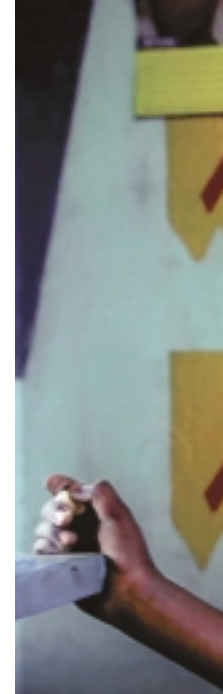


Средства на борьбу с ВИЧ/СПИДом

Морин Льюис



Привлечены миллиарды долларов; задача — в разумном расходовании этих денег

ПО ПРОШЕСТВИИ почти двух десятилетий, в течение которых на повестке дня всего мира. По оценкам ЮНАИДС, примерно 40 млн человек инфицировано ВИЧ — 25 млн из них живет в странах Африки к югу от Сахары и 8 млн в Азии, причем почти 5 млн было инфицировано только в 2004 году. Число смертей по причинам, связанным с СПИДом, составляет приблизительно 3 млн человек в год, причем в Африке ежедневно умирает 7000 взрослых и детей. В краткосрочной перспективе потеря значительного сегмента взрослого населения, особенно женщин в расцвете лет, разрушает домашние хозяйства. В долгосрочной перспективе потери в накоплении человеческого капитала представляют дополнительный риск, поскольку они ограничивают передачу знаний между поколениями и создают макроэкономические угрозы, особенно в наиболее

затронутых странах. Профилактика путем изменения поведения оказалась затруднительной, а найти вакцину пока еще не удастся.

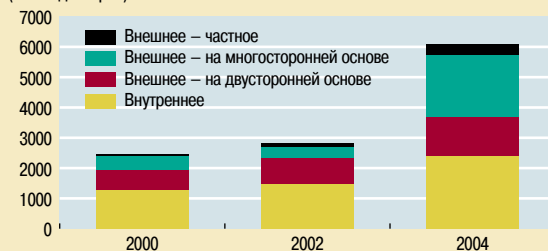
Международное сообщество отреагировало на это привлечением миллиардов долларов для борьбы с ВИЧ/СПИДом, и многие страны с низкими доходами уже получают огромные суммы или получили обещание об их предоставлении. Получатели этих средств, однако, оказались в трудном положении. Может ли масштаб притока оказаться настолько велик, что подорвет макроэкономическую стабильность или управление государственными финансами? Могут ли получатели — за короткий период — эффективно освоить предоставляемые ресурсы или хотя бы суммы, уже обещанные и выделенные, учитывая проблемы институционального потенциала и государственного управления, которыми часто поражены их системы здравоохранения? В состоянии ли они привлечь необходимые «залоговые» внутренние ресурсы (такие как рабочая сила, инфраструктура и институциональная база) для быстрого увеличения объема услуг?

Рисунок 1

Мировая совесть

Доноры, предоставляющие средства на многосторонней основе, были лидерами в расширении финансирования программ борьбы с ВИЧ/СПИДом.

(В млн долларов)



Источник: Lewis (2005a).

Примечание. Данные по частному сектору отражают только международные неправительственные организации. Внутреннее финансирование включает государственные и частные источники, но не включает расходы домашних хозяйств.

Кто платит?

Несмотря на стремительное увеличение объема помощи, предназначенной для борьбы с ВИЧ/СПИДом (см. рис. 1), ожидается, что в ближайшие годы будет сохраняться значительный разрыв между ее необходимым уровнем и фактически предоставляемыми средствами. По оценкам ЮНАИДС, для борьбы с пандемией в странах с низкими и средними доходами в 2005 году потребуется сумма от 9,6 млрд до 11,3 млрд долларов, которая возрастет и составит от 14,1 млрд до 18,8 млрд долларов к 2007 го-



Один из сирот СПИДа — ученик школы в Кении.

ду, продолжая возрастать в последующие годы по мере роста числа инфицированных. По оценкам ОЭСР, в 2004 году в развивающихся странах на ВИЧ/СПИД было ассигновано примерно 6 млрд долларов, в том числе примерно 3,7 млрд долларов из международных источников. Это резко отличается от примерно 7 млрд долларов, ежегодно выделяемых в порядке помощи на цели развития (ОПР) в области здравоохранения, исключая целевое финансирование на борьбу с ВИЧ/СПИДом.

В настоящее время доноры оказывают финансовую поддержку мер в 140 странах, причем примерно 72 процента этого финансирования выделяется 25 странам — главным образом, сильно затронутым странам Африки и Карибского бассейна. В некоторых из этих стран финансирование увеличивается так быстро, что накапливаемые средства фактически заменяют бюджеты здравоохранения. Основными источниками финансирования борьбы со СПИДом являются внутренние государственные расходы; помощь на двусторонней и многосторонней основе; Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (финансируемый донорами на двусторонней основе и частными фондами); частный сектор; и прямые расходы домашних хозяйств. Согласно прогнозам, в ближайшие несколько лет темпы роста помощи на двусторонней основе превысят темпы роста из других источников.

Активную реакцию международного сообщества на ВИЧ/СПИД можно наблюдать на страновом уровне в некоторых из девяти наиболее затронутых стран Африки к югу от Сахары (см. рис. 2). В период с 2000–2002 по 2002–2004 годы средний уровень внешнего финансирования значительно возрос в Замбии (698%), Лесото (1100%), Свазиленде (951%) и Танзании (394%). Только в Кении помощь для борьбы с ВИЧ/СПИДом возросла меньше чем в два раза, хотя в 2000–2002 годы эта страна опережала все остальные по размерам внешних обязательств о выделении средств.

Экономические последствия

Следует ли получателям беспокоиться о макроэкономических последствиях роста финансирования борьбы с ВИЧ/СПИДом? В 2002–2004 годы размер этих

потоков представлял приблизительно от 3 до 25% общих потоков помощи в 8 из 9 этих стран (исключение составлял Свазиленд, в котором они достигали почти 90 процентов). Эти умеренные пропорции говорят о том, что само по себе финансирование борьбы с ВИЧ/СПИДом вряд ли вызовет дезорганизацию в общей макроэкономической политике, хотя оно может усугубить любые макроэкономические проблемы, вызванные массивным притоком помощи. Макроэкономические последствия, безусловно, зависят от масштабов экономики и объема импорта, причем страны с меньшим масштабом экономики являются более уязвимыми по отношению к изменениям внешних условий. Чем сильнее зависи-

мость от помощи по отношению к ВВП, тем выше степень уязвимости в случае неожиданных изменений потоков донорской помощи, поскольку странам не хватает ресурсов, которые они могут использовать по своему усмотрению для компенсации утраченных ресурсов.

Недавний опыт Ганы и Эфиопии (Aiyar, Berg, and Hussain, 2005) показывает, что правительства могут смягчить эти отрицательные последствия, применяя творческий подход, в частности, увеличивая резервы в периоды расширения донорской помощи, что позволит сберечь помощь, а не расходовать ее. Однако более распространенная линия поведения правительства заключается в повышении расходов на основе притока помощи, превращая их, таким образом, в постоянные бюджетные обязательства.

Что касается последствий для бюджета (которые затмевают макроэкономические), к основным факторам относятся уровень и устойчивость внешней помощи, соперничающие друг с другом заявки на дефицитные бюджетные ресурсы, способность правительства освоить резко возросшее финансирование и угроза коррупции и расточительности, когда

Рисунок 2

Неравномерное соотношение

На фоне резкого увеличения средств, предназначенных для борьбы с ВИЧ/СПИДом, средства, имеющиеся в распоряжении общей системы здравоохранения, начинают казаться незначительными.

(В млн долларов, в среднем за период)



Источник: Lewis (2005a).

слишком большие суммы приходится тратить в очень короткие сроки.

На данном этапе ассигнования на здравоохранение начинают казаться незначительными по сравнению с внешними ресурсами на борьбу с ВИЧ/СПИДом (см. рис. 2). Резко увеличилось финансирование ВИЧ/СПИД, тогда как государственные бюджеты здравоохранения претерпели незначительные изменения, а в некоторых случаях (например, в Замбии и Мозамбике) фактически уменьшились. В результате средства на борьбу с ВИЧ/СПИДом в некоторых странах превышают бюджеты здравоохранения в целом. В 2003/2004 году приток внешних средств в Эфиопию был равен государственному бюджету здравоохранения, но в Замбии и Уганде средства, предназначенные на борьбу со СПИДом, превысили расходы на здравоохранение в целом почти на 185 процентов. В большинстве стран резкое увеличение средств в период между 2000/2001 и 2003/2004 годами потребовало быстро изменить масштаб и диапазон медицинских услуг. Проблема в том, каким образом эти страны смогут освоить и рационально распределить новые ресурсы для борьбы с ВИЧ/СПИДом при уменьшении своих общих расходов на здравоохранение или при их весьма незначительном приросте.

Нестабильность и непредсказуемость финансирования будет и впредь усугублять положение. Прежде всего, всякое значительное улучшение услуг потребует найма дополнительных кадров. При неопределенности потоков помощи расширение государственной службы было бы делом почти безрассудным, учитывая негибкость рынков рабочей силы в государственном секторе и невозможность сокращения штатов при уменьшении финансирования или изменении приоритетов. Страны также должны полагаться на импортные лекарства для пациентов с ВИЧ/СПИДом. Если ресурсы или пожертвования в натуральном выражении иссякнут, правительству придется взять на себя финансирование, без которого лечение, спасающее жизни, прекратится. И лечение необходимо будет продолжать на столь же интенсивном уровне. Учитывая, что выживание пациентов с ВИЧ/СПИДом зависит от непрерывного лечения, перерывы в антиретровирусной терапии (АРТ), вызванные дефицитами финансирования, будут равносильны смерти множества пациентов от СПИДа.

Институты и системы здравоохранения

Хорошие намерения и правильно заданные приоритеты еще не гарантируют эффективности программ. Рискованно было бы предположить, что дополнительные ресурсы будут получены и задействованы сразу же после предоставления внешнего финансирования. В случае задержек, вызванных отсутствием любых имеющих решающее значение ресурсов, — таких как кадры, инфраструктура, управление, склады, материально-техническое обеспечение и информация о результатах и исходе, — производительность снижается, а воздействие ослабевает. Например, истекает срок годности импортных лекарств, пока они находятся на товарной пристани по причине отсутствия грузовиков для перевозки продукции на склады, что лишает смысла программы АРТ, превращая их в напрасную трату дефицитных ресурсов. Бывает и так, что есть и инфраструктура и достаточные кадры, но недостаток других ресурсов препятствует продуктивности программ. Странам нужен потенциал управления дополнительным притоком помощи от доноров, его расходования и мониторинга, несмотря на значительные институциональные и управленческие ограничения (см. вставку).

Потенциально пагубное воздействие плохо работающих систем здравоохранения заключается в непродуманных или не обеспеченных ресурсами программах лечения СПИДа, ведущих к несоблюдению сложных курсов лечения. Недавно проведенное Всемирным банком исследование в Индии (Over and others, 2004) показывает, что в случае приема лекарств без соблюдения строгого протокола могут появиться устойчивые штаммы вируса, которые подрывают возможности лечения для всех. Значительное расширение или сдвиги в предоставлении услуг при увеличении их масштабов обычно сопровождаются некоторой дезорганизацией и требуют времени для корректировки. Услуги АРТ не являются исключением. Но способность вируса к постоянной мутации и приспособлению к меняющимся условиям, а также то, что минимизация устойчивых штаммов носит характер общественного блага, указывают на необходимость соблюдать особую осторожность и уделять внимание протоколам, управлению АРТ и эффективности системы здравоохранения.

В конечном счете наилучшим методом повышения эффективности помощи и предельной отдачи от данного уровня помощи (потенциал освоения) является укрепление системы оказания услуг здравоохранения. Это означает укрепление государственных структур, занимающихся предоставлением услуг здравоохранения и его финансированием. Проблема в том, что доноры демонстрируют все большее предпочтение внебюджетным и «вертикальным» программам здравоохранения, которые направлены на решение отдельных конкретных проблем и не связаны с системой здравоохранения. Почему они предпочитают этот путь? Это — логическое продолжение кампаний по привлечению средств при увязке расходов с конкретными заболеваниями. Такой подход позволяет им «оградить» свои вклады, что позволяет установить источник расходов. Это избавляет от раздражающего надзора со стороны министерства финансов, а также от бюрократических барьеров, связанных с конкуренцией за государственные средства. И это дает возможность обойтись без беспорядочной интеграции с системой здравоохранения, при которой ресурсы и продукты нелегко привести в соответствие, а результаты трудно измерить.

Действительно, эти стратегии могут быстро дать результаты, но они также препятствуют решению других задач развития. Вертикальные средства ведут к переманиванию лучших работников государственного сектора, искусственному повышению заработной платы в этом секторе и ослаблению действующей системы. Они также идут в обход упорядоченных процессов составления бюджета и ассигнования средств, применяемых органами государственного управления (от которых зависит совершенствование надлежащего управления), нарушая бюджетную дисциплину и подрывая развитие институтов. Программы борьбы с ВИЧ/СПИДом уже опираются на существующую инфраструктуру физического и человеческого капитала, как прямо, так и косвенно. Даже когда программы ВИЧ/СПИД представляют собой вертикальные автономные инициативы, они остаются частью более общих усилий работы по предоставлению услуг в сфере здравоохранения, поскольку диагностикой, направлением к врачам и лечением условно-патогенных инфекций, а также побочными эффектами АРТ по-прежнему занимается система здравоохранения.

Управление средствами

Так что же можно сделать для обеспечения эффективного использования и освоения средств — достижения положитель-

Недействующие системы здравоохранения

Проведенный недавно обзор институтов и управления в секторе здравоохранения указывает на серьезность институциональных проблем (Lewis, 2005). Невыходы на работу медицинских сотрудников составляют от 28 до 42 процентов в клиниках первичного здравоохранения; в Уганде этот показатель составляет 68 процентов, а в Бангладеш 74 процента. При отслеживании движения государственных средств из министерств финансов к пунктам обслуживания оказалось, что в результате «узурпации» на местном уровне, утечки и бюрократических препятствий 80 процентов бюджета без учета заработной платы так и не доходят до базовых клиник в Гане, 70 процентов — в Уганде и 40 процентов — в Танзании. Обследования домашних хозяйств показывают, что в большинстве стран пациенты платят взятки за лечение в государственных клиниках, что нарушает мандат бесплатного здравоохранения и является символом плохого государственного управления. Эти проблемы управления ставят под сомнение пользу от простого увеличения финансирования или необходимость в дополнительных работниках здравоохранения.

Дефицит кадров для расширения лечения АРТ, вызывающий раздражение международного сообщества, связан как с недостатками государственного управления, так и с внешним давлением со стороны международных финансовых организаций, направленным на ограничение найма на работу. Условия труда государственных служащих, характеризующиеся недостатком материалов и лекарств, слабыми возможностями продвижения по службе и плохим управлением, обуславливают низкий моральный дух и утечку кадров. В Зимбабве до распада системы здравоохранения хорошо работавшая государственная служба удерживала работников, в том числе в секторе здравоохранения. По мере ухудшения условий труда, снижения качества управления и усиления неопределенности политических и экономических условий работников стали привлекать более высокая зарплата и качество управления за пределами страны.

ных результатов как в ограничении ВИЧ/СПИДа, так и в макроэкономическом управлении? Начать можно со следующих вариантов.

Учреждение Стабилизационного фонда ВИЧ/СПИДа. Быстрый рост финансирования ВИЧ/СПИД требует незамедлительной реакции на расширение предоставления услуг. Негибкость реакции со стороны предложения и необходимость в компенсации нерегулярных обязательств доноров в различные периоды времени требует альтернативных механизмов. Стабилизационный фонд, оперирующий массивным притоком помощи подобно природным ресурсам, позволит странам освоить новые ресурсы и сохранить их до тех пор, пока обстоятельства не позволят эффективно использовать эти средства. Поскольку обязательства уже приняты, стабилизационный фонд работал бы просто как хранилище вкладов доноров — на двусторонней или многосторонней основе. Это позволило бы улучшить регулирование условий торговли и решение проблем обменного курса, обеспечить ежегодное предоставление крупных сумм, повысить производительность и увеличить отдачу от средств. Залогом успеха были бы прозрачная отчетность и надлежащее управление. Такой фонд имитировал бы секвестрированные нефтяные фонды в таких странах, как Азербайджан и Норвегия, а также Ботсвана с ее доходами от алмазов. Международные финансовые организации располагают опытом содействия странам в такой работе и могли бы просто добавить функцию надзора при оказании странам помощи в учреждении таких фондов.

«Налогообложение» поступающих средств. Можно взимать налог в размере, скажем, 10 процентов со всех поступающих средств, с тем чтобы финансировать модернизацию системы

здравоохранения. Доноры неохотно идут на покрытие таких расходов, даже несмотря на то, что для эффективного использования новых средств их большая часть должна опосредоваться системой здравоохранения. Такой налог распределил бы издержки от увеличения масштабов между донорами и устранил бы необходимость для правительств оплачивать их в одиночку за счет своих и без того ограниченных средств. Этот налог следовало бы увязать с повышением координации в работе по модернизации системы здравоохранения, желательно в сочетании с нижеизложенными вариантами, позволяющими эффективно интегрировать и применять новые ресурсы.

Преодоление низкой эффективности системы здравоохранения. В стремлении отреагировать на кризис ВИЧ/СПИДа системы здравоохранения, по существу, недооценивались, хотя именно эти системы и их работоспособность определяют, могут ли предоставляться услуги, могут ли пациенты направляться на лечение, и поддаются ли лечению побочные эффекты. Реформа государственной службы, изменения в управлении бюджетом и усиление подотчетности за проводимую политику, программы и фидуциарные функции не только заслуживают внимания, но и имеют решающее значение для расширения диапазона услуг здравоохранения и борьбы с ВИЧ/СПИДом. Директивные органы могут усовершенствовать предоставление услуг, рачительно используя дефицитные ресурсы, и одновременно решать проблемы управления и повышать эффективность при помощи таких мер, как оказание амбулаторных услуг в клиниках, передача вспомогательных и прямых услуг по субподряду, выдача ваучеров пациентам со СПИДом, а также использование, под наблюдением, среднего медицинского персонала.

Активизация неправительственного участия. Профилактикой и лечением должно заниматься не только правительство. Это не значит, что правительства отказываются от своих обязанностей: они продолжают координировать и находить новаторские методы предоставления услуг. Например, в Гаити получившие минимальную подготовку работники могут контактировать с населением местных общин с низкими доходами при поддержке квалифицированных специалистов по управлению и надзору. Большая опора на НПО при оказании услуг, найме временных работников для реализации государственных программ или финансировании правительством совместной подготовки кадров предоставляет возможные варианты устранения некоторых узких мест.

* * * * *

Международное сообщество чрезвычайно активно отреагировало на последствия, вызванные пандемией СПИДа, и после нескольких лет ограниченного финансирования доноры быстро наверстывают упущенное в прошлом. Вопрос теперь заключается в том, как и насколько быстро страны с низкими доходами смогут откликнуться на новый и, вероятно, неопределенный приток средств, предназначенных для борьбы с одной, но оказывающей разрушительное действие болезнью. Отсутствие прочных институтов и слабость бюджетного процесса ставят под угрозу освоение средств. А ориентация на энергичные и обеспеченные достаточным финансированием программы борьбы с ВИЧ/СПИДом без должного внимания системе здравоохранения в более общем плане не является ни устойчивой, ни эффективной политикой. ■

Морин Льюис — старший научный сотрудник Центра глобального развития, расположенного в Вашингтоне.