



Ребенок в Мозамбике получает прививку от кори.

# Реалистический подход к финансированию здравоохранения

**Принесут ли результаты громкие слова и деньги?**

*Джордж Шибер,  
Лиса Флейшер  
и Пабло Готтрет*

**Н** ИКОГДА прежде не уделялось столько внимания улучшению охраны здоровья малоимущего населения мира и не выделялось столько денег на эти цели. Знаменитости используют свой «звездный» авторитет, чтобы привлечь всеобщий интерес к мрачной статистике здравоохранения бедных стран, а международное сообщество приняло обязательства по достижению к 2015 году Целей развития Декларации тысячелетия (ЦРТ), три из которых непосредственно относятся к здравоохранению. На этом фоне, и во времена, когда глобализация повысила риск превращения единичных вспышек заболеваний, таких как атипичная пневмония и птичий грипп, в мировые пандемии, финансирование за счет традиционных и новых источников значительно возросло. Действительно, с 1990 года помощь на цели развития в области здравоохранения непрерывно увеличивалась: примерно с 2 млрд долл. до более чем 12,6 млрд долл. в 2004 году (то есть с 4,1 до 5,6 процента ВВП развивающихся стран), причем большая часть этого прироста пришлось на последние пять лет.

Однако несмотря на благие намерения и новые инвестиции, всемирное здравоохранение по-прежнему находится в плачевном состоянии. С 1985 года в некоторых странах Африки средняя продолжительность жизни сократилась на 10–20 лет — главным обра-

зом, из-за пандемии ВИЧ/СПИДа, которая, с тех пор как эта болезнь была впервые выявлена в 1981 году, унесла 25 миллионов жизней. Ежедневно 5000 человек в мире умирают от туберкулеза, хотя он поддается лечению и предупреждению. Эти болезни не только собирают трагическую дань людскими жизнями, но и наносят значительный ущерб экономике. В странах, в наибольшей степени страдающих от ВИЧ/СПИДа, сокращение национального дохода из-за этой болезни к 2020 году может составить 20 процентов, а заболеваемость и смертность от туберкулеза, по оценкам, обходятся в 1,4–2,8 млрд долл. потерянного экономического роста в год. Действительность такова, что развивающиеся страны по-прежнему несут 90 процентов глобального бремени заболеваний, при том что на их долю приходится лишь 12 процентов общемировых расходов на здравоохранение. Если недостатки глобальной системы помощи не будут исправлены и на национальном уровне не будут проведены радикальные реформы, международное сообщество и страны-получатели помощи рискуют упустить этот исторический шанс улучшить состояние здоровья малоимущих.

## **Политическая экономия помощи**

Что же не в порядке со всемирным здравоохранением? Чтобы лучше понять эту проблему,

полезно разобраться в мотивации и ограничениях, касающихся доноров и получателей помощи.

На уровне стран правительства стремятся обеспечить наличие эффективной системы здравоохранения, а для этого необходимо собирать достаточно доходов на устойчивой, справедливой и действенной основе. Необходимо объединять риски здравоохранения и приобретать услуги таким образом, чтобы иметь возможность предоставлять гражданам пакет основных услуг, а также гарантировать финансовую защиту от расходов, сопряженных с катастрофическим заболеванием. С рациональной точки зрения это означает, что правительство должно финансировать или субсидировать те медицинские услуги, которые относятся к базовым общественным и общественно полезным благам. Кроме того, во имя базовой справедливости необходимо финансировать обслуживание малоимущих, а в идеальном случае предоставлять финансовую защиту всему населению. Одним из важных элементов этих усилий является определение способов эффективного приобретения медицинских услуг, поскольку повышение эффективности представляет собой дополнительный источник доходов. Внешняя помощь стран-доноров — один из многих потенциальных источников доходов, которые могут содействовать финансированию базовой системы здравоохранения, и она является значимым источником финансирования для многих стран с низкими доходами.

На уровне доноров преобладающую роль играет совокупность иных соображений. Донорская помощь предоставляется многими разными способами, в том числе посредством целевой помощи, оказываемой непосредственно конкретным странам, через глобальные фонды здравоохранения (то есть независимые структуры, созданные донорами для направления более значительных объемов помощи в конкретные сферы) и международные организации. Решения стран-доноров о предоставлении средств определяются различными факторами, в том числе желанием финансировать глобальные общественные блага, укреплять глобальную безопасность для здоровья путем защиты от пандемий, продемонстрировать международную солидарность и оказать поддержку внутренней политике. Основным препятствием, с которым обычно сталкиваются страны-доноры, является необходимость убедить своих избирателей в том, что деньги

налогоплательщиков, расходуемые на иностранную помощь, не растрачиваются впустую. По этой причине доноры все теснее увязывают финансирование с материальными продуктами и результатами, которые можно легко измерить. Это значит, что в тех случаях, когда существует непосредственная связь между расходами, приобретением услуг, а порой и результативностью, помощь в области здравоохранения часто выделяется на борьбу с конкретными заболеваниями или на конкретные вмешательства. Гораздо труднее добиться признания целесообразности помощи, направляемой на цели развития систем здравоохранения, финансирования здравоохранения и общей бюджетной поддержки. Такие реалии иностранной помощи, а также недостатки глобального управления здравоохранением приводят к несоответствию между содействием доноров и потребностями стран. Это может не только препятствовать направлению помощи в наиболее нуждающиеся страны, но часто идет вразрез с предпочтительными для стран методами финансирования.

В результате этих соображений потребности оказываются неудовлетворенными, а эффективность и уровень расходов на здравоохранение остаются намного ниже минимальных значений, необходимых для достижения ЦРТ. Страны с низкими доходами тратят на охрану здоровья лишь примерно 5 процентов своего ВВП, тогда как страны со средними и высокими доходами расходуют на эти цели более 6 и 10 процентов, соответственно (см. таблицу 1). Выраженные в долларах США по текущему обменному курсу совокупные расходы на здравоохранение на душу населения составляют 22 долл. в странах с низкими доходами и более 3000 долл. в странах с высокими доходами. Даже несмотря на то что в 2005 году, после десятилетнего спада, официальная помощь на цели развития (ОПР) выросла до 0,33 процента валового национального дохода (ВНД) (см. рис. 1), это все еще намного меньше 0,7 процента ВНД, которые были обещаны развивающимся странам. Это также ниже 0,54 процента ВНД, которые, по оценкам Проекта тысячелетия, потребуются для достижения ЦРТ. С другой стороны, помощь на цели развития в области здравоохранения увеличилась с 4,6 процента ОПР в 1990 году до 16 процентов в 2004 году. Большая часть столь значительного прироста этой помощи поступает от доноров на двусторонней основе, других многосторонних учрежде-

Таблица 1

## Богатые и здоровые

По мере роста благосостояния стран общественные расходы на здравоохранение увеличиваются, а наличные расходы уменьшаются.

(Уровень и состав расходов на здравоохранение по регионам и категориям доходов, согласно классификации Всемирного банка, средние значения, взвешенные с учетом численности населения, 2003 год)

Регионы	ВВП на душу населения (в долларах) <sup>1</sup>	Расходы на здравоохранение на душу населения (в долларах) <sup>1</sup>	Расходы на здравоохранение на душу населения (уровень в межд. долларах) <sup>2</sup>	Совокупные расходы на здравоохранение (в процентах ВВП)	Расходы на соц. обеспечение <sup>4</sup>					
					Государств. расходы <sup>3</sup>	Частные расходы <sup>5</sup>	Оплата наличными <sup>5</sup>	Оплата наличными <sup>5</sup>	Внешняя помощь <sup>5</sup>	
Восточная Азия и Тихий океан	1267	64	276	5,1	37,5	42,8	62,5	84,2	52,7	0,9
Восточная Европа и Центр. Азия	2976	194	521	6,2	62,0	43,8	38,0	81,2	30,8	1,3
Латинская Америка и Карибский бассейн	3325	225	535	6,9	49,3	33,1	50,7	72,7	36,8	1,1
Ближний Восток и Сев. Африка	2360	101	289	5,7	47,4	22,6	52,6	86,4	45,4	1,1
Южная Азия	545	24	122	4,4	26,1	8,9	73,9	95,8	70,8	2,9
Страны Африки к югу от Сахары	608	38	116	5,2	40,8	4,9	59,2	80,1	47,4	14,8
<b>Уровни доходов</b>										
Страны с низкими доходами	481	22	102	4,6	31,2	7,7	68,8	91,9	63,2	7,1
Страны с доходами ниже средних	1659	97	342	5,6	43,6	38,3	56,4	81,1	45,7	0,6
Страны с доходами выше средних	5596	341	677	6,4	55,5	56,8	44,5	79,0	35,1	0,3
Страны с высокими доходами	30811	3466	3427	10,7	64,8	43,3	35,2	57,0	20,1	0,0
Глобальное среднее	5969	602	752	6,0	42,9	29,0	57,1	81,3	46,5	2,9

Источники: Всемирный банк (2005) и Всемирная организация здравоохранения (2006).

Примечание. Средние значения стран измеряются с учетом численности населения каждой страны, поэтому отдельные цифры могут отличаться от данных Всемирного банка (2006), где для отдельных наборов данных использованы слегка другие средние взвешенные значения.

<sup>1</sup>Скорректировано с учетом обменных курсов.

<sup>2</sup>Скорректировано с учетом паритетов покупательной способности.

<sup>3</sup>В процентах от совокупных расходов на здравоохранение.

<sup>4</sup>В процентах от государственных расходов на здравоохранение.

<sup>5</sup>В процентах от частных расходов на здравоохранение.

Рисунок 1

### Неудовлетворенные потребности

Совокупная ОПР по-прежнему меньше того, что необходимо для достижения Целей в области развития, поставленных в Декларации тысячелетия, особенно в Африке.



ний и частных фондов, причем существенная часть средств проходит через недавно созданные независимые глобальные фонды здравоохранения. Напротив, вклад многосторонних банков развития и специализированных учреждений ООН является относительно постоянным (см. рис. 2).

### Проблемы на национальном уровне

Однако низкие и неэффективные расходы — это лишь верхушка айсберга. Есть еще три причины, по которым страны с низкими доходами (особенно в Африке), возможно, не в состоянии были финансировать базовые медицинские услуги и финансовую защиту, необходимые для достижения ЦРТ в области здравоохранения.

Во-первых, в странах с низкими доходами более 60 процентов совокупных расходов на здравоохранение оплачивается наличными; соответствующий показатель в странах с высокими доходами составляет 20 процентов. В Африке на долю наличных расходов в среднем приходится почти 50 процентов совокупных расходов на здравоохранение, а в 31 африканской стране они составляют 30 процентов или более от совокупных расходов на здравоохранение. Оплата наличными — это один из наиболее регрессивных и неэффективных источников финансирования сектора здравоохранения для малоимущих, поскольку она не позволяет гражданам воспользоваться преимуществами перераспределения доходов, объединения рисков и финансовой защиты.

Во-вторых, с увеличением богатства стран все более важным источником покрытия расходов на здравоохранение становится социальное медицинское страхование, однако в странах с низкими доходами на его долю приходится лишь 2 процента совокупных расходов на здравоохранение. Столь низкий показатель вызывает вопросы о том, может ли социальное медицинское страхование стать жизнеспособным механизмом объединения рисков в странах с низкими доходами, особенно учитывая высокую долю неформальной занятости в большинстве таких стран.

В-третьих, в странах с низкими доходами на долю внешней помощи приходится примерно 7 процентов всех расходов на здравоохранение, тогда как для стран, относящихся к другим доходным группам, она не является важным источником финансирования здравоохранения. Вместе с тем за этими

Рисунок 2

### Новые источники средств на развитие здравоохранения

Средства на финансирование здравоохранения в развивающихся странах все в большей степени поступают от новых участников.

(В млрд долларов)



данными кроются существенные различия между странами и регионами. Например, в Африке внешняя помощь играет гораздо более значимую роль, чем где бы то ни было: ее доля в финансировании сектора здравоохранения составляет в среднем примерно 15 процентов всех расходов на здравоохранение. В других регионах она составляет менее 3 процентов. Из 23 стран, в которых внешняя помощь составляет более 20 процентов всех расходов на здравоохранение, 15 находятся в Африке. Кроме того, важно помнить, что общая внешняя помощь составляет 55 процентов всех внешних потоков в Африку. В пяти других развивающихся регионах основная часть внешних потоков приходится на денежные переводы из-за границы и прямые иностранные инвестиции, тогда как на долю внешней помощи — всего лишь 9 процентов. Столь сильная зависимость от внешней помощи при финансировании медицинских и других услуг, безусловно, сказывается на устойчивости стран. Она также влияет на способность этих стран строить планы на долгосрочную перспективу.

Как и следует ожидать, различия в способности стран мобилизовать внутренние доходы находят отражение в структуре их расходов. Данные таблицы 2 показывают, что страны с низкими доходами мобилизуют за счет внутренних ресурсов лишь 18 процентов своего ВВП. Чем выше доходы страны, тем больше эта доля. Такая же закономерность наблюдается и в случае поступлений от социального страхования. Страны с низкими доходами собирают за счет налогов на социальное страхование менее 1 процентного пункта этой общей суммы.

Уровни расходов и мобилизации государственных доходов во многих бедных странах меньше, чем это необходимо для достижения ЦРТ или целевого показателя расходов на душу населения в 34 доллара США, рекомендуемого Комиссией по макроэкономике и здравоохранению Всемирной организации здравоохранения. Примерно 50 стран с низкими доходами в настоящее время расходуют меньше этой целевой суммы в 34 доллара США. Даже если бы эти страны смогли повысить эффективность своих усилий по мобилизации

внутренних ресурсов на 1–2 процента, как предлагает данная комиссия, им по-прежнему потребовалось бы резко увеличить внешнюю помощь для совершенствования и расширения национальных систем здравоохранения. К сожалению, однако, одних только денег недостаточно. Необходимо будет изменить глобальную архитектуру помощи, а самим странам потребуется улучшить возможности освоения помощи, а также повысить эффективность расходов, независимо от их источника. Увеличение потоков помощи должно сопровождаться повышением действенности и качества.

### Дилемма глобальной помощи

Некоторые из проблем, связанных с системой помощи, обусловлены недостаточно развитым управлением на мировом уровне и пересечением полномочий различных организаций. Другие коренятся в методах и инструментах, используемых для предоставления помощи. Проблемы на уровне стран и сложности, присущие самому сектору здравоохранения, еще больше усугубляют ситуацию.

На глобальном уровне попросту не существует структуры, которая отвечала бы за эти вопросы. Хотя в распределении помощи в области здравоохранения участвуют более 100 крупных организаций, ни одной из них не были даны полномочия возглавить эту деятельность. Фактически отсутствует даже самое элементарное разграничение полномочий и функций донорских организаций. Нет также механизмов, которые гарантировали бы выполнение странами взятых в отношении помощи обязательств и позволяли бы донорам и странам-получателям координировать сотни каналов, через которые проходят потоки официальной и частной помощи. Кроме того, крайне необходимо повысить предсказуемость и последовательность помощи, гармонизировать донорские процедуры и увязать эти процедуры с системами, действующими в странах-получателях.

За последние 10 лет произошли глубокие изменения в способах финансирования и распределения помощи. На сцену вышли располагающие значительными грантовыми средствами частные и глобальные фонды (такие как Фонд Билла и Мелинды Гейтс, Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией и Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации), которые предоставляют сегодня примерно 15 процентов всей помощи на цели развития в области здравоохранения. Значительная часть этой помощи выделяется странам на основе рассмотрения индивидуальных заявок, а не исходя из того, чьи потребности наиболее насущны.

Еще одной проблемой, связанной с системой внешней помощи, является многообразие инструментов и методов предоставления помощи. Помощь часто непредсказуема, изменчива и носит краткосрочный характер, что усложняет для стран-получателей составление бюджета и планирование. Особенно слабым моментом в деятельности сообществ доноров является помощь странам-получателям в определении приоритетности усилий, направленных на достижение ЦРТ. В ближайшем будущем объем помощи, необходимый для достижения этих целей, обеспечить не удастся, и многие страны, возможно, лишь более чем через 20 лет смогут покрывать из внутренних источников расходы, в настоящее время финансируемые за счет внешней помощи. Объемы фактически предоставляемых донорами средств меньше обещанных. Кроме того, часто помощь целевым образом направляется на борьбу с конкретными заболеваниями и на конкретные вмешательства, которые плохо согласованы с эпидемиологическими потребностями стран-получателей. Это означает, что страны расходуют средства на программы, которые не отражают их первоочередные задачи. Более того, программный характер значительной части внешней помощи способствует росту числа самостоятельных структур, которые занимаются оказанием помощи и ее финансированием, и препятствует развитию целостного подхода к системам здравоохранения и к устойчивому финансированию на национальном уровне. Когда основная часть помощи направляется «донорским любимчикам», это ставит под угрозу достижение ЦРТ на глобальном уровне. Распределение помощи, которое часто производится на основе разных административных процедур и бюджетных циклов, также приводит к высоким транзакционным издержкам как для доноров, так и для стран-получателей. Наконец, инструменты помощи не учитывают экономические потрясения, а отсутствие системы измерения результатов означает практическое отсутствие подотчетности доноров и стран-получателей.

Аналогичным образом, на национальном уровне возможности стран по освоению помощи ограничены ввиду низкого качества государственного управления, неэффективного управления государственным сектором, неразвитости институтов, нехватки управленческих и квалифицированных медицинских кадров, плохой экономической политики и недостаточных возможностей сбора внутренних доходов. Эти проблемы затрудняют надлежащее использование иностранной помощи и внутренних ресурсов. Примерно половина всей донорской помощи в настоящее время носит внебюджетный характер, и значительная ее часть не учитывается в платежном балансе. В среднем страны получают лишь примерно 20 процентов официальной помощи на цели развития в форме общей бюджетной поддержки, которую они могут использовать для осуществления расходов в тех областях, которые они сами считают высокоприоритетными. В результате правительства часто сокращают собственные расходы в тех областях, которым отдают предпочтение доноры, уменьшая тем самым «взаимодополняемость» иностранной помощи, выделяемой на эти конкретные цели. Подотчетность в отношении потоков донорской помощи очень низка — лишь немногие страны располагают действенными системами мониторинга и оценки.

Помимо всех этих проблем, **сектор здравоохранения сам по себе сложнее других секторов**, что обусловлено следующими причинами:

- Основная часть финансирования, необходимого для сектора здравоохранения, идет на покрытие *долгосрочных периодических затрат*. Это вызывает вопросы относительно устойчивости, поскольку традиционное донорское финансирование рассчитано на покрытие *краткосрочных инвестиционных затрат*. Странам-получателям необходимо понять, как создать в своих бюджетах достаточные резервы для расходов на здравоохранение, не в последнюю очередь потому, что сектор здравоохранения крайне важен как с точки зрения его до-

Таблица 2

### Узкая доходная база

Странам с низкими доходами трудно собирать налоги, которые могли бы быть израсходованы на улучшение здравоохранения.

(Средние доходы центрального правительства, в процентах ВВП, начало 2000-х годов)

Регионы	Совокупные доходы	Налоговые доходы	Налоги на социальное страхование
Северная и Южная Америка	20,0	16,3	2,3
Страны Африки к югу от Сахары	19,7	15,9	0,3
Центр. Европа, гос-ва Балтии, Россия и др. бывшие советские республики	26,7	23,4	8,1
Ближний Восток и Северная Африка	26,2	17,1	0,8
Азия и Тихий океан	16,6	13,2	0,5
Малые острова (с населением менее 1 млн человек)	32,0	24,5	2,8
<b>Уровень доходов</b>			
Страны с низкими доходами	17,7	14,5	0,7
Страны с доходами ниже средних	21,4	16,3	1,4
Страны с доходами выше средних	26,9	21,9	4,3
Страны с высокими доходами	31,9	26,5	7,2

Источник: Gupta et al. (2004).

ли в государственном бюджете, так и с точки зрения его роли как важного источника занятости в государственном секторе.

- Существуют многочисленные, не связанные со здравоохранением факторы, которые влияют на результативность охраны здоровья, что вызывает необходимость в использовании комплексных межсекторных подходов.

- Индивидуальное поведение имеет первостепенное значение для результативности охраны здоровья, при этом повлиять на него или изменить его очень трудно.

- Измерение результативности здравоохранения (помимо рождаемости и смертности) и выявление причинно-следственных зависимостей — сложная по самой своей природе задача.

- На глобальном и национальном уровне в секторе здравоохранения участвует намного более 100 крупных организаций, что гораздо больше, чем в любом другом секторе.

- Частный сектор играет существенную, часто доминирующую роль как в финансировании, так и в оказании медицинских услуг, и нередко не участвует в обсуждении политики.

- Страховые рынки и сектор здравоохранения в более общем плане требуют сложной системы регулирования.

- Такой дорогостоящий компонент финансирования здравоохранения, как финансовая защита, в основном характерен только для сектора здравоохранения (если не считать нескольких стандартных программ социальной защиты, таких как пенсии, страхование безработицы и социальная помощь) и создает трудноразрешимые на фоне ограниченных средств задачи выбора разнонаправленных целей в области охраны здоровья.

### Дальнейшие шаги

Если не будет повышена эффективность глобальной системы помощи и если страны не расширят свои возможности надлежащим образом использовать помощь, огромные инвестиции в здравоохранение, осуществляемые в настоящее время, не принесут улучшений в охране здоровья малоимущих, к которым стремится все общество. Неспособность добиться результатов может дискредитировать будущую готовность доноров оказывать поддержку в целях улучшения глобального здравоохранения. Комитет содействия развитию ОЭСР прилагает усилия к тому, чтобы повысить действенность помощи, а многие отдельные доноры пытаются гармонизировать свои процедуры с теми, которые используют другие доноры и международные организации, и согласовать административные процессы с соответствующими процессами стран-получателей помощи. Однако до решения этих задач еще очень далеко.

**Что следует делать получателям помощи.** Развивающиеся страны должны прямо поставить вопрос перед теми донорами, которые отказываются согласовать свою помощь с национальными приоритетами. Однако самим странам-получателям также следует предпринять более активные усилия по улучшению управления государственным сектором. Для этого потребуется переместить центр внимания на вопросы управления и обеспечения прозрачности. Страны должны совершенствовать свои финансовые системы и системы закупок и постараться более полно интегрировать конкретные секторы в общую основу макроэкономической политики. В отсутствие действенного управления государственным сектором, в том числе взвешенной секторальной политики, надежных процессов закупок и систем финансового управления, доноры не смогут поддерживать разработанные самими странами-получателями программы путем оказания общей бюджетной помощи. А что важнее всего — страны-получатели и доноры должны быть подготовлены за достигнутые ими результаты. Страны также должны расширить свои возможности сбора денежных средств посредством налогообложения и, в более общем плане, повысить эффективность государственных расходов. Страны, находящиеся в состоянии

войны или переживающие период гражданских беспорядков, сталкиваются с особенно тяжелыми проблемами, равно как и страны, восстанавливающиеся после конфликта. Страны-получатели должны основывать свои решения о расходах в сфере здравоохранения на рентабельности затрат, а также на принципах справедливости, эффективности и устойчивости, а не на громких словах, чудодейственных средствах и сиюминутных веяниях, пропагандируемых некоторыми донорскими организациями. Для повышения качества решений в сфере охраны здоровья странам-получателям понадобится дополнительная техническая помощь, и как правительства, так и доноры должны взять на себя долгосрочное обязательство по изменению сложившейся системы. Крайне важно, чтобы руководство осуществлялось на уровне высшего эшелона правительства.

**Что следует делать донорам.** Кроме вопроса об общих объемах помощи, стоит проблема повышения ее эффективности за счет улучшения предсказуемости и последовательности помощи и использования надлежащего набора инструментов. Правительства стран-доноров должны убедить своих налогоплательщиков в необходимости увеличить объемы помощи, предоставляемой в форме общей бюджетной поддержки, а не модной сейчас целевой помощи, выделяемой на борьбу с конкретными болезнями или на конкретные вмешательства. Сделать это будет непросто. Аналогичным образом, необходимы более совершенные механизмы, чтобы заставить страны выполнять свои обязательства в отношении помощи. Уровень, качество и распределение помощи должны быть пересмотрены. Как это сделать, пока неясно. Однако ключевым фактором является более четкое руководство со стороны Группы восьми, Европейского союза, ОЭСР и ведущих многосторонних организаций. Первостепенное значение для развития новой ориентированной на результаты культуры будут иметь улучшение документирования надлежащей практики и создание глобальной базы данных. Техническая помощь должна быть нацелена на то, чтобы содействовать странам в совершенствовании управления государственным расходами и разработать эффективные планы в области здравоохранения, которые были бы привязаны к основам их макроэкономической политики. Следует обеспечить подотчетность доноров при помощи новых механизмов, которые позволили бы гарантировать, что более значительная часть глобальной помощи выделяется в соответствии с потребностями, а не исходя из внутривнутриполитических соображений, будь то в форме отобранных для оказания помощи стран («донорских любимчиков») или поддерживаемых услуг. Не существует никакого глобального плана поддержки обойденных помощью стран. Доноры прилагают серьезные усилия, чтобы устранить многие из перечисленных недостатков, однако многие фундаментальные вопросы до сих пор не решены.

Есть надежда, что существующие сегодня возможности для улучшения охраны здоровья малоимущего населения планеты не исчезнут до того, как будут достигнуты реальные результаты. Слишком многое поставлено на карту как по гуманитарным соображениям, так и по соображениям глобальной безопасности. Но если мировое сообщество не научится согласовывать национальные интересы с глобальными общественными потребностями, и если правительства и доноры не повысят действенность помощи и не добьются результатов, бедственное положение малоимущего населения так и останется нерешенным вопросом. ■

*Джордж Шибер — советник по вопросам политики в области здравоохранения, Лиса Флейшер — специалист по общественному здравоохранению, Пабло Готтрет — ведущий экономист в Сети по вопросам человеческого развития Всемирного банка.*