

## Больше денег для охраны здоровья

### Отдача от инвестиций

Если предположить, что денежные средства, необходимые ежегодно в период с 2011 по 2015 год, будут иметься в наличии, мы сможем значительно улучшить доступ к мерам по спасению жизни для большинства уязвимых женщин и детей в 49 беднейших странах.

Только в 2015 году:

- 43 миллиона новых пользователей будут иметь доступ к услугам планирования семьи
  - на 19 миллионов больше женщин будут получать квалифицированную акушерскую помощь при родах
  - будет излечено дополнительно 2,2 миллиона инфекций новорожденных
  - число детей, получающих исключительно грудное вскармливание в первые шесть месяцев жизни, увеличится на 21,9 миллиона
  - полная иммунизация в возрасте до одного года будет проведена дополнительно 15,2 миллионам детей
  - число детей в возрасте до пяти лет, получающих добавку витамина А, увеличится на 117 миллионов
  - защита от пневмонии будет обеспечена дополнительно 40 миллионам детей
- Это финансирование будет также способствовать улучшению инфраструктуры здравоохранения для оказания помощи наименее имущим женщинам и детям в мире.

В 2015 году это будет способствовать:

- созданию дополнительно 85 000 учреждений здравоохранения (включая центры здравоохранения, а также районные и региональные больницы)
- подготовке еще 2,5–3,5 миллионов работников здравоохранения (включая участковых медработников, медсестер, акушерок, врачей, технический и административный персонал)

Повышение эффективности и действенности может помочь нам лишь в определенной мере. Необходимо также инвестировать намного больше средств ежегодно и расширять деятельность в поддержку ЦРТ, связанных со здоровьем (ЦРТ 1с, 4, 5 и 6).

Существует общее согласие в отношении того, что следует включать в пакет основных недорогостоящих мер — от вакцин и лекарственных препаратов до планирования семьи и питательных микроэлементов, — которые в буквальном смысле могут иметь жизненно важное значение для многих уязвимых групп женщин и детей.

Для предоставления этого основного пакета мер и гарантии того, что страны смогут продолжать работу на долгосрочной основе, важнейшее значение имеет также расширение инвестиций в системы здравоохранения. Для построения сильных систем здравоохранения требуются устойчивые инвестиции на протяжении определенного времени. Во многих странах сохраняется большой дефицит финансирования, который необходимо устранить для обеспечения охвата женщин и детей основными службами здравоохранения.

Среди 49 стран мира с наименьшим уровнем доходов<sup>1</sup> общий дефицит финансирования ЦРТ, связанных со здоровьем, колеблется от 26 млрд. долл. США в год в 2011 году (19 долл. США на

<sup>1</sup> Афганистан, Бангладеш, Бенин, Буркина-Фасо, Бурунди, Камбоджа, Центральнаяафриканская Республика, Чад, Коморские Острова, Демократическая Республика Конго, Кот-д'Ивуар, Эритрея, Эфиопия, Гамбия, Гана, Гвинея, Гвинея-Бисау, Гаити, Кения, Корейская Народно- Демократическая Республика, Кыргызская Республика, Лаосская Народно-Демократическая

душу населения) до 42 млрд. долл. США в 2015 году (27 долл. США на душу населения), по мере того как страны расширяют масштабы выполняемых ими программ<sup>2</sup>. Прямые расходы на программы, связанные с репродуктивным здоровьем и охраной здоровья матерей, новорожденных и детей (включая малярию и ВИЧ/СПИД), а также пропорциональные расходы систем здравоохранения на предоставление этих услуг составляют, согласно оценкам, почти половину требуемых финансовых средств: от 14 млрд. долл. США в 2011 году (10 долл. США на душу населения) до 22 млрд. долл. США в 2015 году (14 долл. США на душу населения)<sup>3</sup>, что в целом составляет 88 млрд. долл. США (см. рис. 2)<sup>4</sup>

---

Республика, Либерия, Мадагаскар, Малави, Мали, Мавритания, Мозамбик, Мьянма, Непал, Нигер, Нигерия, Пакистан, Папуа-Новая Гвинея, Руанда, Сан-Томе и Принсипи, Сенегал, Сьерра-Леоне, Соломоновы Острова, Сомали, Таджикистан, Танзания, Того, Уганда, Узбекистан, Вьетнам, Йемен, Замбия и Зимбабве.

<sup>2</sup> Оценки основаны на данных и методологии Целевой группы по инновационному финансированию систем здравоохранения и адаптированы для Глобальной стратегии рабочей группы по финансированию Глобальной стратегии под руководством Всемирного банка. Целевая группа оценивала затраты в долларах США (2005 г.), используя два различных подхода —Scale Up One, основанный на Нормативном подходе, разработанном ВОЗ в сотрудничестве с ЮНЭЙДС и ЮНФПА, и Scale Up Two, основанном на Механизме «выделения ограниченных ресурсов на решение острых проблем» (MBB), разработанном Всемирным банком и ЮНИСЕФ в сотрудничестве с ЮНФПА и Партнерством по охране здоровья матерей, новорожденных и детей (PMNCH). Для Глобальной стратегии было решено использовать среднее значение по результатам, полученным с помощью как Нормативного подхода, так и MBB, для представления данных о размере дефицита финансирования. Кроме того, оценки были пересмотрены с периода 2009–2015 гг. на период 2011–2015 гг. "More Money for Health and More Health for the Money". Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. 2009. "Constraints to Scaling Up and Costs: Working Group 1 Report". Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. 2009. "Constraints on Scaling Up the Health MDGs: Costing and Financial Gap Analysis". WHO. 2009, 2010. "Health Systems for the MDGs: Country Needs and Funding Gaps". World Bank/UNICEF/UNFPA/PMNCH. 2009. WHO updates 2010. MBB updates 2010. FAMILY RECORD BOOK

<sup>3</sup> Оценочные данные рассчитаны в долларах США (долл. США 2005 г.).

<sup>4</sup> Более подробная информация об этих оценках приводится в информационном документе, подготовленном рабочей группой по финансированию Глобальной стратегии на веб-сайте: [www.pmnch.org](http://www.pmnch.org)

**Рисунок 2. Оценочные данные по ежегодному дефициту финансирования на цели охраны здоровья женщин и детей в 49 развивающихся странах, 2011-2015 гг.**

Млрд. долл. США



- \* Остающаяся половина расходов систем здравоохранения плюс: расходы на диагностику, информацию, специализированную и паллиативную помощь в связи с любыми существующими состояниями; остающиеся расходы на лечение в отношении основных инфекционных заболеваний, таких как ТБ, ВИЧ/СПИД и малярия; и расходы, связанные с питанием и укреплением здоровья
- \*\* Распределенные затраты систем здравоохранения, включая половину расходов, касающихся кадровых ресурсов, инфраструктуры, цепочки поставок/логистики, информационных систем здравоохранения, управления/регулирования и расходов на финансирование здравоохранения
- \*\*\* Планирование семьи и службы охраны здоровья матерей и новорожденных, включая неотложную помощь, лечение и профилактику основных болезней новорожденных и детского возраста, лечение малярии, питание детей, иммунизацию, лечение ВИЧ/СПИДа, ППМР, а также часть расходов на водоснабжение и санитарию