



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ

ЕВ107/7

Сто седьмая сессия

12 декабря 2000 г.

Пункт 3.4 предварительной повестки дня

Партнерство с неправительственными организациями

Доклад Секретариата

ВВЕДЕНИЕ

1. Все более широко признается, что недостаточный охват службами здравоохранения во многих странах объясняется недостатком возможностей обеспечить обслуживание, особенно кадровых ресурсов.
2. Причины этого многочисленны и сложны. Одной из них, несомненно, является неудовлетворительное сотрудничество между учреждениями и лицами, занимающимися здравоохранением. Многие страны сконцентрировались на обеспечении медико-санитарных служб исключительно через государственный сектор, временно принимая потенциал обслуживания частного сектора. Организации служб здравоохранения слишком изолированы друг от друга и от внешнего мира. Государственный и частный¹ секторы разрабатывают медико-санитарные мероприятия независимо друг от друга. Зачастую имеет место соперничество и конфронтация, что отрицательно сказывается на доступе населения к высококачественным медико-санитарным службам.
3. В свете политических и экономических изменений, начавшихся в первой половине 1980-х годов, - перехода от плановой к рыночной экономике и меньшего вмешательства государства в национальную экономику - поощрялось развитие частного сектора.
4. Организация систем здравоохранения переживает значительные изменения. Смягчение идеологической конфронтации между государственным и частным секторами во всех областях экономической, социальной и политической жизни, несомненно, является фактором, способствующим таким изменениям. В то же время в охране здоровья принимает участие более широкий круг лиц и организаций и их вклад является более узким (обеспечение услуг, обслуживание медико-санитарных

¹ Частный сектор включает как бесприбыльные, так и коммерческие организации.

учреждений, приобретение услуг, финансирование, распределение рисков, регулирование систем и т.д.). При развитии частного сектора, демократизации и децентрализации это привело к образованию различных уровней отчетности и большему вовлечению гражданского общества, в частности неправительственных организаций.

5. Министерства здравоохранения в развивающихся странах все в большей мере сотрудничают с частным сектором, особенно бесприбыльной его частью, для наращивания потенциала оказания услуг и улучшения доступа к медико-санитарной помощи. В качестве примеров можно привести использование частных провайдеров профилактических услуг для борьбы с недостаточным или неполноценным питанием на Мадагаскаре и в Сенегале; использование частных врачей и других лиц, получивших лицензию на частную деятельность, в Бангладеш, Китае и Индии для патронажа туберкулезных больных; соглашения в Бурунди между Министерством здравоохранения и религиозными организациями по управлению медико-санитарными учреждениями и оказанию услуг в области здравоохранения. Нечто подобное происходит и в других развивающихся странах.

6. Частный сектор также более активно участвует в процессе планирования. "Общесекторальный подход", используемый в Объединенной Республике Танзания, например, предусматривает участие частного сектора и бесприбыльных медико-санитарных организаций в одном из ключевых комитетов по реформе управления.

7. Все в большей мере программы здравоохранения стремятся к установлению партнерских отношений в целях решения конкретных вопросов здравоохранения. Например, государства-члены поощряются к созданию новых партнерских отношений с частным сектором, чтобы активизировать борьбу с туберкулезом; межправительственная рабочая группа по осуществлению комплексного лечения детских болезней изучает способы сотрудничества с частным сектором, с тем чтобы лучше использовать ресурсы; кампания "Обратить вспять малярию" равным образом выступает за развитие партнерских отношений между государственным и частным секторами на всех уровнях.

8. Постепенное преобразование ролей и изменение статуса традиционных учреждений и институтов и появление новых, причем некоторых из них вне сферы здравоохранения, требуют другого вида взаимодействия между различными уровнями правительственных и частных провайдеров медико-санитарной помощи.

9. Все, кто занимается здравоохранением, все больше понимают необходимость создавать партнерские отношения даже между сторонами, которые традиционно не сотрудничали и не знают, как организовать такое сотрудничество. Отношения зачастую оставались на уровне консультаций, хотя за последнее десятилетие в практику были введены механизмы эффективного партнерства на основе формальных соглашений.

10. Заключение контрактов как метод распределения ресурсов или организация оказания услуг могут повысить эффективность системы здравоохранения, если они

проводятся в рамках последовательной политики, осуществляемой государством, в частности министерством здравоохранения. Эффективная политика требует участия всех заинтересованных сторон.

11. Договорные отношения, характеризуемые юридически гарантированными взаимными обязательствами, становятся все более распространенными. В прошлом зачастую имели место простые контракты на обслуживание по немедицинским видам деятельности: эксплуатация зданий, больничное питание, банно-прачечная служба в стационарах. Теперь они в большей мере направлены на улучшение оказываемых услуг, включая управление медико-санитарными учреждениями, осуществление медико-санитарной помощи и выполнение таких программ, как борьба с лепрой или туберкулезом, комплексное лечение детских болезней и борьба с недостаточным и неполноценным питанием.

12. Результаты многих экспериментов с контрактами обнадеживающи, однако подход к ним зачастую раздробленный без учета устойчивости или воздействия на здоровье населения. В некоторых случаях договорные отношения не укрепляют систему здравоохранения, поскольку они сконцентрированы на узких результатах и не соответствуют задачам всей системы. Более сложные механизмы включают договоры между государственным и частным секторами, в том числе неправительственными организациями, на оказание услуг на национальном, подсистемном или программном уровнях.

13. Для максимального увеличения вклада частных провайдеров медико-санитарной помощи, включая неправительственные организации, необходимо создавать или укреплять потенциал. Правительствам следует располагать возможностями для проведения четкой политики в отношении сотрудничества с негосударственным сектором, с тем чтобы осуществлять общее руководство сектором здравоохранения, включая проведение переговоров и заключение договоров в отношении ролей и ответственности, мониторинга основы согласованных критериев деятельности, контроля за соблюдением согласованных условий и оценки эффективности.

14. Частные провайдеры медико-санитарной помощи, включая неправительственные организации, должны иметь возможность вступать в политический и стратегический диалог с органами здравоохранения, распоряжаться ресурсами (финансовыми, людскими) и обеспечивать качество обслуживания, а также соблюдать условия и положения контракта.

15. Разработка политики, которая будет ориентиром для использования контрактов и их осуществления потребует возможностей составлять их и контролировать их выполнение как у министерств здравоохранения, так и у потенциальных партнеров, включая частных провайдеров медико-санитарной помощи.

16. Объединив опыт, создав базы знаний и разработав структуры для критической оценки, страны сумеют лучше оценить возможности и ограничения партнерства.

ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

17. Исполнительному комитету предлагается принять доклад к сведению.

= = =