



# ТРУДНЫЙ ВЫБОР. ИНВЕСТИЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ДЛЯ ЦЕЛЕЙ РАЗВИТИЯ

## ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

### Первые шаги

**Каким образом доклад «Трудный выбор» соотносится с докладом Комиссии по макроэкономике и здоровью?**

Доклад, подготовленный Комиссией по макроэкономике и здоровью (КМЗ) в 2001 году, представляет собой отправную точку, с которой началась разработка последующих мероприятий на национальном уровне с учетом ситуации, сложившейся в конкретной стране, а также потребностей этой страны. В соответствии с одной из основополагающих рекомендаций КМЗ, как развивающимся, так и развитым странам следует выделить значительные дополнительные ресурсы на здравоохранение в свете потенциального влияния данной сферы на экономическое развитие в целом. Правительства разных стран обратились за содействием в изучении применимости рекомендаций КМЗ для их стран.

Проведенная работа выявила необходимость использования децентрализованного подхода, с существенными вариациями в зависимости от страны. Следуя рекомендациям КМЗ, ряд стран учредил национальные комиссии по макроэкономике и здоровью (НКМЗ) (или аналогичные органы), задачи которых включают обоснование необходимости увеличивать финансовые вливания в сферу здравоохранения. В некоторых странах НКМЗ проводили исследования взаимосвязи между здравоохранением и развитием. Вместе с тем работа страны также подчеркивали укрепление на национальном уровне процессов, сопряженных с выбором альтернатив, определяющих результаты работы системы здравоохранения, посредством сбора необходимых данных и усовершенствования национальной системы планирования. Конечная цель заключалась в формировании потенциала страны в области более эффективного распределения ресурсов и рационального использования растущих ассигнований на здравоохранение.

**По какому принципу страны принимали участие в реализации последующих мер по рекомендациям Комиссии и были включены в доклад «Трудный выбор»?**

Приблизительно 40 стран и несколько регионов, которые приняли участие в реализации рекомендаций Комиссии, обратились за содействием к ВОЗ для разработки конкретных действий на основе рекомендаций Комиссии. Помимо этого, участие стран определялось наличием технических и финансовых ресурсов. В докладе отмечен опыт двенадцати стран (**Камбоджи, Карибского сообщества, Китая, Ганы, Индии, Индонезии, Мексики, Непала, Руанды, Сенегала, Шри-Ланки и Йемена**), которым удалось добиться наибольших успехов в данном процессе и пример которых иллюстрирует основные направления работы.

**Наблюдается ли рост инвестиций в здравоохранение в последние годы?**

Статистические данные свидетельствуют о том, что в период с 1998 по 2002 год наблюдался рост внутренних расходов на нужды здравоохранения в ряде стран, включая страны, принимающие активное участие в реализации последующих мер по рекомендациям Комиссии в сфере макроэкономике и здравоохранения. Поддержка этих программ на глобальном уровне позволила также привлечь внешнее финансирование. Общий объем обязательств по оказанию помощи на цели развития здравоохранения вырос примерно с 7 млрд долларов США в 2000 году до 10,7 млрд долларов США в 2003 году. В 2005 году Европейский союз объявил, что к 2015 году его члены удвоят материальную помощь, оказываемую бедным странам. Также в 2005 году министры финансов стран «Большой восьмерки» объявили о заключении широкомасштабного соглашения об освобождении от бремени задолженности, в рамках которого Всемирный банк, Международный валютный фонд и Африканский фонд развития незамедлительно списывают долги 18 стран в размере примерно 40 млрд долларов США. Средства, получаемые странами в рамках сокращения долгового бремени, могут быть направлены на увеличение финансирования социальной сферы, главным образом, здравоохранения и образования.

Несмотря на указанные положительные признаки, финансирование здравоохранения во многих странах с низкими и средними доходами по-прежнему остается недостаточным. Более того, существенная доля общих расходов на услуги здравоохранения в бедных странах представляет собой наличные платежи. Такого рода платежи, как правило, являются наиболее регрессивным видом финансирования здравоохранения и приводят к возникновению неравенства в распределении медицинских услуг.

**В чем выражается основное воздействие проделанной работы?**

Процессы на национальном уровне направлены на содействие усилиям по борьбе с «восходящими» ограничениями,



препятствующими быстрому прогрессу в деле охраны здоровья бедных слоев населения в развивающихся странах. В рамках проведенной работы существенная поддержка оказана министерствам здравоохранения в их руководящей функции в части планирования, оценки затрат, финансирования и реализации надлежащей стратегии в сфере здравоохранения. Эта стратегия подразумевает укрепление систем здравоохранения, обеспечение его справедливого финансирования и повышение эффективности инвестиций в здравоохранение посредством перераспределения средств для более результативного использования.

Проделанная работа позволила странам выявить приоритеты и цели в сфере здравоохранения на основании достоверных данных о сложившейся ситуации, при этом концентрируясь на наиболее уязвимых группах населения. Сформулированные по итогам работы планы инвестиций в здравоохранение позволяют обосновать привлечение дополнительного внутреннего и внешнего финансирования данного сектора. НКМЗ служат механизмом, позволяющим эффективно использовать убедительные фактические данные и планы, подкрепленные сметами расходов, для привлечения к работе министерств финансов и планирования, а также для обеспечения управления и координации на национальном уровне процессов и инициатив, финансируемых извне.

**Каким образом данная работа соотносится с другими политическими механизмами и процессами в странах?**

В ряде стран НКМЗ служат основой для координирования механизмов и процессов. Их работа дает синергетический эффект в сочетании с параметрами расходов на среднесрочную перспективу, многолетними национальными планами в области здравоохранения и прочими значимыми политическими инициативами, включая стратегии сокращения бедности. Целью работы является повышение значимости здравоохранения в процессах развития, которые зачастую упускают из виду вопросы здоровья, а также увязка планов в области здравоохранения с краткими среднесрочными бюджетами.

**Какое место данная работа занимает среди других значительных докладов, опубликованных в последнее время?**

За последние месяцы был опубликован ряд докладов, в которых выявляются национальные ограничения, препятствующие достижению целей в области здравоохранения. Доклад «Трудный выбор. Инвестиции в здравоохранение для целей развития» вносит свой вклад в данную работу путем тщательного анализа реального опыта, полученного на уровне стран и позволяющего представить передовые методы управления ресурсами здравоохранения. Реализация последующих мер по рекомендациям КМЗ дополняет проведенную ранее работу, сосредоточивая усилия на проблемах, определяемых сложными политическими и институциональными структурами отдельных стран, а также на необходимости формирования национального потенциала в сфере реализации различных технических рекомендаций других докладов.

**Как последующие меры по реализации рекомендаций КМЗ, принятые на национальном уровне, связаны с другими инициативами и содействием ВОЗ?**

Активизация необходимых мероприятий в области здравоохранения для обеспечения всеобщего охвата медицинскими услугами и доступа к ним требует укрепления систем здравоохранения. Реализация последующих мер по рекомендациям КМЗ способствут достижению этой цели. Работа по реализации рекомендаций КМЗ осуществляется при участии всех уровней Организации для обеспечения интегрированного содействия странам. Одним из результатов этой работы является текущий процесс формирования местного научно-исследовательской базы и создания сетей экспертов на уровне регионов и стран. Данная работа также способствует достижению большей справедливости в оказании услуг здравоохранения.

**Какова целевая аудитория доклада и какие предусмотрены дальнейшие шаги?**

В «Глобальном докладе по макроэкономике и здоровью 2005 года» представлены первые результаты, полученные в ограниченном числе стран, и дано представление об основных проблемах и передовом опыте более эффективного управления ресурсами здравоохранения, которые могут быть применимы к ситуациям в других странах. Уроки этого опыта предназначены для использования директивными органами и техническими специалистами министерств здравоохранения, финансов, планирования и других министерств, деятельность которых затрагивает здравоохранение, а также могут представлять интерес для партнеров по развитию. Страны, рассмотренные в докладе, используют рекомендации различными способами, в том числе включая их в политические процессы и обсуждение с партнерами по развитию. Полученный опыт будет включен в основную работу ВОЗ, что позволит расширить сферу охвата, включив другие заинтересованные страны.



## Примеры из отдельных стран

Каковы примеры усиления сотрудничества министерств здравоохранения и министерств финансов и планирования в ходе совместной работы, а также примеры повышения значимости здравоохранения в процессах развития?

Формирование межсекторальной Инициативы по макроэкономике и здоровью **Ганы** (ИМЗГ) позволило укрепить позиции Министерства здравоохранения Ганы по отношению к министерствам финансов и планирования. Данные доклада, подготовленного в рамках ИМЗГ, предназначены для включения в стратегию сокращения бедности Ганы, а также в Программу работы Министерства здравоохранения на 2007-2011 годы, и подразумевают использование соответствующих механизмов и инструментов планирования. Определение четкой связи между стратегией сокращения бедности Ганы и годовым государственным бюджетом представляет собой переход на качественно новый уровень, толчком к которому послужил процесс реализации последующих мер по рекомендациям КМЗ.

В **Йемене** работа по реализации рекомендаций КМЗ помогла провести оценку потребностей с точки зрения Целей в области развития на рубеже тысячелетия (ЦРТ), сформулированных ООН в рамках проекта «Тысячелетие», а также оценку затрат на реализацию стратегий здравоохранения; в целом проделанная работа дала возможность координировать усилия в данной сфере. Министерство общественного здравоохранения и народонаселения смогло продемонстрировать результаты, укрепившие его связи с Министерством планирования и международного сотрудничества, осуществляющего руководство процессом между секторами.

Ряд других стран представили данные о взаимосвязи между здравоохранением и экономическим развитием в их национальном контексте; эти данные будут использоваться в дискуссиях, проводимых министерствами здравоохранения и финансов.

Каков вклад проделанной работы в процесс определения приоритетов и постановку целей?

Меры, принятые **Карибским сообществом** в части формирования местной базы данных, включали оценку определяющих факторов в области здравоохранения и проведение отдельных исследований бремени заболеваний и связанных с ними затрат. Было рассмотрено воздействие эпидемиологических и социальных перемен на приоритеты в сфере охраны здоровья, включая незаразные заболевания, психическое здоровье, ВИЧ/СПИД, а также насилие и травмы.

В рамках Инициативы по макроэкономике и здоровью **Ганы** в сотрудничестве с Министерством здравоохранения проведена оценка бремени заболеваний и определен ограниченный перечень заболеваний, представляющих ключевые приоритеты в сфере здравоохранения ввиду их воздействия на смертность в стране.

НКМЗ **Индии** выделила 17 основных категорий условий, на долю которых приходится более 80 процентов бремени заболеваний в Индии. Затем были определены дополнительные критерии для формирования приоритетного перечня мероприятий в области здравоохранения. В ходе анализа внимание уделялось росту бремени незаразных заболеваний и проблеме старения населения.

НКМЗ **Мексики** исследовала вопрос о выборе целей здравоохранения на основе исследования существующей в этой сфере ситуации. В отношении Целей в области развития на рубеже тысячелетия Комиссия рекомендовала перенести сроки выполнения по определенным целям, установить цели на субнациональном уровне для привлечения внимания к бедным слоям населения, а также включить в сферу охвата цели, не предусмотренные ЦРТ, однако являющиеся крайне важными для таких стран, как Мексика. Например, по оценкам, сахарный диабет на сегодняшний день является причиной 12 процентов всех случаев смерти в Мексике, что ставит это заболевание на первое место среди причин смертности. В 2000 году лишь 29 процентов населения воспользовались хотя бы одной профилактической медицинской услугой.

**Шри-Ланка** привлекает внимание к снижению доли профилактических мероприятий и общественного здравоохранения как доли фактических затрат на здравоохранение с уровня примерно 11 процентов в 1990 году до 4 процентов в 2004 году, в то время как в 2004 году на долю услуг стационаров приходилось 73 процента всех ассигнований.



### Собирались ли в каких-либо странах данные относительно существующего в стране неравенства в сфере здравоохранения с точки зрения состояния здоровья, расходов и доступа к медицинской помощи?

Проблема внутривыбранного неравенства была особенно актуальной для стран со средними доходами, принимавших участие в работе НКМЗ. В **Китае** усилия были сосредоточены на укреплении роли государства в секторе здравоохранения с целью смягчить положение малоимущих. В 1998 году расходы на здравоохранение на душу населения в городах в 3,29 раза превышали соответствующий показатель для сельской местности; в 2003 году разрыв увеличился до 3,64 раза. Показатели детской смертности в большинстве западных провинций в 3-5 раз превышают аналогичные показатели для развитых прибрежных территорий.

В **Индии** отмечается существенное неравенство в состоянии здоровья между женщинами и мужчинами, между сельским и городским населением, а также между штатами. Например, разрыв между показателями ожидаемой продолжительности жизни в момент рождения в штатах Керала (74 года) и Мадха-Прадеш (56 лет) составляет 18 лет. Помимо этого, между штатами существуют значительные расхождения в отношении расходов домашних хозяйств, а государственные субсидии не имеют четкой адресной направленности.

В беднейшем муниципальном образовании штата Герреро в **Мексике** показатель младенческой смертности зафиксирован на уровне 66,9 на 1000 родившихся, близком к показателям гораздо более бедных государств, таких, например, как Судан. Для сравнения младенческая смертность в районе Бенито-Хуарес в Мехико (17,2 на 1000 родившихся) находится на уровне, сопоставимом со странами Западной Европы.

### Рассматривали ли страны варианты преодоления кадровых ограничений?

**Карибская** комиссия по здравоохранению и развитию (ККЗР) приводит показатель незанятых вакансий сестринского персонала на уровне 35 процентов, в то время как расчетные потери государственных доходов на подготовку медицинских сестер базового уровня составляют 16,7 млн долларов США, что связано с миграцией медицинских сестер, основное обучение которых было оплачено государством. Однако денежные переводы из-за границы являются важным источником средств для ряда стран (средний показатель по региону составляет 5 процентов валового внутреннего продукта в 2000 году). Министры здравоохранения региона уже утвердили программу управляемой миграции. ККЗР рекомендует проведение дальнейших исследований факторов, которые воздействуют на торговлю услугами медицинских сестер и постоянную миграцию среднего медицинского персонала, а также дополнительное рассмотрение растущей проблемы возмещения затрат на обучение теми работниками, которые выбрали работу за пределами региона.

Инвестиционный план Инициативы по макроэкономике и здоровью **Ганы** (ИМЗГ) включает стратегии, направленные на преодоление кадровых ограничений, а также оценку затрат на их реализацию. В соответствии с планом, в среднем за период с 2002 по 2015 год для покрытия нехватки врачей и среднего медицинского персонала необходимо привлечь примерно 16 и 53 млн долларов США в год, соответственно.

**Индия** также испытывает острую потребность во врачебных кадрах порядка 59 врачей на 100 000 человек населения (тогда как в большинстве развитых стран этот показатель составляет примерно 200 врачей на 100 000 человек). Среди прочего, Комиссия выявила слабые места в системе медицинского образования и подготовки.

### Какая информация включена в инвестиционные планы, и каким образом она будет использована?

В рамках Инициативы по макроэкономике и здоровью **Ганы** (ИМЗГ) разработан план, подкрепленный сметой расходов и направленный на расширение пакета мероприятий в сфере здравоохранения, включая такие приоритетные направления, как создание системы, приближенной к клиенту, инвестиции в системы здравоохранения, обеспечение доступа к питьевой воде, улучшение санитарных условий. По оценкам ИМЗГ, дефицит средств, необходимых в 2002-2015 годах для реализации плана здравоохранения, который будет способствовать достижению ЦРТ, составляет около 5 млрд долларов США.

НКМЗ **Индии** оценила затраты, необходимые для реализации намеченных пакетов мероприятий с различными уровнями охвата и объемами предлагаемых мер, которые могут быть предприняты органами государственного управления для улучшения предоставления и финансирования услуг, в первую очередь, направленных на то, чтобы выгоды от государственных инвестиций получили бедные слои населения. Для достижения ЦРТ, а также целей, изложенных в Национальной политике в области здравоохранения на 2002 год, НКМЗ Индии рекомендует повышение государственных расходов на здравоохранение с текущего уровня 1,2 процента ВВП до 3 процентов



ВВП. Индия также оценила затраты, необходимые для улучшения питания, повышения качества воды и улучшение санитарных условий, а также вклад других связанных со здравоохранением секторов.

Реализация последующих мер по рекомендациям КМЗ в **Йемене** дала правительству возможность завершить оценку потребностей для достижения ЦРТ, а также затрат на стратегии здравоохранения, что было предпринято в рамках участия Йемена в проекте ООН «Тысячелетие». В соответствии с проведенной оценкой затрат, при условии достижения ЦРТ к 2015 году требуемая средняя ежегодная сумма инвестиций на душу населения составляет 53 доллара США. Совокупные затраты, необходимые для достижения ЦРТ, оцениваются на уровне 14 млрд долларов США.

Оценки затрат, проведенные в указанных трех странах, будут использоваться в различных целях в зависимости от потребностей страны. В Гане эта оценка послужит основой для пересмотра компонента здравоохранения стратегии сокращения бедности Ганы, а также для оценки параметров расходов на среднесрочную перспективу и включения в Программу действий Министерства здравоохранения. Индия использовала эту оценку для проведения систематического анализа реформы сектора здравоохранения. А в Йемене оценка затрат в соответствии с потребностями служит, главным образом, для обоснования привлечения дополнительных ресурсов в сектор здравоохранения.

**Проводился ли странами анализ вариантов расширения использования налоговых схем или схем социального медицинского страхования?**

В **Индии** были рассмотрены возможные способы сокращения наличных платежей, на долю которых приходится более 80 процентов общей суммы расходов на здравоохранение. По оценкам, финансовое бремя расходов на медицинские услуги ведет к приросту доли населения, живущего за чертой бедности, на уровне 3,3 процента в год. НКМЗ предложила улучшить адресность и рассмотреть альтернативные методы финансирования, такие как общинное страхование, подушный налог, ваучеры и социальное медицинское страхование.

Одна из пяти рабочих групп Национальной комиссии по макроэкономике и здоровью **Мексике** (НКМЗМ) сосредоточила усилия на медицинском страховании и социальной защите. В Мексике более половины населения исключено из систем социального обеспечения и более 90 процентов частных расходов на медицинские услуги представляют собой наличные платежи. В беднейших домашних хозяйствах наблюдается тенденция к увеличению доли таких платежей в общем семейном доходе. В докладе НКМЗМ приводятся аргументы в пользу плана всеобщего медицинского страхования как наиболее целесообразного способа обеспечения справедливости и эффективности системы здравоохранения, а также намечаются в общих чертах желаемые элементы, которые должна предоставлять система медицинского страхования. К числу других стран, которые рассматривали вопрос страхования, относятся **Китай и Карибское сообщество**.

**Каким образом указанные меры позволяют усовершенствовать управление ресурсами на периферийных уровнях системы здравоохранения?**

Несмотря на то что в последние годы наблюдается рост государственных инвестиций в здравоохранение в западных сельскохозяйственных провинциях **Китая**, большая часть средств оседает в столицах, меньшая — на уровне городов, в то время как на долю сельских поставщиков медицинских услуг, через которых более половины сельскохозяйственного населения получает доступ к здравоохранению, не остается почти ничего. Работа по реализации последующих мер по рекомендациям Комиссии в Китае была сосредоточена на проведении четкой национальной стратегии в области здравоохранения, подразумевающей определение роли органов местного самоуправления различных уровней и повышение эффективности распределения ресурсов.

Реализация последующих мер по рекомендациям доклада, подготовленного в рамках Инициативы по макроэкономике и здоровью **Ганы**, включает посещение целевых районов, с тем чтобы убедиться, что рекомендации ИМЗГ включены в районные среднесрочные планы.

Национальная комиссия по макроэкономике и здоровью **Непала** поддержала планирование на уровне районов для учета большого разнообразия в политическом, экономическом и географическом аспектах.

**Индия и Шри-Ланка** также приступили к обсуждению проблем, касающихся неполной децентрализации и финансовых потоков от центра к периферии.



### Какую роль в процессе сыграли организации гражданского общества и частный сектор?

В **Камбодже** обмен знаниями между организациями гражданского общества (ОГО) поддерживается MEDiCAM, камбоджийской головной организацией для ОГО в сфере здравоохранения, которая провела исследование роли ОГО в процессах в сфере макроэкономики и здравоохранения. Работа, проведенная в Камбодже, подчеркнула острую необходимость улучшения координации действий соответствующих министерств и ОГО, предоставляющих значительную часть медицинских услуг.

Расширение общественного участия в управлении медицинским обслуживанием и предоставлении услуг является ключевым компонентом концепции НКМЗ **Индии**. В соответствии с докладом НКМЗ, первичная система здравоохранения должна быть «встроена в общину» с помощью пяти институциональных структур. В докладе НКМЗ Индии также исследуется роль частного коммерческого сектора здравоохранения и формулируются рекомендации относительно более эффективного взаимодействия правительства с частным сектором для достижения национальных целей в области здравоохранения.

НКМЗ **Мексики** сосредоточила внимание на важности формирования общественного консенсуса по результатам ее работы в целях укрепления политической воли в отношении экономического и социального развития страны.

### Каким образом в проведенной работе учитывался критический вопрос увеличения эффективности потоков помощи?

Для изучения потоков донорских средств в **Камбодже, Индонезии и Шри-Ланке** были заказаны три исследования. Выяснилось, что имеющиеся данные для отслеживания внешнего финансирования на уровне страны являются ограниченными. Эти исследования указывают на острую потребность в более качественных и актуальных данных по размещению донорских средств внутри стран, а также на необходимость увязки такой информации с результатами работы систем здравоохранения для повышения эффективности помощи для целей развития в сфере здравоохранения. Еще один важный аспект, освещенный в исследованиях, состоит в том, что доля внешних вливаний, направляемых в бюджет, в трех рассматриваемых странах существенно варьируется. В Камбодже лишь около 20 процентов внешнего финансирования распределялось через Казначейство.

Некоторые страны использовали механизм НКМЗ для более эффективного согласования деятельности доноров с национальными планами и стратегиями, что позволяет повысить результативность предоставляемой помощи. Доклад, подготовленный **Ганой**, будет использоваться в ходе совместных встреч доноров для обсуждения вариантов содействия и финансирования по плану инвестиций в здравоохранение. В **Руанде** представители Целевой группы по макроэкономике и здоровью принимают активное участие в работе координационных органов с участием представителей правительства и доноров. Эта группа определила адресные сферы исследования для информирования правительства и партнеров; данная структура представляет собой форум, в рамках которого осуществляется обмен и передача знаний. **Сенегал**, исходя из итогов работы по реализации последующих мер по рекомендациям КМЗ, поддерживает усилия Министерства здравоохранения по усовершенствованию управления инвестициями в здравоохранение на всех уровнях, включая более полную интеграцию внешней помощи в систему национальных приоритетов.

### Что можно сказать о мониторинге и оценке?

В дальнейшем потребуются регулярный мониторинг и оценка реализации плана инвестиций в здравоохранение. Отслеживание промежуточных результатов - изменений в бюджете здравоохранения или в распределении бюджетных средств, а также их последствий, например, на местном уровне или уровне регионов - формирует основу для более эффективного управления ресурсами здравоохранения, а также повышает прозрачность использования средств. Аналогичным образом, временной разрыв между ассигнованиями в здравоохранение и их воздействием на результаты работы системы здравоохранения означает, что правильно составленные промежуточные показатели могут способствовать более полному пониманию причинно-следственных связей и их учету при последующем планировании мероприятий в соответствии с потребностями. Такая система показателей может также использоваться для проведения межстрановых сопоставлений.