назначения, что, таким образом, содействует процессу улучшения качества предоставляемых услуг.

Несмотря на весьма похвальные достижения, система здравоохранения Шри-Ланки в настоящее время в своей работе сталкивается с многочисленными проблемами и напряженностью. Эти проблемы носят в основном системный и институциональный характер, что связано с общей ситуацией в стране в плане макроэкономических, связанных с развитием, исторических, социальных, политических и нормативно-правовых факторов. В настоящем ДНД кратко рассматриваются следующие проблемы: i) изменение эпидемиологической ситуации, характеризующееся смещением проблем со здоровьем с инфекционных и

паразитарных заболеваний на неинфекционные заболевания; ii) ограниченность финансовых ресурсов в связи с высокой зависимостью от ресурсов за счет налогообложения при том, что лишь небольшой объем средств приходит в форме оплаты пользователей за медицинские услуги; iii) проблемы, связанные с децентрализацией полномочий в рамках системы областных советов; iv) ограниченность людских ресурсов; v) административно-управленческие проблемы, связанные с функционированием сложной, огромной по размерам и централизованной системы здравоохранения; и vi) проблемы обеспечения равновесия в предоставлении услуг здравоохранения.

Исследование этого сектора позволяет понять, каким образом правительство страны способно помочь в достижении важнейших социальных целей с помощью системных мер вмешательства, несмотря на то что текущий уровень экономических показателей не слишком сильно помогает в этом процессе. Шри-Ланка является наглядным примером того, как развивающаяся страна может достичь высоких показателей выполнения целей в сфере здравоохранения даже в отсутствие всеобъемлющих схем медицинского страхования, за счет выделения небольшой доли бюджетных налоговых поступлений на расходы в сфере здравоохранения. Весь остальной мир может получить колоссальные выгоды за счет опыта системы здравоохранения Шри-Ланки.

## I. Введение

Согласованные на международном уровне цели в области развития (МСЦР) в том виде, в котором они сформулированы международным сообществом, включают широко известные цели в области развития Декларации тысячелетия (ЦРДТ), а также ряд других целей. Как резюмируется в одном недавнем документе Организации Объединенных Наций, МСЦР, будучи более широкомасштабными, нежели ЦРДТ, охватывают системные вопросы и обязательства политического и социально-культурного характера – цели в сфере надлежащего управления, демократии и прав человека, включая верховенство закона, права меньшинств и свободу средств массовой информации, социальную интеграцию, защиту уязвимых групп населения, уважение культурного и расового многообразия и уважение прав мигрантов (Организация Объединенных Наций, 2008 год). На уровне Организации Объединенных Наций был начат процесс ежегодно проводимого на уровне министров обзора достижений отдельных стран по выполнению данных целей. 2009 год стал третьим годом проведения такого обзора. Для обеспечения механизма таких оценок готовятся добровольно представляемые национальные доклады (ДНД).

Данное исследование является ДНД Шри-Ланки. Оно было подготовлено с помощью методов широкой совместной работы. Первый проект был написан по результатам обсуждений с членами официального координационного комитета. После серии пересмотров с учетом замечаний, полученных со стороны ряда заинтересованных министерств, доклад был подвергнут широкому обсуждению на национальном семинаре, в котором участвовала и представила свои соображения репрезентативная группа заинтересованных лиц из профильных министерств и департаментов, научных кругов, международных агентств, гражданского общества внутри страны и частного сектора. В данном проекте доклада учтены наиболее существенные позиции и мнения, изложенные на этом национальном семинаре.

Целью данного ДНД является изучение и оценка того, как Шри-Ланка выполняет свои национальные стратегии развития по достижению МСЦР. Эта презентация, как мы надеемся, даст возможность сообществу, занимающемуся вопросами развития, понять политику Шри-Ланки и условия, с тем чтобы, с одной стороны, оно могло дать некоторые свои оценки, что поможет Шри-Ланке улучшить собственные показатели, и, с другой стороны, позволить обменяться накопленным опытом, чтобы была возможность воспроизведения в других странах эффективной политики и передовой практики.

Исследование состоит из двух основных частей. Часть А содержит три основных раздела (II, III и IV), которые призваны достичь двух широких аналитических целей. Первая – исследовать и проанализировать общую политику Шри-Ланки в области развития (разделы II и III). Вторая – дать критический обзор показателей эффективности Шри-Ланки, а также стоящих перед страной вызовов в выполнении МСЦР с особым упором на ЦРДТ (раздел IV). Уже имеется ряд всеобъемлющих исследований, охватывающих достижения Шри-Ланки в выполнении ЦРДТ [Всемирный банк (2005 год); Национальная коалиция экономического развития (НКЭР) и ПРООН (2005 год); НКЭР и ПРООН (2009 год); DCS (2009 год)]. Вследствие этого, материал в разделе IV дается в форме весьма сжатого резюме. Часть В данного доклада посвящена конкретному исследованию исторического развития, политики, институциональных структур, достижений и проблем национального сектора здравоохранения. Этот сектор играет колоссальную роль в обеспечении достижения Шри-Ланкой широко признанных на международном уровне целей в области развития.

Большую помощь в подготовке данного ДНД оказала имеющаяся в Шри-Ланке всеобъемлющая база данных. Эта база данных в течение многих лет постепенно пополнялась с помощью статистических обследований и административных процессов. Здесь необходимо также упомянуть проведенную недавно целенаправленную аналитическую работу по изучению достижений в области ЦРДТ. Следует, однако, отметить присутствие ряда проблем, связанных с наличием тех или иных данных. Отсутствие надежной информации по северным и восточным провинциям страны обусловлено складывающимися там в течение нескольких десятилетий условиями конфликта и насилия. С возвращением мира в эти регионы в середине 2009 года власти страны оптимистично настроены в плане получения, начиная уже с текущего года, возможности составления более надежных баз данных, охватывающих всю страну. Другой проблемой, связанной со статистической информацией по тематике данного доклада, является то, что ряд государственных статистических учреждений, в частности Департамент переписей и статистики, Центральный банк, министерства здравоохранения, образования и охраны окружающей среды публикуют данные по одной и той же тематике, однако имеют место некоторые несовпадения. Эти различия обычно незначительны, и в данном исследовании не стоит задача глубокого исследования этой проблемы различий в данных.

## **Часть А. Социально-экономическая политика и ЦРДТ**

### **II. Социальная и экономическая политика Шри-Ланки**

Эксперты, занимающиеся изучением показателей развития Шри-Ланки с момента ее деколонизации, нередко поднимают два важных вопроса. Во-первых,

за этот период произошло расширение производительных сил Шри-Ланки, однако этот процесс шел достаточно медленно по сравнению, например, с быстро растущими странами Восточной и Юго-Восточной Азии. В результате большинство последних смогли достичь более высоких показателей в уровне дохода, нежели Шри-Ланка, хотя на момент окончания Второй мировой войны они занимали более низкие позиции по уровню дохода. Во-вторых, в плане социальных показателей и других измерителей уровня развития человеческого потенциала Шри-Ланка добилась лучших показателей, нежели в плане показателя ВВП на душу населения, во многом благодаря принятой в стране социально-экономической политике, которая благоприятствует развитию человеческого потенциала.

Процесс проведения политических/конституционных экспериментов в течение последних 20 лет британской колониальной власти в Шри-Ланке, в частности введение в 1931 году частичного самоуправления, основанного на всеобщем праве голоса для взрослого населения, привело к зарождению в стране основ "государства всеобщего благосостояния" (Wickramaratne, 1973; Alailima, 1997; Jayasuriya, 2000). Ранний этап шри-ланкийского государства всеобщего благосостояния характеризовался i) всеобщим охватом льготами при отсутствии их целевого распределения, ii) системой перераспределения доходов, iii) отсутствием государственных схем социального обеспечения и поддержания доходов и iv) явным дисбалансом между городом и деревней в плане предоставления услуг и льгот, который компенсировался пакетом стратегий сельского развития (Jayasuriya, 2000). Что касается денежного обеспечения, то эта система зависела от финансовых излишков, получаемых правительством за счет сектора сельскохозяйственного экспорта. Воздействие этих первоначальных политических инноваций, несмотря на их ограниченность, должно было превратить Шри-Ланку в страну, которая характеризовалась как занимающая "обособленную" позицию по сравнению с уровнем доходов и "социальными показателями" других стран (Isenman, 1975). В настоящее время Шри-Ланка стоит на 15-м месте из 178 стран по "индексу счастливой планеты" (ИСП) – индексу благосостояния человека и воздействия на окружающую среду, который был введен в 2006 году "Фондом новой экономики"<sup>1</sup>.

Система государства всеобщего благосостояния представляла собой часть целостной концепции развития, которой следовали многие правительства Шри-Ланки после получения ею независимости. Составными элементами этой целостной версии развития являются экономический рост, перераспределение доходов или социальная справедливость и создание рабочих мест. Когда этого потребовали изменившиеся взгляды на передовую международную практику, к группе принятых политических целей были добавлены такие элементы, как сокращение масштабов нищеты и экологическая устойчивость. Были также приняты компромиссы и принесены определенные жертвы в рамках усилий по од-

<sup>1</sup> Кроме того, существовало негативное отношение к выбору той политики, которая содействовала достижению высоких показателей развития человеческого потенциала. Одна из подобных точек зрения состояла в том, что в результате такой политики жители Шри-Ланки "научились наслаждаться плодами, еще не посадив дерево". Достижения Шри-Ланки в области развития человеческого потенциала также характеризовались скорее как "зависимые от помощи" (подразумевая их неустойчивый характер), а не "обусловленные экономическим ростом" (и, вследствие этого, устойчивыми). Высказывалось аналогичное соображение о том, что политика Шри-Ланки представляет собой политику "распределения нищеты".

новременному достижению этих целей (Lakshman, 1975). Такая приверженность целостной версии развития сохранялась, несмотря на смену правительств с учетом, однако, изменения той относительной роли, которая отводилась различным элементам многомерной модели развития.

Наиболее далеко идущее изменение социально-экономической политики с момента достижения независимости произошло в конце 1970-х годов. Начиная с 1977 года в стране началась трансформация от сложившегося на тот момент "режима контроля" при доминирующей роли государства к либерально-рыночной экономике, открытой для постоянного процесса глобализации. Политика либерализации и глобализации почти во всем мире характеризуется излишним энтузиазмом по поводу темпов экономического роста. Аналогичные акценты также имели политические приоритеты Шри-Ланки. В документах широко зафиксированы сокращения государственных расходов на социальный сектор в 1980-е годы (Alailima, 1997: 157). Новый подход к социальному обеспечению в рамках политики либерализации характеризовался i) значительным сокращением социальных расходов, ii) избирательным подходом с элементом целевого распределения, iii) снижением приоритетности целей справедливого перераспределения доходов, iv) поощрением развития предоставляемых на коммерческой основе социальных услуг и v) повышенным упором на модернизацию сельскохозяйственного сектора (Jayasingh, 2000).

Текущий этап социально-экономической политики Шри-Ланки по-прежнему отличается рыночной направленностью, но с определенными важными стратегическими изменениями. Государство принимает на себя более значительную нормативно-правовую и стимулирующую роль. Этот этап политической эволюции начался в 2005 году после избрания нового исполнительного президента с предвыборной платформой, настроенной на перемены. (Rajapaksa, 2005). Основные темы его предвыборной платформы были позднее в деталях сведены Департаментом национального планирования Министерства финансов в десятилетнюю программу политики в области развития (Department of National Planning, 2006). В соответствии с этим документом новый политический подход предусматривал объединение "...положительных аспектов рыночной экономической политики с ожиданиями внутри страны путем предоставления необходимой помощи национальным предприятиям и поощрения иностранных инвестиций" (пункт v). В качестве политической цели предусматривалось улучшение перспектив экономического роста в условиях основанного на равноправии развития страны с особым упором на отстающие регионы.

Таким образом, общеполитические цели Шри-Ланки могут по своему характеру рассматриваться как содействующие выполнению МСЦР и ЦРДТ. Жители Шри-Ланки эффективно используют взаимодополняющий характер уровня образования, гендерного равенства и хорошего состояния здоровья для подкрепления достижений в выполнении МСЦР. При этом, однако, чрезвычайно трудной задачей оказалось эффективное выполнение всей системы многочисленных целей, поскольку для этого постоянно требовалась выработка сложных и трудных компромиссов, преодоление противоречий и вызовов.



### III. Рамочная система политических мер

Данное исследование касается преимущественно достижений Шри-Ланки в области развития человеческого потенциала. Развитие человеческого потенциала достигается на основе роста производства, производительности труда и занятости, а также способов распределения произведенного продукта. Все производственные и распределительные процессы прямо или косвенно, в большей или меньшей степени находятся под влиянием политики правительства. В следующих подразделах сделана попытка выделить те основные элементы социально-экономической политики Шри-Ланки, которые тем или иным образом влияют на уровень достижений МСЦР/ЦРДТ. Возьмем, например, аспект развития человеческого потенциала, связанный с сокращением масштабов нищеты. Этот аспект является производным от широкого спектра социально-экономических факторов, без учета того, происходят ли они независимо или в виде реакции на политические меры, принятые в целях прямого воздействия на живущие в нищете социальные группы населения. В рамках такой аргументации анализ мер по содействию выполнению МСЦР/ЦРДТ становится анализом всего спектра политических мер в сфере развития. Однако это исследование не имеет столь широкого охвата. В следующем подразделе делаются некоторые ссылки на важнейшие элементы общих мер экономической политики, принятых в Шри-Ланке за последние 30 лет. Охват рассматриваемых вопросов в последующих разделах ограничен разумными пределами, и в них рассматриваются только те политические меры, которые отличались особой направленностью в сторону развития человеческого потенциала.

#### III.1 Общеполитический подход

Шри-Ланка стала одним из первопроходцев в связи с недавно наметившейся тенденцией продвижения к ориентированной на рынок политике на основе либерализации, отмены регулирования цен, приватизации и глобализации. Процесс политических реформ начался в 1977 году. В течение почти всего периода 1977–2005 годов экономическая политика направлялась Всемирным банком и МВФ в рамках макроэкономической модели по типу "структурной коррекции". Позднее в торговых вопросах был принят курс регионализма. Региональные торговые соглашения рассматривались в качестве трамплина для более широкой либерализации торговли. Другими важнейшими элементами пакета мер либеральной экономической политики Шри-Ланки стали политические принципы поощрения прямых иностранных инвестиций (ПИИ), ориентированного на экспорт производства, передачи технологии со стороны развитых стран, а также сравнительно свободные валютные операции в рамках текущего счета платежного баланса. Кроме того, вплоть до момента, когда Шри-Ланка пересекла порог "страны со средним уровнем доходов", многие двусторонние и многосторонние агентства-доноры рассматривали Шри-Ланку как приоритетного получателя официальной помощи в целях развития (ОПР).

Позднее появилась обеспокоенность по поводу воздействия политики либерализации и глобализации на внутренний производственный сектор, включая принадлежащие коренному населению производственные предприятия. После 2005 года экономическая политика отражает попытку страны стать независимой от модели структурной коррекции, не отказываясь полностью от сравнительной открытости в отношении внешней торговли и ПИИ (Rajapaksa, 2005).

При этом, однако, особый льготный режим предоставляется внутриэкономической деятельности, в том числе в целях замещения импорта. Делается попытка управлять импортом таким образом, чтобы защищать и поощрять соответствующие виды внутренней производственной деятельности. Было объявлено о том, что приватизация государственных предприятий проводится не будет.

Вне зависимости от того, какая партия находится у власти, политика Шри-Ланки указывает на явную приверженность демократическим ценностям. Демократия, права человека и надлежащее управление являются признанными политическими целями. Каждое избираемое правительство всегда подтверждало приверженность этим демократическим ценностям, в то время как политическая оппозиция всегда подвергала жесткой критике демократическую практику действующего правительства. Этот острый конфликт не содействовал поддержанию практики надлежащего демократического управления и защиты прав человека. В связи с окончанием конфликта между ТОТИ и правительством Шри-Ланки в середине 2009 года в настоящее время наметились отчетливые перспективы реализации соответствующего пакета социальных, политических и экономических мер по устранению первопричин этого затянувшегося конфликта. Такие условия являются предвестником укрепления демократии в обозримом будущем.

### **III.2 Меры, направленные на ликвидацию нищеты**

На Шри-Ланке постоянно осуществлялись программы социального вспоможения, направленные на сокращение масштабов нищеты, голода и болезней. К ним относятся программа субсидирования продуктов питания (1942–1977 годы), программа продовольственных талонов (1979–1989 годы), программа "Джанасавайя" (1989–1994 годы) и, наконец, программа "Самурдхи" (с 1995 года по настоящее время), а также широко пропагандируемые бесплатные образование и здравоохранение. В рамках программы "Самурдхи", которая на настоящий момент является основной правительственной программой сокращения масштабов нищеты, используются как краткосрочные, так и долгосрочные стратегии – перераспределение доходов и обеспечение средств к существованию, социальное страхование и общественное развитие путем расширения прав и возможностей и мобилизации человеческого потенциала для достижения этих целей. Наряду с этим существует несколько проектов развития сельских районов, такие как "Гама Нагума", "Мага Негума", "Геми Дирийа" и "Джана Пубудува". Осуществляются также проекты по внедрению в сельских районах современных информационных технологий. Кроме того, осуществляется ряд широкомасштабных проектов по сокращению масштабов нищеты среди лиц, работающих в государственном секторе, посредством улучшения качества жилья рабочих в сельских поселениях, развития систем водоснабжения и канализации, проведения электричества в сельские дома, предоставления профессионально-технической подготовки для безработной молодежи и т. д. Важным элементом многих программ и проектов по сокращению масштабов нищеты является обеспечение средств к существованию для малоимущего населения путем как трудоустройства на оплачиваемую работу, так и содействия самостоятельной занятости. Все эти меры вмешательства в области сокращения масштабов нищеты оказали существенный благотворный эффект в плане сокращения нищеты и голода, особенно в сельских районах Шри-Ланки, включая государственный сектор, в котором участвует подавляющая часть малоимущего населения страны.

### III.3 Меры в социальном секторе — образование и здравоохранение

Сфера образования в Шри-Ланке имеет существенное комплексное значение в рамках всех поставленных совокупных целей в области развития человеческого потенциала, а именно в области экономического роста, справедливого перераспределения доходов, сокращения масштабов нищеты и т. д. Расширение возможностей получения образования и улучшение национальных систем образования рассматриваются как важнейшие и наиболее приоритетные задачи. С момента принятия Закона об образовании 1945 года дети и молодежь Шри-Ланки, как мальчики, так и девочки, имеют доступ к бесплатному образованию с детского сада и до университета. Закон об образовании 1998 года ввел обязательное образование для всех детей в возрасте от 5 до 14 лет. Эти законодательные изменения и другие институциональные меры значительно расширили охват учебных заведений. Сохраняется проблема регионального дисбаланса и различий в качестве образования между отдельными учебными заведениями. Тем не менее в широкомасштабную инфраструктуру общественного образования входят свыше 9700 государственных школ четырех различных категорий, в которых учатся свыше 3,8 млн. учащихся и работают 204 тыс. преподавателей, а также значительное число негосударственных учебных заведений<sup>2</sup>, часть из которых получают государственную помощь, а другие являются полностью самостоятельными. Начиная с 1940-х годов общим принципом политики Шри-Ланки в сфере образования было гендерное равенство во всех учебных заведениях. Программы социального вспомоществования в сфере образования предусматривают для учащихся обеспечение бесплатными школьными учебниками, школьными обедами, бесплатной школьной формой и субсидированием проезда (на автобусе и/или поезде), а также ряд вспомогательных мер повышения эффективности бесплатного образования. Работают различные стипендиальные программы, например программа открытия учебных заведений, начиная с 5-го класса школы, для одаренных детей из всех слоев общества. Для того чтобы сделать все учебные заведения общедоступными, в настоящее время осуществляется ряд программ помощи детям из отдельных уязвимых социальных групп населения – например, для работающих на плантациях, лиц, которые проживают в районах, пострадавших от гражданской войны, и коренных общин веддов. Имеются специальные программы предоставления образования детям с ограниченными возможностями, детям улицы, детям лиц, перемещенных внутри страны или находящихся в заключении. Достижению цели всеобщего образования помогают политические меры по сокращению распространения детского труда.

Сектор здравоохранения подробно рассматривается в части В данного ДНД, а здесь приводятся лишь несколько соображений по этому поводу. В последнее время Шри-Ланка добилась значительных улучшений в сфере здравоохранения, оставаясь при этом приверженной основополагающему политическому курсу на предоставление бесплатного медицинского обслуживания в государ-

<sup>2</sup> 40 бесплатных частных школ, 29 платных частных школ, 24 специальные школы, 653 учебных заведения под названием "пиривены", обслуживающие в основном, но не исключительно, образовательные потребности буддистского монашества, и 461 образовательный центр неформального обучения. Эти учреждения поддерживают связи с Центральным министерством образования, при этом существует большое число платных школ, часто называемых "международными" школами и зарегистрированных в Совете по инвестициям. Тем не менее подавляющее число учащихся таких "международных" школ составляют местные жители.

ственных медицинских учреждениях для всех, желающих воспользоваться такими услугами. В рамках этой бесплатной системы здравоохранения принимаются меры по вакцинации детей, сокращения масштабов неправильного питания детей и просвещения беременных женщин и матерей. На национальном уровне осуществляется программа охраны детства и материнства. Органы здравоохранения успешно провели множество кампаний по профилактике и борьбе против инфекционных и паразитарных заболеваний. Высокий уровень грамотности населения, а также некоторые аспекты местной культуры помогли органам власти добиться высоких показателей успеха в этих программах. Создание и улучшение канализационных систем в городских и сельских районах, обслуживание и модернизация дренажных систем ливневых стоков и утилизации твердых отходов в городах содействуют распространению принципов здорового образа жизни.

#### **III.4 Экологическая устойчивость**

Правительство Шри-Ланки приняло ряд позитивных шагов по обеспечению экологической устойчивости. В 1980 году был принят Национальный закон об охране окружающей среды. В 1981 году был создан Национальный орган по охране окружающей среды (СЕА), а в 1990 году – Министерство по охране окружающей среды на уровне Кабинета министров. В соответствии с национальной политикой в области охраны окружающей среды долг каждого гражданина "защищать природу и сохранять ее богатства". Эта политика формулирует цели и принципы управления в экологической сфере. Проблемы лесных угодий и биологического разнообразия приобрели нормативно-правовое оформление в виде Национальной политики в области лесного хозяйства, Генерального плана лесного хозяйства и Плана действий по сохранению биоразнообразия, которые были сформулированы в 1990-е годы. В 2000 году была сформулирована Национальная политика охраны дикой природы. Вопросы, относящиеся к энергетике, выбросам углекислого газа и потреблению ХФУ, а также водоснабжение и канализация занимают важное место в политической повестке дня. Будучи одной из стран, подписавших международные соглашения по проблеме изменения климата, Шри-Ланка занимается укреплением организационных структур, необходимых для выполнения своих обязательств. Были инициированы меры по управлению утилизацией твердых отходов в целевых районах, озеленению городов, сведению к минимуму столкновений между людьми и слонами в проблемных зонах и пропаганде развития биотоплива, использования солнечной энергии и сохранения дождевой воды. Повышенное внимание в политике к вопросам экологической устойчивости объясняется концепцией "земли, находящейся в гармонии с природой", которая определяет курс политических мер.

#### **IV. Достижения и стоящие проблемы**

В данном разделе рассматриваются достижения Шри-Ланки на пути к выполнению МСЦР и те проблемы, которые стоят на пути дальнейшего прогресса на этом направлении. Прогресс, достигнутый в области развития человеческого потенциала, был весьма значительным с точки зрения общих или средних показателей. Тем не менее применительно практически к каждому из этих показателей существует проблема модели распределения, как между социальными группами, так и в пределах таких групп, а также между отдельными регионами. Несмотря на удовлетворительный средний уровень условий жизни, некото-

рые сегменты общества еще далеки от достижения условий такого среднего уровня. Межрегиональные, а также внутрирегиональные различия весьма существенны практически по всем сферам жизни и благополучия человека. Представленный здесь анализ дается в весьма сжатой форме, и эти дисбалансы подробно не рассматриваются.

Существует, однако, один общий тезис, требующий более подробного рассмотрения. Шри-Ланка представляла собой рыночную экономику, как до, так и после начатых в 1970-е годы либеральных реформ. При этом рыночные меры вмешательства со стороны правительства всегда играли существенную роль применительно к МСЦР. Это означает, что государственным сектором были привлечены и использованы значительные объемы иностранных и внутренних ресурсов для достижения тех высоких показателей гуманитарного развития, которые сегодня имеет Шри-Ланка. Политическая привлекательность проектов "социального вспомоществования" также привела к значительному дублированию мер, результатом чего стало разбазаривание скудных ресурсов. Различные агентства, как правительственные, так и неправительственные, осуществляли проекты, ведущие к аналогичным результатам в интересах одних и тех же социальных групп. Межучрежденческое сотрудничество по синхронизации усилий даст более существенные выгоды от использования ресурсов, идущих на социальное развитие.

#### **IV.1 Нищета**

Шри-Ланка достаточно далеко продвинулась к достижению цели сокращения вдвое масштабов крайней нищеты к 2015 году. Желаемые результаты принесло увеличение в последнее время повышенного внимания развитию сельских районов Шри-Ланки. В период 2002–2007 годов в преимущественно сельских районах наблюдались более существенные улучшения положения дел в области нищеты. Особенно хорошие результаты показали районы Южной провинции. Например, район Хамбантота, в котором в период 1995/96–2002 годов наблюдалось небольшое увеличение масштабов нищеты, смог практически полностью ликвидировать нищету в период с 2002 по 2006/07 годы. Район Коломбо, наоборот, утратил свою высшую позицию в части наиболее низких районных показателей нищеты и сдвинулся вниз в этом рейтинге. Все высокие результаты обусловлены инициативами действующего правительства по развитию сельских районов. Имеющаяся информация также свидетельствует о росте показателей нищеты в секторе сельских поселений в целом и конкретно в районе Нувара Элия, в частности в период 2002–2007 годов.

Общий подход к сокращению масштабов нищеты в значительной мере зависит от бесплатных услуг и перераспределения доходов от государства в пользу домохозяйств. Это накладывает тяжелое бремя на государственный бюджет. Другой проблемой в связи с этим подходом к сокращению масштабов нищеты является сложность в обеспечении целенаправленности выплат пособий и предоставления бесплатных услуг. Правительство осознает ту важную роль, которую в любой программе устойчивого сокращения масштабов нищеты играет содействие экономической деятельности и занятости в производственном секторе. В рамках таких программ необходимая инфраструктура предоставляется посредством использования государственных ресурсов, часто в сотрудничестве с теми общинами, в интересах которых осуществляются такие программы. Средства к существованию среди малоимущих общин обеспечиваются в со-

трудничестве и при участии их членов. Такие подходы к сокращению масштабов нищеты требуют дополнительного укрепления.

#### IV.2 Занятость

Проблемы занятости и безработицы в Шри-Ланке всегда были весьма чувствительными с политической точки зрения, в частности в силу высокой концентрации безработицы среди молодежи и образованной части населения. Вследствие этого политики серьезно обеспокоены тем, как важнейшие политические меры воздействуют на уровень безработицы. Первое десятилетие с периода либерализации в 1977 году началось с явного улучшения показателей занятости, однако оно закончилось значительным ухудшением ситуации в этой области. Примерно после 1990 года политики чрезвычайно внимательно относились к воздействию на занятость принимаемых ими политических мер. В настоящее время особенно велика обеспокоенность по поводу такого влияния на занятость. Начиная с 2000 года уровень безработицы остается в пределах однозначных цифр. Он постепенно снижается с 2005 года, при этом, согласно последней имеющейся информации за IV квартал 2008 года, уровень безработицы составляет 5,2 процента, что является рекордно низким показателем для Шри-Ланки.

Это зафиксированное в отчетности снижение безработицы является показателем развития человеческого потенциала. Существуют известные пробелы в определении понятия "занятость", которое используется в профильных обследованиях рабочей силы. Лица, занимающиеся "определенной работой за плату или в целях прибыли или повышения благосостояния семьи в течение отчетной недели" рассматриваются в качестве "занятых". Большая доля лиц, регистрируемых как занятые на основе этого определения, имеют либо низкооплачиваемую работу, либо работу низкого качества с точки зрения других условий труда. Примерно четвертая часть всех работников в 2008 году занимались "простейшими" видами деятельности. С большой вероятностью такая занятость являлась низкоквалифицированной. Постепенное улучшение структуры имеющихся рабочих мест в направлении улучшения их качества закрепит достижения в области развития человеческого потенциала.

#### IV.3 Образование

Шри-Ланка достигла практически всеобщего начального образования в условиях, когда чистый коэффициент охвата начальным образованием в 2006 году составил 97,5 процента, как для мальчиков, так и для девочек (в 1996 году этот показатель составил 95,7 процента). Если нынешняя тенденция будет развиваться такими же темпами, то показателя всеобщего образования можно будет достичь задолго до 2015 года. Шри-Ланка столкнулась с более серьезной проблемой удержания учащихся в школе, хотя в этом плане также произошло значительное улучшение. Например, в 1990 году только 68 процентов поступивших в школу доучились до 5-го класса. В 2006/2007 учебном году этот показатель вырос практически до 100 процентов. Уровень грамотности в возрастной группе 15–24 лет начиная с 2000 года остановился на отметке приблизительно 95 процентов. В 2006 году этот показатель для всего населения, а также отдельно для мужчин и женщин составлял, соответственно 95,8, 94,8 и 96,6 процента. Следует отметить несколько более высокий уровень грамотности среди женщин. Необходимо также отметить значительно более низкий уровень гра-

мотности среди жителей плантационных хозяйств. Кроме того, этот показатель упал с 87 процентов в 2001 году до 80 процентов в 2006 году для мужчин, проживающих в поселениях.

Большинство задач ЦРДТ в сфере образования выглядят вполне достижимыми, включая устранение гендерного неравенства на всех уровнях образования. Те проблемы, с которыми сталкивается Шри-Ланка, – высокий уровень отсева из школ в младших классах средней школы и плохие показатели экзаменов на аттестат зрелости (как обычного, так и продвинутого уровня) – обусловлены в основном отсутствием инвестиций в учебные заведения, недостатком в талантливых и мотивированных учителях, особенно в сельских районах, районах плантаций, а также в районах, ранее затронутых гражданской войной.

Многое можно сделать для повышения качества образования, внося при этом необходимые поправки на меняющиеся социально-экономические потребности посредством более эффективного использования имеющихся материальных и людских ресурсов. Тем не менее все еще сохраняются проблемы, не контролируемые в рамках сферы образования. Крайняя нищета по-прежнему выступает главной причиной неполучения детьми начального образования. Дети в таких семьях часто привлекаются к труду для пополнения семейных доходов. Низкий уровень грамотности родителей не позволяет им осознать всю важность направления детей в школу. Ограниченность выделяемых государством средств на образование не позволяет проводить модернизацию классных комнат и базовых учебных помещений, а также внедрять более прогрессивные системы подготовки учителей.

#### **IV.4 Здравоохранение**

В сфере здравоохранения коэффициент смертности детей до пяти лет в 2005 году снизился более чем в два раза по сравнению с показателем 1990 года. К 2015 году планируется снизить его на две трети. Коэффициент младенческой смертности снизился с 19,8 случая смерти на 1000 живорождений в 1990 году до 11,3 в 2003 году, что позволит Шри-Ланке достигнуть к 2015 году целевого показателя в 6,6 случая смерти на 1000 живорождений. Доля детей в возрасте одного года, прошедших вакцинацию против кори, достигла 97 процентов и, следовательно, целевой показатель будет достигнут задолго до 2015 года. Материнская смертность на уровне 2 случаев смерти на 1000 живорождений в 2003 году снизилась более чем в два раза с 1990 года, и целевое снижение этого показателя на три четверти будет достигнуто задолго до 2015 года. В соответствии с демографическим и медико-санитарным обследованием 2006/2007 года, доля родов с участием квалифицированных медицинских работников достигла 97,6 процента и была практически одинаковой по всем секторам. Передовая практика дородового и послеродового наблюдения широко внедряется во всех слоях общества. Все вышеуказанные показатели здравоохранения выглядят весьма неординарно для развивающейся страны с ВВП на душу населения на уровне 1600 долларов США.

Для вышеуказанных достижений в выполнении целей, связанных со здравоохранением, была необходима долгосрочная, согласованная и скоординированная политика в сфере здравоохранения, дополненная успехами в других связанных со здоровьем секторах. Напротив, борьба с ВИЧ/СПИДом в Шри-Ланке стала весьма простой задачей, прежде всего благодаря низкому числу случаев

заболевания и ограниченному масштабу распространения в стране. Частично по этой причине и частично в силу деликатного характера этой проблемы при проведении выборочных обследований данные по распространенности ВИЧ/СПИДа более ограничены, нежели данные, имеющиеся по другим показателям человеческого развития. Осведомленность об этом заболевании среди уязвимых групп населения считается удовлетворительной, благодаря эффективной информационно-пропагандистской работе и высокому уровню грамотности населения. Имеющиеся в отчетности данные, однако, указывают на повышательную тенденцию в плане ВИЧ-инфицирования, хотя и при медленных темпах этого роста. Со стороны властей требуется тщательная работа по поддержанию благоприятного положения страны с учетом тенденций распространения ВИЧ, поскольку страна уязвима по некоторым аспектам этой проблемы [ПРООН и НКЭР (2009а и 2009b)].

#### **IV.5 Гендерное равенство, расширение прав и возможностей женщин**

Шри-Ланка уже достигла определенных показателей ЦРДТ применительно к цели достижения гендерного равенства за исключением цели, касающейся доли женщин в национальном правительстве. Соотношение женщин и мужчин в сфере образования уже составляет 100 процентов или выше на национальном уровне – 99 процентов в начальном образовании, 106 процентов в среднем образовании и 187 процентов в высшем образовании. Эти соотношения очень незначительно варьируются по регионам или в разбивке по городам и деревням. Соотношение грамотных женщин к грамотным мужчинам в возрастной группе 15–24 лет в 2006 году составляло 101,8 процента, а доля женщин на оплачиваемых рабочих местах в несельскохозяйственном секторе – 32,2 процента. В противоположность этим показателям, указывающим на высокий уровень гендерного равенства и участия женщин в экономической деятельности, доля принадлежащих на женщин мест в национальном парламенте (в 2004–2007 годах), однако, остается чрезвычайно низкой – на уровне 6 процентов. Столь же незначительно представительство женщин в выборных органах субнационального уровня (например, в советах провинций). За многие годы тенденция по увеличению этой доли не наблюдалась. Показатели участия женщин (за исключением последнего), а также некоторые аналогичные цифры (например, присутствие женщин в сфере профессиональных услуг) указывают на значительные достижения в области гендерного равенства. Следует отметить, однако, что ученые и социальные работники в этой области не всегда позитивно отзываются об этих показателях как адекватном индикаторе гендерного баланса.

#### **IV.6 Устойчивое развитие**

Площадь лесных массивов сократилась с 34 процентов в 1992 году до 32 процентов в 2000 году и до 29,9 процента в 2005 году. В десятилетнем плане развития (Департамент национального планирования, 2006 год) установлена цель достижения площади лесного массива на уровне 33 процентов всей территории к 2016 году с помощью осуществления "Национальной кампании по лесонасаждениям". Тем не менее обезлесение по-прежнему имеет место, что обусловлено в основном вырубкой лесов для сельскохозяйственных целей и для крупномасштабных проектов в области ирригации и строительства поселений. Проблемой по-прежнему остается то, каким образом можно осуществлять эти меры при надлежащих гарантиях сохранения устойчивости. Соблюдение дей-



ствующих нормативных актов в целях минимизации несанкционированной вырубке лесов, а также мобилизация местных общин для восстановления лесонасаждений представляют собой сложные в политическом плане меры.

В 2006 году почти 85 процентов домохозяйств в Шри-Ланке имели устойчивый доступ к чистой питьевой воде по сравнению с 68 процентами в 1990 году. Это действительно значительное достижение. Эта доля, как ожидается, достигнет 90 процентов к 2016 году. Согласно принятому здесь определению к чистой питьевой воде относятся вода, поступающая из водопроводов, водяных скважин и из "защищенных" источников воды. Профессиональные медики часто не соглашались с тем, что вода из этих источников всегда "безопасна". Тем не менее увеличение указанной выше процентной доли показывает достигнутый на настоящий момент значительный прогресс, поскольку качество воды остается достаточно стабильным в период между указанными годами. Что касается используемых в ЦРДТ определений в отношении доступа к чистой питьевой воде, этот целевой показатель уже достигнут на национальном уровне.

В 1990 году только 69 процентов домохозяйств Шри-Ланки имели доступ к улучшенным канализационным системам. Эта доля возросла до 94 процентов к 2006–2007 годам. Уже достигнут целевой показатель ЦРДТ в области санитарно-гигиенических систем, и при сохранении текущей тенденции к улучшению ситуации во всех секторах к 2015 году можно будет достигнуть 100-процентного охвата системами канализации.

#### **IV.7 Использование науки и техники в целях развития**

Шри-Ланка использует известные во всем мире механизмы – образование и профессиональную подготовку, создание научно-исследовательских и консультативных институтов с необходимым финансированием, поощрение ПИИ, содействие передаче технологий и т. д. – для использования науки и техники в целях развития. Особого упоминания требуют усилия правительства по распространению достижений науки и техники в сельских районах. Инициатива Агентства информационно-коммуникационных технологий под названием "Ненасала" – "центры знаний" – была охарактеризована в подготовленном для Всемирного банка (Jensen, 2007: 5) исследовании как "...одна из крупнейших и наиболее сложных программ содействия доступу населения к ИКТ в мире". Специальные центры распространения научно-технических знаний – справочные центры "Видатха" – распространяют достижения науки и техники в отдаленных сельских районах. Эта программа предусматривает передачу научно-технических знаний сельскому населению для оказания помощи в организации повышающей доходы самостоятельной занятости в производственной сфере и деятельности. Следует также отметить финансируемые правительством исследования в области альтернативных источников энергии.

#### **IV.8 Миграция и развитие**

Денежные переводы мигрантов остаются основным источником валютных поступлений в Шри-Ланку начиная с 1970-х годов, когда трудовая миграция на Ближний Восток расширилась среди отдельных категорий квалифицированных и неквалифицированных работников, в особенности среди женщин, работающих в качестве домашней прислуги. Трудовая миграция активно поощряется даже сегодня, поскольку она способствует выполнению четырех основных за-

дач национального значения: обеспечение рабочих мест для домашней прислуги, валютные поступления, стимулирование местного спроса и накопление инвестиционных фондов.

Информация по общей численности шри-ланкийских работников за границей ограничена. Напротив, имеются статистические ряды годовых данных по трудоустройству за границей, составляемые Бюро по зарубежному трудоустройству. По этим данным, начиная с 2002 года ежегодно фиксировалось свыше 200 тыс. направлений на работу. Показатель 2007 года составил 217 306 рабочих мест, или около 3 процентов рабочей силы. Большое число семей вовлечены в такую трудовую миграцию с учетом того, что один или несколько членов таких семей работают или недавно работали за границей. Поступающие от них денежные переводы помимо повышения семейных доходов вносят существенный вклад в выравнивание дисбаланса внешних расчетов страны и пробела в области накоплений.

#### **IV.9 Социальная интеграция и уязвимые группы населения**

Из всех уязвимых общественных групп перемещенные внутри страны лица в настоящее время получают наибольшее внимание, как на национальном, так и на международном уровне. К таким перемещенным лицам относятся в основном пострадавшие от конфликтов, при этом наибольшая их доля была перемещена внутри страны в результате военных действий в северной части Шри-Ланки, которые в конечном счете закончились поражением ТОТИ в мае 2009 года. Такие правительственные ведомства, как Министерство по вопросам переселения и помощи при массовых бедствиях и Министерство по социальным услугам и социальному обеспечению сравнительно быстро решают поставленные перед ними задачи. Сравнительно быстрая реакция Шри-Ланки на разрушительное цунами в декабре 2004, а также проблемы внутренне перемещенных лиц в связи с военными действиями правительства против ТОТИ в Восточной провинции в 2007–2008 годах могут служить показателями эффективности организационных структур, как правительственных, так и неправительственных, в условиях массовых бедствий.

Среди проблем социальной интеграции наиболее значительной в обозримом будущем останется проблема взаимоотношений этнических сингальских и тамильских общин. Эти общины сосуществовали в Шри-Ланке в течение многих столетий. В периоды прихода к власти нескольких победивших на выборах режимов с момента получения страной независимости провоцировалось усиление этнической вражды, порожденной применяемым британскими колониальными властями принципом "разделяй и властвуй". Эта вражда усилилась в результате возглавляемого ТОТИ вооруженного сепаратистского конфликта на севере и востоке Шри-Ланки, который начался в 1980-е годы. Весь потенциал ТОТИ по ведению войны обычными средствами был полностью уничтожен вооруженными силами страны. Были также уничтожены террористические возможности этой организации. С учетом природы этого конфликта и особенно того, как в течение длительного времени формулировались и представлялись его первопричины, социально-этническое примирение многонационального общества Шри-Ланки представляется чрезвычайно трудной задачей в обозримом будущем. Оптимизм по поводу будущего обусловлен методами послевоенного восстановления, использованными в Восточной провинции после того, как этот регион был освобожден от контроля ТОТИ, а также в Северной про-

винции после ее освобождения в середине мая 2009 года (см. также раздел IV.10, ниже). Важные политические заявления, сделанные президентом после устранения сепаратистской угрозы со стороны ТОТИ, демонстрируют решительный примирительный подход правительства к восстановлению нации.

#### **IV.10 Демократия, права человека и надлежащее управление**

В течение всего постколониального периода Шри-Ланка придерживалась практики электоральной демократии. Часто проводились многопартийные демократические выборы, как на национальном уровне – для избрания исполнительного президента и членов парламента страны – так и на субнациональном уровне – для избрания членов советов провинций или органов местного самоуправления. Население активно участвует в выборах, и явка избирателей обычно находится на уровне 70–80 процентов. Результаты выборов всегда признаются проигравшими сторонами. Во многих случаях находящиеся у власти режимы менялись посредством выборов.

В прошедшие годы вооруженного конфликта террористическая деятельность ТОТИ лишила население Северной и Восточной провинций возможности осуществления своих демократических прав. Тем не менее после того, как в 2008 году Восточная провинция была освобождена от ТОТИ, в этом регионе были восстановлены демократические и избирательные процессы. Выборы местного правительства были проведены в округе Баттикалоа, за которыми в мае 2008 года последовали выборы в совет провинции. С помощью этого процесса были восстановлены условия для проведения демократических выборов. После устранения контроля ТОТИ над Северной провинцией осуществляется ускоренный процесс долгосрочного переселения пострадавшего от конфликта гражданского населения. Также существуют планы возвращения избирательных процессов в эту провинцию. Таким образом, в этих двух пострадавших от конфликта регионах создается благоприятная обстановка для соблюдения прав человека, в том числе права на избрание собственных представителей.

Права человека зафиксированы в Конституции, и их нарушение может рассматриваться в судебном порядке, включая право на самостоятельный выбор и свободу самовыражения. Конституция предусматривает прямой доступ к Верховному суду для судебного возмещения за нарушение основных прав, включая право на самовыражение. Многие из тех людей, права которых нарушены, ищут возмещения по суду. Некоторые из таких судебных разбирательств привлекают большой общественный интерес. Активно работает пресса, и соблюдается принцип свободы выражения прессы. Работают несколько телевизионных и радиоканалов, а также множество газет и журналов, обеспечивающих право на свободу мнения и самовыражения. Многочисленные политические партии, группы активистов и добровольные ассоциации, представляющие различные группы интересов, осуществляют свое право на самовыражение и создание организаций. Даже в условиях чрезвычайного положения существует широкое многообразие идей, которые находят свое выражение в средствах массовой информации. Население бывшей зоны конфликта в течение нескольких десятилетий было вынуждено жить в условиях значительных ограничений своих демократических прав. Недавнее завершение вооруженного конфликта в этих регионах предвещает восстановление демократии и прав человека.

Условия государственного управления в Шри-Ланке демонстрируют много позитивных признаков – практика электоральной демократии, осуществление законодательных и исполнительных функций всенародно избранными органами, преобладание верховенства закона и общее уважение к судебной системе. Политическая власть используется для содействия повышению благосостояния человека, что ставит Шри-Ланку в "обособленное" положение при международном сравнении стандартов жизни. Имеются в наличии институциональные механизмы улучшения практики государственного управления – парламентский омбудсмен, Комиссия по государственной службе, Комиссия по судебной системе, Комиссии по расследованию случаев взяточничества и коррупции и т. д. Существуют и негативные аспекты, во многом обусловленные недостаточным уровнем экономического, социального и политического развития. Двумя особенно важными негативными аспектами государственного управления выступают слабый или недостаточно развитый потенциал решения проблем и урегулирования конфликтов, а также широко распространенное мнение о высоком уровне коррупции на политическом и административном уровнях правительства. Имеющиеся институциональные механизмы по решению проблем постепенно приобретают необходимый опыт, и при этом не прекращается давление со стороны общественности, требующей их решения.

#### **V. Вклад со стороны международного сотрудничества в целях развития**

Примерно в середине 1960-х годов в Шри-Ланке были созданы самые первые институциональные структуры для увязки усилий страны в области развития с процедурами ОПР. С того времени потоки ОПР внесли значительный вклад в развитие Шри-Ланки. В период нахождения у власти либеральных правительств объем ОПР увеличивался. Эта помощь шла в основном на крупные и мелкие инфраструктурные проекты – например, проект "Махавели" в 1980-е годы и более поздние многочисленные проекты строительства дорог и энергетических мощностей. Кроме того, ресурсы ОПР также работали и в сфере социального развития. Большое число комплексных проектов развития сельских районов, осуществляемых на окружном уровне, финансировалось за счет иностранной помощи. По каналам ОПР поступила значительная доля ресурсов, которые были направлены в секторы здравоохранения и образования. Эти средства ОПР поступили из двусторонних источников, таких как Комитет содействия развитию (КСР) стран – членов ОБСЕ, другие дружественные страны, а также из многосторонних источников. В условиях, когда в конце 1990-х годов Шри-Ланка перешла в категорию стран со средним уровнем доходов, объемы ОПР постепенно сократились. В последние годы для привлечения из-за границы необходимых ресурсов на цели развития правительство все большее внимание уделяет льготным займам у стран, не входящих в Комитет содействия развитию, а также коммерческому заимствованию. В более ранний период общая политика нередко зависела от условий, выставляемых многосторонними организациями, и большинство проектов ОПР осуществлялись организациями-донорами. В более поздний период уже не наблюдалось масштабного участия этих многосторонних организаций в политике в области развития. Одновременно произошло сокращение проектов, осуществляемых организациями-донорами и финансируемых по линии ОПР.

Ответственность за достижение МСЦР лежит на правительстве Шри-Ланки. Тем не менее важную роль в достижении этих целей сыграли международные партнерства в сфере развития. Даже случайный взгляд на закономерности распределения ресурсов ОПР в разбивке как по программам, так и по проектам укажет на их вклад в процесс достижения МСЦР. Развивающиеся страны приняли на себя обязательства по выполнению МСЦР, однако существует очень мало свидетельств того, что сообщество доноров на самом деле использует эти цели в качестве основы для планирования процесса распределения среди стран-получателей тех ресурсов, которые они выделяют для помощи на цели развития.

## **Часть В. Достижения и стоящие проблемы в сфере здравоохранения**

### **VI. Сектор здравоохранения: обзор**

Значительные успехи были достигнуты в оказании медицинских услуг народу Шри-Ланки в период с начала 1930-х годов, то есть частично еще при колониальном правлении. Институциональные основы начавшегося после 1931 года расширения услуг в области здравоохранения были уже частично заложены колониальным режимом. С 1931 года началось постепенное расширение услуг в области здравоохранения в силу многих социально-экономических факторов и давления предвыборных политических обещаний (Samarasinghe, 1998: 342-3). Кадровый и материальный потенциал сектора здравоохранения со временем расширялся за счет ресурсов, направляемых в этот сектор государством. Этот сектор способен обслужить свыше 4,6 млн. пациентов в медицинских стационарах и 43 млн. амбулаторных пациентов (фактические данные за 2007 год). Со временем, по мере возвращения в сектор здравоохранения постоянных потоков государственных средств в форме как инвестиций в текущую деятельность, так и капитальных инвестиций, значительно улучшилось состояние здоровья населения. Важным фактором этого улучшения стал рост информированности людей о своем здоровье и позитивное отношение к его сохранению. Органы здравоохранения также придают большое значение расширению прав и возможностей как отдельных людей, так и общин в части здорового образа жизни. Высокий уровень грамотности в обществе способствует активизации участия населения в создании благоприятных для здоровья условий.

За "историей успеха" в сфере здравоохранения такой страны с низкими доходами, как Шри-Ланка (de Silva, 2004: 426), стоит целый ряд социально-экономических и политических факторов. В числе этих факторов, безусловно, значимую роль играет вклад со стороны самого сектора здравоохранения. Большинство дискуссий по вопросам сферы здравоохранения чаще всего, умышленно или неумышленно, касаются исключительно учреждений и отдельных практикующих врачей в области аллопатической медицины. Было бы более чем справедливо, однако, отметить вклад аюрведической и других традиционных систем врачевания в дело улучшения здоровья людей.

Система управления сферой государственного здравоохранения Шри-Ланки имеет характерных особенности: i) бесплатное предоставление услуг в области здравоохранения<sup>3</sup> и ii) "предоставление услуг вблизи места жительства клиен-

<sup>3</sup> Всеобщий охват бесплатным здравоохранением был, пожалуй, необходим на раннем этапе, когда само по себе обеспечение минимального уровня охраны здоровья становилось проблемой.

та" (*там же*). В силу предвыборного давления государственные медицинские учреждения продолжают работать по системе бесплатного здравоохранения. При этом, однако, частному сектору было разрешено "предоставлять альтернативные возможности лечения, которые смогут сократить государственные расходы в сфере здравоохранения" (de Silva, 2004; см. также материалы Министерства здравоохранения за 2000 год). Государственные органы здравоохранения занимаются профилактическими, лечебными и реабилитационными медицинскими услугами ([www.health.gov.lk](http://www.health.gov.lk)).

Существует политическое обязательство по пропаганде традиционных систем врачевания, в частности аюрведических традиций, в дополнение к аллопатической медицине. Недавно были увеличены объемы государственных инвестиций в традиционные системы врачевания. Неудивительно, что в условиях, когда аюрведическое лечение рассматривается пациентами как оказывающее гораздо менее значительное химическое воздействие и как более соответствующее некоторым из их потребностей охраны здоровья, государственный сектор поддерживает такую плюралистическую систему охраны здоровья ([www.ayurveda.gov.lk](http://www.ayurveda.gov.lk)). В связи с ограниченностью формата, однако, этот документ не охватывает политические аспекты в сфере здравоохранения, относящиеся к традиционным системам врачевания.

## VII. Достижения

Достижения Шри-Ланки в области социальных показателей, которые зависят от политики и практики в области государственного здравоохранения, весьма впечатляющи по сравнению с другими развивающимися странами аналогичной категории, а также по сравнению с условиями, наблюдавшимися в самой Шри-Ланке сравнительно недавно, например в середине XX века. Формат этого исследования не позволяет подробно рассмотреть эти достижения. Приводимый ниже краткий обзор необходимо читать совместно с анализом в разделе IV.4, выше.

Вклад сферы здравоохранения в развитие человеческого потенциала основан на профилактической и лечебной работе. Впечатляющие показатели состояния здоровья, такие как общие коэффициенты младенческой, материнской и детской смертности, средняя продолжительность жизни и т. д., в значительной мере являются результатом хорошей профилактической работы при содействии общего процесса социально-экономического развития. Специального рассмотрения здесь требуют правительственные меры, осуществленные в секторе государственного здравоохранения в целях снижения распространения опасных для жизни инфекционных и паразитарных заболеваний. Проводимая в Шри-Ланке программа вакцинации стала наиболее успешной из таких программ в регионе Южной Азии, охватывая детей из всех групп населения – жителей городов, сельских районов и районов плантаций. Шри-Ланка смогла поставить под контроль или ликвидировать все предотвращаемые с помощью вакцин болезни путем обеспечения высочайшего уровня устойчивого охвата вакцинацией младенцев.

---

С учетом демографических, социальных и эпидемиологических изменений, отмеченных в разделе VIII, ниже, необходима тщательная переоценка видов медицинских услуг, включаемых в систему всеобщего охвата бесплатным здравоохранением.

По критериям ВОЗ Шри-Ланка уже ликвидировала такие разрушающие здоровье болезни, как филяриатоз и проказа, причем с этой огромной задачей еще не смогли справиться многие другие страны развивающегося мира. С помощью впечатляющей программы вакцинации в Шри-Ланке были ликвидированы полиомиелит и корь. Также были искоренены болезни, связанные с недостатком йода. Органы здравоохранения Шри-Ланки уверены в своих возможностях по полной ликвидации малярии к 2015 году. ВИЧ/СПИД, который приобрел масштабы эпидемии в других странах, имеет весьма ограниченное распространение в Шри-Ланке. Высокие стандарты, достигнутые в области систем водоснабжения и канализации, содействовали достижению высоких показателей общественного здоровья. В недавнем прошлом акцент в программе профилактических мер сместился в сторону ряда инфекционных заболеваний, получивших распространение за последние несколько лет, – лихорадка денге, тропическая комариная лихорадка чикунгунья и бешенство, а также малярия, которая вновь превратилась в серьезную проблему для здоровья.

Что касается улучшения условий лечения, то в государственных медицинских учреждениях был осуществлен ряд реформ в целях модернизации имеющихся помещений и оборудования. Для решения проблем равномерности регионального распределения медицинских учреждений была инициирована политика отбора и модернизации не менее одной больницы в каждом округе. Главной целью этой политики является модернизация или улучшение качества медицинских учреждений в недостаточно охваченных ими районах. Было также выделено финансирование в целях строительства жилья для медицинского персонала в труднодоступных районах для привлечения и сохранения кадров в таких районах.

Кроме того, правительство приняло меры по совершенствованию имеющегося медицинского оборудования в основных больницах страны посредством программы инвестиций в государственные медицинские учреждения. В Коломбо создан центр передовых технологий в области нефрологии с отделениями диалитики, диализа и хирургии пересадки почек. К другим недавним примечательным примерам инвестиций можно отнести Больницу корейско-шриланкийской дружбы в Матаре; нейротравматическое отделение Национальной больницы в Коломбо; отделения кардиологии, онкологии и родильное отделение в больнице общего профиля в Курунегала; строительство хирургического центра в больнице общего профиля в Кэнди и снабжение его современным оборудованием; а также аналогичная модернизация больницы общего профиля в Анурадхапуре. Наряду с такими крупными проектами модернизации больниц значительная доля капитальных вложений была направлена на цели восстановления и ремонта, а также закупки и монтажа необходимого больницам оборудования. К инвестициям в сектор здравоохранения была привлечена иностранная помощь, хотя в основном эти инвестиции производились из внутренних источников. Одновременно с наращиванием капиталовложений шло увеличение объемов текущих расходов на увеличение численности кадров и объемов закупок медицинских материалов, что само по себе содействовало повышению качества услуг государственных медицинских учреждений. Особенно показательным является увеличение врачебного, среднего медицинского и обслуживающего персонала, нанимаемого в учреждения, расположенные в отдаленных сельских районах.

Очевидно, что еще многое предстоит сделать для создания условий здорового образа жизни для всех социальных групп и региональных сегментов населения. В этом плане многие не относящиеся к сфере здравоохранения учреждения сыграли и продолжают играть существенную роль в сотрудничестве с медицинскими учреждениями, а именно: муниципалитеты и прочие органы местного самоуправления, организации, занимающиеся такими вопросами, как охрана окружающей среды, жилищное строительство, водоснабжение и канализация, образование и т. д. Среди учреждений всех прочих сфер вклад системы здравоохранения в обеспечение здорового образа в Шри-Ланке является важнейшим и доминирующим. Такое обеспечение охраны здоровья имеет место на фоне впечатляющих достижений в сфере развития человеческого потенциала. Несомненно, что эти достижения дают повод для гордости. Положительный опыт Шри-Ланки в области здравоохранения может принести значительные выгоды остальному миру.

### **VIII. Проблемы в сфере здравоохранения**

Среди достойных одобрения достижений система здравоохранения Шри-Ланки в настоящее время сталкивается с многочисленными вызовами и проблемами. Эти вызовы носят в основном системный и институциональный характер, связанный с общей ситуацией в стране в плане макроэкономических, исторических, социальных, политических и нормативно-правовых особенностей и особенностей, связанных с развитием. Несмотря на очень низкие коэффициенты младенческой и детской смертности, сохраняются проблемы неправильного питания детей (Atugirana *et al.* 2008). Надлежащее решение проблем пониженного веса новорожденных и недостаточного питания детей и матерей непосредственно связано с необходимостью преодоления недостаточного уровня развития всего общества. Общий уровень социально-экономического развития сам по себе улучшил бы экологические и санитарно-гигиенические условия жизни во многих находящихся в состоянии нищеты общинах. В отсутствие таких общих условий развития человеческого потенциала продление срока жизни для многих людей становится скорее наказанием, нежели наградой.

Оставшиеся проблемы в области общественного здравоохранения требуют для своего решения чрезвычайно широкого спектра мер. Необходимо проведение соответствующих мероприятий, начиная с дошкольного и школьного уровня, в целях просвещения людей о ценности жизни в здоровых условиях. Улучшение жилого фонда, систем канализации и водоснабжения, а также надлежащая утилизация твердых отходов требуют действий со стороны отдельных людей и целых общин, а также принятия мер компетентными органами власти и должностными лицами различных уровней. Необходимо действенное законодательство для регулирования производства, импорта и распределения пищевых продуктов, а также законодательство, регламентирующее вопросы гигиены труда. Также необходимы действия со стороны законодательных и исполнительных органов власти в части регулирования применения пестицидов. В большинстве областей, затрагивающих здоровье населения, Шри-Ланка располагает необходимым законодательством. Проблемы возникают в сфере контроля и обеспечения его выполнения. Ситуация в этой области все более усложняется.



В следующих подразделах дается краткий обзор некоторых основных проблем, стоящих перед сектором здравоохранения. Этот анализ основан на имеющихся исследованиях и результатах диалога с заинтересованными сторонами.

### **VIII.1 Проблемы в связи с изменениями в эпидемиологической области**

Динамика в области народонаселения в Шри-Ланке характеризуется демографическим сдвигом, обусловленным в основном процессом старения населения. Это ведет к изменениям в эпидемиологической ситуации, а именно сдвигу бремени заболеваемости от инфекционных и паразитарных болезней (например, малярии, туберкулеза, холеры, брюшного тифа, желудочно-кишечных заболеваний, филяриоза) к неинфекционным болезням (например, диабету, гипертонии, ишемической болезни сердца и т. д.). Существенно возросла заболеваемость дегенеративными болезнями взрослого населения<sup>4</sup>. Наряду с тенденциями, которые ставят клиническую картину заболеваемости в Шри-Ланке примерно на уровень развитой страны, по-прежнему сохраняется неожиданно высокий уровень заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями. Это явление было охарактеризовано как "двойное бремя заболеваемости" (Samarasinghe, 1998: 349).

Расширение охвата сетью государственных медицинских учреждений и доступа к медицинскому обслуживанию сыграло значительную роль в достижении хороших медицинских показателей при значительно более низких расходах. Для решения новой проблемы неинфекционных заболеваний требуются медицинские учреждения другого типа с другой схемой охвата населения. До настоящего момента Шри-Ланка хорошо справлялась с проблемой предотвращения катастрофических медицинских расходов отдельных лиц, которые могут ввергнуть их в состояние нищеты. Эта ситуация, однако, может измениться, если проблема неинфекционных болезней не будет своевременно решена.

### **VIII.2 Ограниченность финансовых ресурсов**

Финансирование здравоохранения в Шри-Ланке осуществляется из государственного<sup>5</sup> (включая помощь со стороны доноров) и частного секторов<sup>6</sup>. До недавнего прошлого пропорциональное распределение общих расходов на сферу здравоохранения между этими источниками оставалось относительно стабильным. По оценкам органов здравоохранения, в период с 2004 по 2006 год доля государственного сектора колебалась между 46 и 49 процентами, а доля частного сектора – между 51 и 54 процентами. Средства для подавляющего объема расходов на государственное здравоохранение черпаются из налоговых поступлений.

<sup>4</sup> Существуют причины изменений клинической картины заболеваемости, которые непосредственно не связаны с демографическим сдвигом. В условиях изменившегося образа жизни людей, например, травматизм с 1995 года стал одной из главных причин госпитализации. Наряду с этим, в последнее время наблюдается рост психических заболеваний.

<sup>5</sup> Сюда включаются расходы министерств здравоохранения центрального правительства и администраций провинций, других министерств и прочих правительственных ведомств.

<sup>6</sup> Сюда включаются в основном домохозяйства. Другими составляющими выступают работодатели, некоммерческие организации и частное медицинское страхование.

Доля государственных расходов на здравоохранение в общем бюджете расходов в период 2004–2005 годов составляла примерно 5 процентов, а в 2006 году возросла до 7,6 процента. Доля этих расходов в ВВП сократилась в течение 1990-х годов (данные Министерства здравоохранения за 2000 год: 2-1), однако возросла в течение следующего десятилетия. С 2004 года эта доля остается на уровне около 2 процентов, показывая при этом небольшую тенденцию к росту. Правительство сохраняет приверженность принципу бесплатных медицинских услуг в государственном секторе. Постоянно растут средние показатели расходов на здравоохранение. Ранее была отмечена роль эпидемиологического сдвига как фактора роста расходов на здравоохранение. После первоначального существенного сокращения коэффициентов смертности дальнейшее улучшение положения в области смертности и заболеваемости населения оказалось весьма ресурсоемкой задачей. Средства, требуемые для содержания и улучшения действующих и для строительства новых государственных медицинских учреждений, могут быть привлечены прежде всего за счет налогообложения, поскольку вклад в виде иностранной помощи традиционно был незначительным. Следовательно, с годами адекватное финансирование государственного сектора здравоохранения становится все более сложной задачей. Трудности, связанные с дефицитом средств, усугубляются факторами низкой эффективности и неэкономного расходования средств со стороны правительственных учреждений. Одновременно с усилиями по увеличению объема ресурсов, выделяемых на государственный сектор здравоохранения, в течение многих лет допускался стабильный рост частного медицинского сектора. Основное внимание правительства было сконцентрировано на предоставлении медицинских услуг группам населения с низкими и средними доходами, побуждая более обеспеченную часть населения получать необходимые медицинские услуги в частном секторе.

Множество комитетов изучало проблему и выдавало рекомендации по поводу дополнительных источников финансирования. При этом для практической реализации предложений, вырабатываемых этими комитетами, принимались чрезвычайно вялые административные и политические меры. В условиях присутствующей в Шри-Ланке электоральной демократии при низких доходах подавляющей части населения, а также при отсутствии у населения альтернативной системы социальной защиты в системе государственного здравоохранения в течение многих лет, по всей вероятности, будет сохранена бесплатная медицина. Достижение сравнительно высоких показателей здоровья населения при низком уровне расходов является одним из замечательных достижений Шри-Ланки. Однако, несмотря на финансовые ограничения, многие государственные учреждения сферы здравоохранения смогли с годами улучшить качество предоставляемых ими услуг.

### **VIII.3 Проблемы, связанные с децентрализацией полномочий**

Распределение имеющихся в наличии государственных финансовых ресурсов между центром и провинциями в рамках преобладающей системы децентрализованных полномочий играет особую роль в определении равномерности распределения медицинских учреждений. Вопросы предоставления медицинских услуг за исключением тех элементов, которые предоставляются непосредственно центром, переданы в регионы. К зарезервированным за центральным правительством обязанностям в сфере здравоохранения относятся вопросы на-

циональной политики в сфере здравоохранения, управление клиниками при медицинских вузах и специализированными больницами. Система советов провинций для передачи управления из центра оказалась достаточно трудоемкой как на политическом, так и бюрократическом уровне; такая система не смогла обеспечить потенциальные преимущества децентрализованной системы управления. Она не смогла обеспечить высокое качество обеспеченных спросом услуг местным общинам (Mowlana *et al.* 2005; Gunawardena *et al.* 2008). Финансовые ресурсы советов провинций в значительной мере зависят от средств, выделяемых им со стороны центрального правительства, при этом действующая система распределения финансовых ресурсов не способствует совершенствованию управления.

#### **VIII.4 Ограничения в сфере кадровых ресурсов**

Общая численность имеющегося персонала сферы здравоохранения – практикующих врачей, медицинских сестер, фармацевтов, техников-лаборантов, рентгенологов, физиотерапевтов и т. д. – обычно является достаточной в таких регионах, как Западная провинция, но далеко не отвечает требованиям в отдаленных провинциях. Особенно остро проблема дефицита кадров здравоохранения стоит в двух затронутых конфликтом провинциях – Северной и Восточной. Наблюдаются различные виды и степень дисбалансов, имеющих в наличии кадров – дисбаланс в численности, дисбаланс с точки зрения квалификации и распределения кадров и т. д. (Samarasinghe, 1998: 358). Квалифицированные медицинские работники в настоящее время направляются на работу во все, даже самые небольшие медицинские учреждения. При этом, однако, осуществляется недостаточный контроль для того, чтобы обеспечить регулярный доступ пациентов небольших медицинских центров к услугам таких квалифицированных медиков. (de Silva, 2004). Процесс набора и подготовки профессиональных работников сферы здравоохранения ниже категории практикующего врача был ускорен для решения проблемы их недостаточной численности в рамках этой системы.

#### **VIII.5 Административно-управленческие вопросы**

Рассматриваемые в этом разделе проблемы в значительной мере обусловлены определенными противоречиями, которые присущи системе работающих параллельно государственного и частного секторов медицинских услуг при отсутствии четких границ между ними. "Частная практика в нерабочее время" или так называемая "распределительная" практика, разрешенная врачам-специалистам, работающим в государственном секторе, в значительной мере решила проблему сохранения кадров, однако создала иные проблемы. Высказывается мнение, что это открыло дорогу для субсидирования частных медицинских услуг (de Silva, 2004). Другим видом деятельности, которой занимаются оба сектора, является импорт фармацевтических продуктов и других медико-санитарных расходных материалов. Частные аптеки функционируют в упрощенном нормативно-правовом режиме, а также с разрешения правительства открывается много частных больниц – как весьма крупных, так и небольших. Широко распространены частные диагностические центры. Таким образом, в рамках сектора здравоохранения функционируют две системы: одна –

мотивированная прибылью, а другая – мотивированная предоставлением услуг. Преференции в доступе к государственным учреждениям, предоставляемые мотивируемым соображениями прибыли частному сектору, и их использование создает множество проблем. Действует неофициальная система взимания платы за услуги, имеет место воровство лекарств и предметов медицинского назначения из государственного сектора (*там же*: 362)

В связи с дефицитом ресурсов в государственном секторе здравоохранения необходимостью стало введение открытого или скрытого нормирования во всех областях деятельности по охране здоровья. В условиях дефицита лекарств имеющиеся в наличии препараты должны распространяться среди большого числа проходящих лечение лиц. Пациентам нередко рекомендуют самим покупать медицинские материалы — лекарства, аппараты, лабораторные тесты и т. д. — в коммерческой торговле. Такие покупки, как правило, составляют часть расходов, которые несут пациенты на свое лечение. Это означает косвенное введение оплаты за медицинские услуги, хотя такая "оплата" не поступает в государственную систему здравоохранения.

Переполненность как больниц, так и поликлиник свидетельствует о серьезной нехватке ресурсов и определенной слабости всей системы. Одной из основных причин переполненности является нехватка как помещений, так и кадров в медицинских учреждениях. С недавнего времени систематический характер среди пациентов приобрело прямое обращение за консультацией к врачам-специалистам, называемое "самонаправление", что является признаком как недостатка диагностических центров, дающих направления к соответствующим специалистам, так и желания пациентов как можно быстрее получить медицинскую помощь. Пациенты имеют такую возможность, так как информация о врачах-специалистах широко доступна. Пациентам, даже приезжающим из отдаленных мест, предоставляются скидки на транспортные услуги при обращении к специалистам в любой медицинской области. Серьезной проблемой с административной и политической точки зрения остается выбор между тем, чтобы улучшить медицинские учреждения более низкого класса с внедрением в них обязательной системы направления к специалистам или же закрыть такие учреждения.

Шри-ланкийская система здравоохранения представляет собой сложный, огромный по размерам и весьма централизованный механизм с учетом упомянутых выше сдерживающих элементов передачи полномочий принятия решений на субнациональный уровень. Несмотря на то что в этой структуре присутствуют отдельные элементы, имеющие высокую управленческую эффективность и действенность, система в целом отличается достаточно слабой эффективностью и действенностью. Центральное министерство здравоохранения находится в курсе этих проблем и принимает меры по улучшению показателей работы с помощью привлечения внешних консультантов по вопросам совершенствования управления, внутренних программ и семинаров повышения квалификации, а также внесения изменений в системы управления.

Существует также настоятельная необходимость в эффективном регулировании деятельности частного сектора в предоставлении медицинских услуг. Этот сектор в том виде, в котором он существует, представляет собой весьма неоднородную систему. Очень мало известно о его структуре с точки зрения ассортимента оказываемых услуг и имеющихся ресурсов, а также регионального рас-

пределения его организаций. Эти два сектора взаимосвязаны, что подчас делает частный сектор во многих отношениях зависимым от государственного. Во-первых, требуются эффективные системы регулирования для обеспечения более широкой информации об имеющихся в рамках частного сектора учреждениях и, во-вторых, улучшение стандартов медицинского обслуживания в этих учреждениях и повышение их ответственности и подотчетности. Это действительно стало серьезной проблемой.

## **VIII.6 Равноправие в обеспечении охраны здоровья**

Равноправие по сути означает справедливость. Равноправная система здравоохранения обеспечивает надлежащий доступ к медицинским услугам как уязвимым и нуждающимся, так и богатым и влиятельным слоям общества; как людям, проживающим в отдаленных, сельских и недостаточно развитых районах, так и жителям столицы, других городов и развитых районов. Модель распределения показателей здоровья среди различных социальных категорий показывает, что шри-ланкийская система еще далека от приемлемого уровня равноправия. Показатели здоровья значительно ниже средних наблюдаются в районах плантационных хозяйств. На очень низком уровне находится доступ к услугам здравоохранения в затронутых конфликтом районах Северной и Восточной провинций. Ряд подразделений регионального секретариата определены как районы неудовлетворительного доступа к здравоохранению.

Органы власти осведомлены об этих дисбалансах. В Общем плане в области здравоохранения эти проблемы затрагиваются и предлагаются меры их устранения. Центральные плановые органы страны предполагают свести к минимуму региональный дисбаланс в предоставлении медицинских услуг посредством улучшения доступа к качественным медицинским услугам, что является основным руководящим принципом в распределении капиталовложений в рамках сектора здравоохранения. Многие специальные программы медицинского обслуживания ("Сува Удана") на регулярной основе проводятся в отдаленных районах в интересах большого числа малоимущих общин. Были модернизированы некоторые медицинские учреждения, обеспечивающие доступ к медицинским услугам жителям плантационных хозяйств. В настоящее время приоритетными политическими вопросами являются восстановление медицинских учреждений и создание эффективных механизмов распределения медицинских услуг в пострадавших от конфликта Северной и Восточной провинциях.

## **IX. Заключительные замечания**

Шри-Ланка смогла создать рамочный политический механизм, который можно охарактеризовать как уникальный для развивающегося мира. С помощью такой политики Шри-Ланка сможет в долгосрочной перспективе добиться желаемых результатов в области развития человеческого потенциала. Этот политический механизм руководствуется набором многоплановых целей высокого уровня, таких как экономический рост, справедливое перераспределение благ, ликвидация абсолютной нищеты, содействие расширению занятости, сбалансированное региональное развитие и экологическая устойчивость. Однако реализация такой рамочной политики столкнулась с огромными трудностями, поскольку для этого постоянно требовалось нахождение и преодоление трудных и слож-

ных компромиссов, противоречий и вызовов, проведение налогообложения и использование инновационного подхода со стороны политиков и тех, кто занимается ее практической реализацией, как на политическом, так и на административном уровнях.

Шри-Ланка уже выполнила или находится на пути к выполнению МСЦР, связанных с образованием и здравоохранением – всеобщий охват начальным образованием и окончание начальной школы, гендерное равенство в охвате начальным и средним образованием, низкие коэффициенты смертности новорожденных и детей до пяти лет. Экономический рост начиная с 2002 года оставался на уровне выше 5 процентов, при этом вооруженный конфликт на севере и востоке завершился победой сил безопасности. С 2005 года принимается ряд мер по более справедливому распределению благ, связанных с экономическим ростом. Вследствие этого дополнительный толчок получил процесс сокращения масштабов нищеты. Даже в тех областях, в которых в Шри-Ланке в целом наблюдаются внушительные показатели, существует значительный региональный дисбаланс. Как свидетельствуют соответствующие показатели, на основе прогресса в (городских) районах страны возможно достижение поставленных целей раньше 2015 года, однако географически изолированные малодоступные районы с неадекватной инфраструктурой все еще отстают.

Правительство многое сделало и может еще немало сделать в будущем для достижения МСЦР. При этом нельзя недооценивать ту существенную роль, которую в этом плане играют доноры и международные финансовые агентства. В свете этого важно учитывать такой фактор, как текущий глобальный финансовый климат, и дать оценку того, как этот фактор потенциально может затормозить продвижение Шри-Ланки к достижению МСЦР. Другим важным фактором в плане достижения целей и показателей является появление в будущем возможности составления надежной и обновленной статистики по Северной и Восточной провинциям. В этих провинциях произошел явный регресс в плане развития человеческого потенциала. Правительство осуществляет ускоренные программы развития человеческого потенциала. Ставится цель не только поднять показатели такого развития в этих регионах до уровня других регионов, но также завоевать сердца и умы как проживающего в этих провинциях населения в целом, так и отдельных лиц, относящихся к тамильскому и мусульманскому меньшинствам.

В части В данного исследования рассматриваются политика, достижения и проблемы крупного социального сектора, оказывающего значительное влияние на достижение МСЦР, а именно сферы здравоохранения. Исследование этого сектора позволяет понять, каким образом правительство страны может способствовать достижению важнейших социальных целей с помощью системных мер, несмотря на то что нынешний уровень экономических показателей не слишком сильно помогает в этом процессе. Шри-Ланка является наглядным примером для всего мира в том, как развивающаяся страна может достичь высоких показателей выполнения целей в сфере здравоохранения даже в отсутствие всеобъемлющих схем социального страхования, за счет выделения небольшой доли бюджетных налоговых поступлений на расходы в сфере здравоохранения. Весь остальной мир может извлечь полезные уроки из опыта системы здравоохранения Шри-Ланки.

*Источники:*

Patricia J. Alailima (1997). "Social Policy in Sri Lanka" in W. D. Lakshman (ed.) *Dilemmas of Development: Fifty Years of Economic Change in Sri Lanka*, Colombo: Sri Lanka Association of Economists, pp. 127-170.

Patricia J. Alailima (2000). "The Human Development Perspective" W. D. Lakshman and C.A. Tisdell (eds.) *Sri Lanka's Development Since Independence: Socio-Economic Perspectives and Analyses*, New York: Nova Science Publishers Inc. pp. 41-60.

Harsha Athurupana (2004). "Public Investment in Education: Conceptual Foundations". Saman Kelegama (ed.) *Economic Policy in Sri Lanka: Issues and Debates: A FFestchift in Honour of Gamani Corea*. New Delhi: Sage Publishers:445-466.

Harsha Aturupane, Anil B. Deolalikar, and Dileni Gunewardena (2008) *The Determinants of Child Weight and Height in Sri Lanka: A Quantile Regression Approach*, Research Paper No. 2008/53, UNU-WIDER.

Department of Census and Statistics (DCS) and Ministry of Healthcare and Nutrition (MoH) (2008). Sri Lanka: Demographic and Health Survey, 2006/7. Preliminary Report. [www.statistics.gov.lk](http://www.statistics.gov.lk).

Department of Census and Statistics (DCS) (2009a) Quarterly Report of the Sri Lanka Labour Force Survey, Fourth Quarter 2008. [www.statistics.gov.lk/samplesurvey/REPORT2008Q4.pdf](http://www.statistics.gov.lk/samplesurvey/REPORT2008Q4.pdf).

Department of Census and Statistics (DCS) (2009b). MDG Indicators of Sri Lanka. [www.statistics.gov.lk](http://www.statistics.gov.lk).

Department of National Planning (2006). *Mahinda Chintana: Vision for a New Sri Lanka – A Ten Year Horizon Development Framework 2006-2016*. Colombo: Ministry of Finance & Planning.

Amala de Silva (2004) "Overview of the Health Sector". Saman Kelegama (ed.) *Economic Policy in Sri Lanka: Issues and Debates: A FFestchift in Honour of Gamani Corea*. New Delhi: Sage Publishers: 426-444.

Asoka Gunawardena and W. D. Lakshman (2008) "Challenges of Moving into a Devolved Polity in Sri Lanka". Fumihiko Saito (ed.) *Foundations for Local Governance: Decentralization in Comparative Perspective*. Heidelberg: Physica-Verlag. 113-36.

Buddhadasa Hewavitharana (2004). "Poverty Alleviation". Saman Kelegama (ed.) *Economic Policy in Sri Lanka: Issues and Debates: A FFestchift in Honour of Gamani Corea*. New Delhi: Sage Publishers: 467-95.

P. Isenman (1980). "Basic Needs: The Case of Sri Lanka" *World Development*. 8:3 (March) 237-258.

Laksiri Jayasuriya (2000). *Welfarism and Politics in Sri Lanka: Experience of a Third World Welfare State*. Perth: University of Western Australia.

Laksiri Jayasuriya (2004). "The Colonial Lineages of the Welfare State". Saman Kelegama (ed.) *Economic Policy in Sri Lanka: Issues and Debates: A FFestchift in Honour of Gamani Corea*. New Delhi: Sage Publishers: 403-425.

- Mike Jensen (2007). Nenasala Review, Report on behalf of World Bank. [www.nenasala.lk](http://www.nenasala.lk).
- W. D. Lakshman (1975). "Economic Growth and Re-distributive Justice as Policy Goals: A study of the Recent Experience of Sri Lanka". *Modern Ceylon Studies* (6:1): 64-87.
- Ministry of Health, Nutrition and Welfare (MoH) (2000). Health Master Plan Sri Lanka Vol. II Analysis Strategies and Programmes. Working Draft (Mimeo).
- S. Omar Z. Mowlana, G.G. Thurusinghe and S. Sumanasiri (2005). *A Review of the Current Basis of Resource Allocation for Healthcare by the Government to the Provinces*. Colombo: Ministry of Healthcare and Nutrition.
- Mahinda Rajapaksa (2005) *Mahinda Chintana (Mahinda Vision): Towards a New Sri Lanka*. Election Manifesto in Presidential Elections of 2005.
- Ministry of Education (2008) *Education for All – Mid-Decade Assessment Report Sri Lanka*. Sri Lanka: Ministry of Education.
- Daya Samarasinghe (1998). "Health". A. D. V. de S. Indraratna (ed.). *Fifty Years of Sri Lanka's Independence*. Colombo: Sri Lanka Institute of Social and Economic Studies: 342-370.
- UN (2008) *Background Study for the Development Co-operation Forum: Mainstreaming Global Goals into Development Strategies and Policies*, ECOSOC, May 2008.
- UN (2007). *The United Nations Development Agenda: Development for All*. New York: UN- Department of Economic and Social Affairs. ST/ESA/316.
- UNDP and NCED (National Council for Economic Development) (2005). Millennium Development Goals Country Report: Sri Lanka. Colombo: UNDP & NCED.
- UNDP and NCED (2009a), Millennium Development Goals Country Report 2008/09. Mimeo.
- UNDP and NCED (2009b), Millennium Development Goals Sri Lanka Progress Report 2008. Mimeo.
- L. A. Wickremeratne (1973). "The Emergence of a Welfare Policy, 1931-48". In K. M. de Silva (ed.) *History of Ceylon*. Vol. 3 *From the Beginning of the 19<sup>th</sup> Century to 1948*. Peradeniya: University of Ceylon.
- World Bank (2005) Attaining Millennium Development Goals in Sri Lanka: How Likely and What Will It Take To Reduce Poverty, Child Mortality and Malnutrition, and to Increase School Enrollment and Completion? World Bank Website.
-