

รายงานพัฒนาการโลก พ.ศ.2536 : การลงทุนด้านสาธารณสุข (2) World Development Report 1993 : Investing in Health

■ บพ.ทกัย ชิตานนท์
แปลและเรียบเรียง

รายงานโลกซึ่งเป็นองค์กร
หนึ่งที่มีส่วนสำคัญต่อการ
พัฒนาโลกได้ศึกษาและจัด
ทำรายงานนี้ขึ้น กล่าวกันว่า
รายงานนี้มีประโยชน์อย่างมากต่อ
การใช้เป็นข้อมูล และแนวทาง
ประกอบการกำหนดนโยบายด้าน
สาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ
ในยุคโลกาภิวัตน์ ที่นำเสนอ
เป็นบทสรุปภาพรวมของรายงาน
(overview) ตอนที่ 2 (มี 2
ตอน)

การบริการทางคลินิกที่จำเป็น

กิจกรรมในชุดการบริการทางคลินิกที่จำเป็นซึ่ง
มีค่าต้นทุน-ประสิทธิผลสูงนั้นย่อมมีความแตกต่าง
กันไปในแต่ละประเทศ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความจำเป็น
ทางสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศ แต่อย่างน้อย
ที่สุด กิจกรรมบริการในชุดนี้ควรประกอบด้วย 5 กลุ่ม
ของกิจกรรม ซึ่งจะสามารถลดภาระจากการเกิดโรค
ได้อย่างมาก คือ

- การบริการเพื่อการดูแลเกี่ยวกับการคลอด
(ก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด) กิจกรรม
กลุ่มนี้ หากทำได้อย่างดีจะสามารถป้องกันการตาย
ในประเทศกำลังพัฒนาลงได้เกือบครึ่งล้านคนต่อปี
- การบริการวางแผนครอบครัว การทำให้
ประชาชนเข้าถึงบริการนี้ได้มากขึ้นอาจช่วยเด็กมากถึง
850,000 คน รอดพ้นจากการตายในแต่ละปี และ
ทำให้มารดาารอดตายได้ถึงปีละ 1 แสนคน
- การควบคุมวัณโรคโดยผ่านการรักษา
พยาบาล จะสามารถเอาชนะโรคซึ่งคร่าชีวิตมนุษย์
มากกว่า 2 ล้านคนต่อปี ซึ่งโรคนี้ทำให้เกิดการตาย
เป็นอันดับสูงในกลุ่มผู้ใหญ่
- การควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ทุก ๆ ปีจะมีผู้ป่วยใหม่ 250 ล้านคน ซึ่งโรคเหล่านี้
ก่อให้เกิดปัญหา และต้องถึงแก่ชีวิตปีละไม่น้อย

● การดูแลรักษาโรคร้ายที่พบบ่อย ๆ ในเด็ก ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง โรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ โรคหัด ไข้มาลาเรีย และปัญหาทุพโภชนาการ เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดนี้ได้คร่าชีวิตเด็กไปปีละเกือบ 7 ล้านคน

กิจกรรมบริการทางคลินิกที่จำเป็นเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่มีต้นทุน-ประสิทธิผลสูง โดยส่วนใหญ่จะเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า 50 เหรียญสหรัฐต่อ 1 หน่วย DALY

ชุดบริการทางคลินิกที่จำเป็นอาจรวมถึงการรักษาโรคติดเชื้อเล็กน้อยบางชนิด และการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินโดยต้องคำนึงถึงขีดความสามารถและทรัพยากรที่มีอยู่ การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินนี้อาจรวมไปถึงการรักษากระดูกหัก และการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ สำหรับบางประเทศที่มีทรัพยากรมากก็อาจกำหนดบริการทางคลินิกที่จำเป็นให้รวมไปถึงการดูแลรักษาประเภทอื่นด้วยก็ได้ ซึ่งอาจรวมไปถึงการรักษาโรคไม่ติดต่อที่พบบ่อยบางชนิด เช่น การรักษาโรคหัวใจ

โดยการให้ยาแอสไพริน และยาลดความดันโลหิตซึ่งเสียค่าใช้จ่ายต่ำ การตรวจรักษามะเร็งปากมดลูก การรักษาโรคจิตบางชนิดด้วยยา และการผ่าตัดลดคอกระจก เป็นต้น

สำหรับบริการด้านสุขภาพหลายชนิดที่มีต้นทุน-ประสิทธิผลต่ำ รัฐจำเป็นต้องพิจารณาแยกบริการเหล่านี้ออกจากชุดบริการทางคลินิกที่จำเป็นในประเทศที่มีรายได้ต่ำ บริการเหล่านี้ได้แก่การผ่าตัดหัวใจ การรักษามะเร็งปอด ตับ และกระเพาะอาหาร (นอกเหนือจากการบำบัดอาการปวด) การรักษาการติดเชื้อเอดส์ด้วยยาราคาแพง การบริบาลวิกฤตสำหรับทารกที่คลอดก่อนกำหนดเป็นเวลานาน ๆ เป็นต้น ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่ยุติธรรมที่ใช้งบประมาณไปในเรื่องของ การรักษาพยาบาลพวกนี้ ในขณะที่การจัดบริการ

พื้นฐานสำหรับผู้ยากไร้ รัฐยังไม่สามารถอุดหนุนให้ดำเนินการได้อย่างเพียงพอ

การยอมรับและกำหนดชุดบริการทางคลินิกที่จำเป็น จะทำให้เกิดผลกระทบในทางบวกอย่างมากต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลาย ถ้าร้อยละ 80 ของประชากรได้รับบริการเหล่านี้ จะมีผลยับยั้งภาระจากการเกิดโรคลงได้ถึงร้อยละ 24 ในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และยับยั้งได้ร้อยละ 11 ในประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ผลกระทบที่ได้รับจากการใช้ชุดบริการทางคลินิกที่จำเป็นมีเป็น 2 เท่าของผลที่ได้รับจากบริการด้านสาธารณสุข ที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งหากรวมบริการทั้ง 2 อย่างเข้าด้วยกัน จะส่งผลกระทบมากขึ้นถึงร้อยละ 32 ในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และร้อยละ 15 ในประเทศที่มีรายได้ปานกลาง การลดลงของโรคเหล่านี้ เมื่อเทียบในเชิงการเพิ่มหน่วยของ DALYs จะเท่ากับการช่วยชีวิตของเด็กมากกว่า 9 ล้านคนต่อปีทีเดียว

การปรับงบประมาณไปสู่การจัดกิจกรรมทางสาธารณสุขและชุดบริการทางคลินิกที่จำเป็นเพื่อประชากรในประเทศกำลังพัฒนาอย่างน้อยร้อยละ 80 จะมีค่าเท่ากับการช่วยชีวิตเด็กให้รอดตายได้มากกว่าปีละ 9 ล้านคน

ค่าใช้จ่ายสำหรับชุดบริการทางคลินิกที่จำเป็น

สถานบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการจัดชุดบริการทางคลินิกที่จำเป็นก็คือ โรงพยาบาลอำเภอ การให้บริการในระดับล่างเช่นนี้ จะสามารถคงราคาให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ ในประเทศยากจนค่าใช้จ่ายจะตกประมาณ 8 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี ส่วนประเทศที่มีรายได้ปานกลางจะตกประมาณ 15 เหรียญสหรัฐ ความแตกต่างของค่าใช้จ่ายเฉลี่ยนี้เป็นผลมาจากโครงสร้างประชากร สถานการณ์ทางระบาดวิทยา และค่าจ้างแรงงานในแต่ละประเทศที่ต่างกัน บริการนี้เมื่อรวมกับกิจกรรมสาธารณสุขที่จำเป็น ค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้นเป็น 12 เหรียญสหรัฐ

ต่อคนต่อปีในประเทศที่ยากจน และเป็น 22 เหรียญสหรัฐในประเทศที่มีรายได้ปานกลาง

การยอมรับเอาชุดกิจกรรมด้านสาธารณสุขที่จำเป็นมาใช้ในประเทศกำลังพัฒนาจะต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขเป็น 4 เท่า คือจาก 5,000 ล้านดอลลาร์ต่อปีในปัจจุบันเป็น 20,000 ล้านดอลลาร์ และต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายสำหรับชุดบริการทางคลินิกที่จำเป็นจาก 20,000 ล้านดอลลาร์ต่อปีเป็น 40,000 ล้านดอลลาร์ ปัจจุบันในประเทศที่ยากจนที่สุดรัฐบาลจ่ายเงินเพื่อสุขภาพของประชาชน ประมาณ 6 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี โดยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดประมาณ 14 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี ในประเทศเหล่านี้ ถ้าจะจ่ายเพื่อการจัดชุดบริการทางคลินิกที่จำเป็น รัฐบาลจะต้องจัดสรรงบประมาณเพิ่ม หรือไม่ก็ขอบริจาคจากองค์กรต่าง ๆ และขอเก็บจากผู้ป่วยบางส่วน รวมทั้งต้องปรับเปลี่ยนการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันด้วย ในประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ย 62 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี ดังนั้นค่าใช้จ่ายเพื่อกิจกรรมด้านสาธารณสุขและเพื่อชุดบริการทางคลินิกที่จำเป็นซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่อหัว 22 เหรียญสหรัฐจึงเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ ถ้ามีเจตนากรมการเมืองที่ชัดเจนในการที่จะเปลี่ยนแปลงการใช้ทรัพยากรให้เหมาะสม โดยปรับถ่วงงบประมาณสำหรับกิจกรรมที่มีค่าต้นทุน-ประสิทธิผลต่ำไปใช้กับชุดกิจกรรมสาธารณสุขและชุดบริการทางคลินิกที่จำเป็นแทน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่เช่นนี้ ไม่มีทางสำเร็จได้ในเวลาชั่วข้ามคืน แต่ก็เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเริ่มต้นและดำเนินการให้สำเร็จในห้วงระยะเวลาที่สั้นที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ก่อนที่กลุ่มผลประโยชน์และความเฉื่อยชาของระบบอมตยาธิปไตยจะเข้าทำลายและขัดขวางการปฏิรูปอันสำคัญนี้

ก การเปลี่ยนแปลงขนานใหญ่ไม่มีทางสำเร็จได้ในเวลาชั่วข้ามคืน แต่ก็ต้องเริ่มต้น และทำให้เสร็จโดยเร็วที่สุด ก่อนที่กลุ่มผลประโยชน์และความเฉื่อยชาของระบบอมตยาธิปไตยจะเข้าทำลายและขัดขวาง

ปัญหาสำคัญในการกำหนดชุดบริการทางคลินิกที่จำเป็นก็คือ รัฐบาลมีงบประมาณจะสนับสนุนได้มากน้อยเพียงใด จะจ่ายให้ทุกคนได้หรือไม่ หรือรัฐจะจ่ายให้เฉพาะคนยากจน ปัญหาใหญ่ของรัฐบาลในการจัดสรรงบประมาณโดยทั่วไปก็คือ ผู้ที่ร่ำรวยจะได้รับผลทั้ง ๆ ที่คนกลุ่มนี้มีความสามารถที่จะจ่ายเพื่อซื้อบริการได้ ดังนั้นเงินส่วนที่เหลือก็จะมีจำนวนน้อยไม่เพียงพอสำหรับคนยากจนซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่

นโยบายที่ให้คนมีมากจ่ายมาก คนมีน้อยจ่ายน้อย ซึ่งดูจะเป็นนโยบายที่สร้างความเท่าเทียมในสังคมได้ดี จึงยังมีจุดด้อยอยู่ บ่อยครั้งที่การกำหนดนโยบายโดยแยกผู้ที่ร่ำรวยและผู้ที่มีรายได้ปานกลางออกไปจากบริการของรัฐ ทำให้เกิดผลเสียโดยงบประมาณสนับสนุนงานเหล่านี้จะได้น้อยลงไปด้วย ปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นและปัญหาของการเข้าถึงการประกันสุขภาพของกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจะมีผลกระทบต่อระบบการเงินภาคเอกชน ด้วยเหตุเหล่านี้รัฐบาลของประเทศ สมาชิกองค์การ

OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) ส่วนใหญ่จึงเลือกใช้วิธีจัดชุดบริการทางคลินิกที่จำเป็นให้กับประชาชนทุกคน สำหรับในประเทศที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายต่อกิจกรรมด้านสาธารณสุขน้อยกว่าค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทางคลินิกที่จำเป็น ควรมีการจัดโครงการสำหรับกลุ่มเป้าหมายด้วย หากประชาชนกลุ่มร่ำรวยไม่ไปใช้บริการของรัฐโดยไม่ใช้บริการภาคเอกชนด้วย เหตุผลที่ว่ามีความสูงกว่า และได้รับความสะดวกมากกว่า การตั้งกลุ่มเป้าหมายเพื่อจัดบริการเฉพาะก็ง่ายขึ้น การใช้รูปแบบบริการที่ชุมชนจัดการการเงินเพื่อเลี้ยงตัวเอง (Community-financing schemes) ก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลสุขภาพโดยค่าบริการที่เก็บไว้ใช้ได้อิสระที่สถานีอนามัยในพื้นที่จะช่วยให้การจัดบริการเป็นไปแบบยั่งยืนได้

เหมือนกับที่หลายประเทศในแอฟริกาประสบความสำเร็จด้วยรูปแบบนี้ ซึ่งเป็นผลส่วนหนึ่งของโครงการ Bamako Initiative ที่สนับสนุนโดย UNICEF และองค์การอนามัยโลก อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์ที่ได้รับจนถึงปัจจุบันแสดงให้เห็นว่าการใช้ระบบที่ให้ผู้ให้บริการเสียค่าบริการ (user fees) ในระดับต่าง ๆ ที่ไม่กระทบกระเทือนต่อคนจนเช่นนี้ จะเกิดประโยชน์ต่อการปรับปรุงประสิทธิภาพบริการ เช่น ช่วยให้มีค่าใช้จ่ายตลอดปี เป็นต้น ซึ่งดีกว่าการปรับระดับค่าบริการให้สูงขึ้นพร้อม ๆ กันทั่วประเทศ

การปฏิรูประบบ สาธารณสุข : ส่งเสริม ความหลากหลายและ การแข่งขัน

การจะจัดให้มีบริการขั้นพื้นฐานทางด้านสาธารณสุขและบริการทางคลินิกที่จำเป็น โดยระบบสาธารณสุขส่วนที่เหลือสามารถพึ่งตนเองทางการเงินได้นั้น จะต้องปฏิรูประบบสาธารณสุขกันอย่างขนานใหญ่ และต้องมีการปรับเปลี่ยนการจัดสรรงบประมาณใหม่ เพียงแต่ลดหรือเลิกการใช้จ่ายสำหรับบริการทางคลินิกที่มีลักษณะของการตัดสินใจด้วยตนเองลง รัฐบาลก็จะสามารถจัดบริการที่มีค่าต้นทุน-ประสิทธิผลสูงให้แก่ผู้ยากไร้ได้ วิธีการหนึ่งก็คือ มีการเก็บเงินจากผู้ที่มีฐานะดี ซึ่งมาใช้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐ ในประเทศชิลี เคนยา เลโซโธ และอื่น ๆ รัฐบาลได้ขึ้นค่าใช้จ่ายบริการสำหรับผู้ที่มีฐานะดี และเป็นผู้มีประกันรวมทั้งพัฒนากฎหมายและระบบบริหารจัดการเพื่อจัดเก็บค่าใช้จ่ายบริการให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น

การส่งเสริมให้มีการประกันที่มีระบบการเงินเป็นของตนเอง เป็นการลดภาระที่รัฐบาลจะต้องใช้เงินจำนวนมากเพื่อสนับสนุนกลุ่มผู้มีฐานะร่ำรวยซึ่งมีความไม่เท่าเทียมกันลงได้ โดยรัฐสามารถนำเงินไปจัดทำโครงการสำคัญด้านสาธารณสุขและจัดบริการทางคลินิกที่จำเป็นได้ การอุดหนุนในรูปของการยกเว้น

ภาษีเพื่อช่วยการประกันของภาคเอกชนของประเทศแอฟริกาได้มีมูลค่าเท่ากับหนึ่งในห้าของค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพของรัฐบาลในประเทศในทวีปอเมริกาใต้ มีการจ่ายเงินอุดหนุนสำหรับระบบการประกันทางสังคมรวมถึงการยกเว้นภาษี การจ่ายเงินโดยตรงเพื่อช่วยเหลือการขาดทุนของกองทุนประกันสังคมและสุขภาพ และการใช้เงินของรัฐบาลสำหรับช่วยเสริมเงินเดือนของลูกจ้าง การอุดหนุนเหล่านี้ให้ประโยชน์ต่อผู้ที่มีโอกาสดีในสังคมเท่านั้น ซึ่งจำเป็นจะต้องลดและเลิกต่อไป

การปฏิรูประบบสาธารณสุขควรกระทำได้โดยการปรับการใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐบาลจากการจัดหา การจ้างบุคลากรประเภทผู้เชี่ยวชาญ เครื่องมือและสถานบริการระดับสูงที่อยู่บนส่วนยอดของระบบสาธารณสุขลงมายังฐานซึ่งกว้างอันได้แก่ สถานบริการระดับชุมชนและสถานอนามัยต่าง ๆ โดยปกติแล้วมีกิจกรรมบริการทางคลินิกที่มีค่าต้นทุน-ประสิทธิผลสูงเพียงไม่กี่

วิธีการรักษา หรือจัด
บริการแบบใหม่ ๆ ล้วน
เพิ่มประสิทธิภาพขึ้น
ได้ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยศัลยกรรม
ที่เป็นผู้ป่วยใน อาจปรับเป็น
ศัลยกรรมผู้ป่วยนอก เป็นต้น

ชนิดที่ต้องทำในโรงพยาบาลที่ทันสมัย หรือทำโดยแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะโรค การให้บริการต่าง ๆ ที่อยู่ในชุดบริการทางคลินิกขั้นพื้นฐานที่เสนอในรายงานนี้ล้วนสามารถดำเนินการในระดับสถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนได้ทั้งสิ้น สถานบริการตติยภูมิต่าง ๆ นั้นเป็นตัวดูดซับเอาทรัพยากรของรัฐอย่างมาก สถานการณ์นี้ยิ่งเลวร้ายหนักขึ้นเมื่อการช่วยเหลือจากต่างประเทศได้มุ่งไปในกิจกรรมเหล่านี้ด้วย เมื่อปี พ.ศ.2523 (1980) ประเทศปาปัวนิวกินีได้พยายามแก้ไข ปัญหากรณีทรัพยากรได้ไปกระจุกอยู่ที่สถานบริการระดับสูงมากโดยจำกัดการใช้จ่ายของโรงพยาบาลลงเหลือร้อยละ 40 ของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ซึ่งสัดส่วนนี้ถือว่าเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับเฉลี่ยในประเทศที่กำลังพัฒนาทั้งหลาย

รัฐบาลจะต้องใช้นโยบายที่ได้ผลในการอุดหนุนงบประมาณเพื่อการฝึกอบรมที่สนองต่อการบริการ

ระดับต้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งการพยาบาลและผดุงครรภ์ รวมทั้งสนับสนุนการฝึกอบรมเกี่ยวกับวิชาการสาธารณสุข นโยบายสาธารณสุข และการบริหารบุคลากรฝ่ายจัดการ ในเวลาเดียวกันรัฐบาลควรต้องจำกัดหรือยกเลิกการสนับสนุนการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง การที่รัฐบาลเพิ่มการสนับสนุนในเรื่องระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขและการวิจัยปฏิบัติการ (operation research) จะช่วยชี้นำนโยบายในด้านสุขภาพได้ ประมาณการในเรื่องภาระจากการเจ็บป่วยในประเทศ (national burden of disease) ตามแนวทางของวิธีการศึกษาภาระจากการเจ็บป่วยในระดับโลก (global burden of disease methodology) ที่ใช้ในรายงานฉบับนี้ และข้อมูลข่าวสารในเรื่องกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีค่าต้นทุน-ประสิทธิผลสูงจะช่วยให้รัฐบาลสามารถกำหนดลำดับความสำคัญของงานสาธารณสุขได้เหมาะสมขึ้น

ในประเทศที่กำลังพัฒนาทุกประเทศจำเป็นต้องแก้ไขความไร้ประสิทธิภาพในโครงการการรักษาพยาบาลและการจัดบริการของสถานบริการต่าง ๆ โดยเฉพาะส่วนที่เป็นของรัฐ สถานบริการย่อยมีการดำเนินการที่อ่อนแอเนื่องจากขาดยา ปัญหาการขนส่ง และการบำรุงรักษา โรงพยาบาลรับคนไข้ไว้รักษานานเกินความจำเป็นและมีการบริหารจัดการไม่ดี ประเทศต่าง ๆ ใช้จ่ายเงินมากเกินไปสำหรับซื้อยาที่ด้อยประสิทธิภาพ อีกทั้งกับวัสดุบางอย่างถูกขโมยหรือปล่อยให้เสื่อมสภาพในคลังและโรงพยาบาล

ในระยะสั้น การปฏิรูปในเรื่องของการใช้จ่ายจะก่อให้เกิดผลดีอย่างมากในด้านประสิทธิภาพ รัฐบาลที่ดำเนินการให้มีระบบการแข่งขันในการจัดหาจะสามารถลดค่าใช้จ่ายลงได้ถึงร้อยละ 40 ถึง 60 รัฐบาลสามารถพัฒนาบัญชียาจำเป็น (essential drugs) ซึ่งประกอบด้วยยาราคาถูกจำนวนไม่มากที่จำเป็นสำหรับปัญหาทางสุขภาพสำคัญ ๆ ของประชาชนส่วนใหญ่ หลายประเทศมีรายการยานี้ดี แต่มีบางประเทศเท่านั้นที่สามารถใช้บัญชียานี้อย่างได้ผลในการเลือกและจัดหาสำหรับภาครัฐ วิธีการรักษาและจัดบริการแบบใหม่ ๆ ล้วนเพิ่ม

ประสิทธิภาพขึ้นได้ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยศัลยกรรมที่เป็นผู้ป่วยในอาจปรับเปลี่ยนให้เป็นศัลยกรรมผู้ป่วยนอกได้ ผลก็คือจะสามารถลดค่าใช้จ่ายลงได้มาก

ในระยะยาว การกระจายอำนาจออกไปจากส่วนกลางจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพเมื่อระดับล่างของระบบสาธารณสุขแห่งชาติมีขีดความสามารถพอควร และสามารถรับการตรวจสอบ (accountability) ได้ ในบางประเทศ (เช่น บอสวานาและกานา) ได้มอบหมายอำนาจความรับผิดชอบด้านบริหารจัดการลงไปสู่ระดับจังหวัดและอำเภอ ประเทศอื่น ๆ เช่น ซิลีและโปแลนด์ ก็กระจายอำนาจและทรัพยากรลงไปยังหน่วยงานระดับท้องถิ่น ประสบการณ์ของประเทศเหล่านี้ยืนยันถึงผลสำเร็จที่เกิดขึ้นได้ แต่ถ้ามการกระจายอำนาจเป็นไปอย่างรีบเร่งและขาดการวางแผนที่ดี (ซึ่งบางครั้งอาจเกิดจากแรงกดดันทางการเมือง) ก็อาจก่อให้เกิดปัญหาใหม่ขึ้นมาอีกได้

การพึ่งพภาคเอกชนในการจัดบริการทั้งในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบริการทางคลินิกที่จำเป็นและในเรื่องการรักษาที่สำคัญแต่ใช้น้อย (discretionary) อาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพได้ บริการรักษาพยาบาลของภาคเอกชนสามารถรับใช้กลุ่มคนส่วนใหญ่หลายกลุ่มในประเทศที่กำลังพัฒนาและสามารถให้บริการที่มีคุณภาพสูงโดยไม่ต้องมีการรอคอยนานและไม่มีปัญหาของการขาดวัสดุอุปกรณ์ซึ่งเป็นเรื่องพบได้เสมอในสถานบริการของรัฐ ในหลายประเทศแพทย์ที่ทำคลินิกส่วนตัวและร้านขายยาจำต้องเผชิญกับอุปสรรคในด้านกฎหมายและด้านบริหารอันไม่จำเป็น สิ่งเหล่านี้ควรต้องกำจัดให้หมดไป แต่ก็ต้องแก้ไขแนวโน้มที่ผู้ให้บริการมุ่งแต่จะแสวงหาผลประโยชน์ด้วยการจ่ายยาและส่งตรวจด้วยวิธีการต่าง ๆ เกินความจำเป็นด้วยวิธีการหนึ่งที่น่ากระทำคือสนับสนุนการประกันในรูปแบบของการจ่ายล่วงหน้า (pre-paid coverage) แทนรูปแบบของการจ่ายค่าบริการ (fee-for-service)

รัฐบาลควรจัดงบประมาณอุดหนุนผู้ให้บริการภาคเอกชนซึ่งจัดบริการทางคลินิกที่จำเป็นสำหรับคนจน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้เริ่มเกิดขึ้นแล้ว และควรจะต้องดำเนินการให้มากยิ่งขึ้นต่อไป ในหลายประเทศของ

ทวีปแอฟริกา เช่น ประเทศมาลาวี ยูกันดา และแซมเบีย รัฐบาลให้เงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการโรงพยาบาลและคลินิกต่าง ๆ ขององค์กรทางศาสนาในชนบทรวมทั้งการฝึกอบรมบุคลากรด้วยในประเทศบังคลาเทศ เคนยา ไทย และอื่น ๆ รัฐบาล (ด้วยความช่วยเหลือจากองค์กรผู้บริจาค) กำลังสนับสนุนการทำงานของผดุงครรภ์แผนโบราณเพื่อการคลอดที่ปลอดภัยรวมทั้งการควบคุมโรคติดต่อต่าง ๆ โดยหมอบ้าน ได้แก่ โรคมาเลเรีย โรคท้องร่วง และโรคเอดส์ เป็นต้น

ในการบริการสุขภาพภาคเอกชน รัฐบาลจะต้องสร้างกฎระเบียบขึ้นมาสำหรับกรณีนี้ ในประเทศส่วนใหญ่ รัฐบาลมีบทบาทสำคัญที่จะสร้างคุณภาพในการรักษาพยาบาลภาคเอกชนโดยให้การรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลและห้องปฏิบัติการต่าง ๆ การให้ใบอนุญาตจัดตั้งโรงเรียนแพทย์และใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของแพทย์ออกกฎระเบียบเกี่ยวกับเรื่องยาและเวชปฏิบัติต่าง ๆ ในประเทศที่รัฐบาลมีความอ่อนแอในเรื่องกฎระเบียบเหล่านี้ อาจต้องหาทางให้มีการรักษากฎระเบียบกันเองระหว่างผู้ให้บริการภาคเอกชนในประเทศบราซิลกำลังมีการทดลองในเรื่องของการควบคุมกันเองระหว่างสมาคมโรงพยาบาลของท้องถิ่น

การควบคุมกำกับกับการประกันสุขภาพโดยรัฐบาลก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน ในบางประเทศ ประชาชนส่วนหนึ่งจะถูกปฏิเสธการรับประกันภายใต้โครงการประกันโดยสมัครใจของภาคเอกชน เนื่องจากความลำเอียงของการคัดเลือก ในสหรัฐอเมริกาประชาชนหลายล้านคนที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพสูง (จึงต้องการการประกันสุขภาพสูงด้วย) ไม่ได้รับความคุ้มครองจากการประกันสุขภาพที่เขาคouldจะจ่ายเบี้ยประกันได้ รูปแบบการประกันบางประเภทมีส่วนทำให้ราคาค่าบริการทางสุขภาพสูงขึ้น ตัวอย่างคือระบบการประกันบุคคลที่สามและระบบที่จ่ายเงินให้

โรงพยาบาลและแพทย์ตามรายการที่ให้บริการ ในประเทศเกาหลี (ซึ่งใช้การประกันสังคมแบบทั่ว ๆ ไป) และในสหรัฐฯ (ซึ่งใช้การประกันภาคเอกชนเป็นส่วนใหญ่) ค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นสูงกว่าสัดส่วนการเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ และค่าใช้จ่ายนี้สูงขึ้นเรื่อย ๆ ระหว่างปี พ.ศ.2523 (1980) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของเกาหลีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.7 เป็นร้อยละ 7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ทั้งนี้ ส่วนใหญ่เกิดจากการขยายการประกันบุคคลที่สามรวมทั้งการประกันชนิดที่จ่ายเงิน

ตามค่าบริการ (fee-for-service) เพื่อจัดปัญหาความลำเอียงในการเลือกผู้เอาประกัน และเพื่อขยายความครอบคลุมการประกันสุขภาพ รัฐบาลสามารถบังคับให้ผู้รับประกันรวบรวมความเสี่ยงต่อจำนวนประชากรจำนวนมาก เพื่อเป็นการควบคุมค่าใช้จ่าย รัฐบาลมีทางเลือกหลายทางที่จะจำกัดการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ ทางหนึ่งคือสนับสนุนให้มีการจ่าย

เป็นเรื่องไม่ยุติธรรมที่ใช้งบประมาณจัดบริการรักษาพยาบาลที่มีค่าต้นทุน ประสิทธิภาพต่ำ ในขณะที่รัฐยังอุดหนุนบริการขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ยากไร้ ได้ไม่เพียงพอ

ล่วงหน้าด้วยจำนวนคงที่สำหรับแต่ละคนดังที่ได้ปฏิบัติกันอยู่ใน health maintenance organizations ของภาคเอกชน และในระบบของประเทศอังกฤษ อีกวิธีหนึ่งคือให้ผู้รับประกันรวมกันเพื่อทำข้อตกลงค่าบริการสำหรับแพทย์และโรงพยาบาล วิธีนี้ใช้ในระบบประกันสังคมของประเทศญี่ปุ่นและระบบประกันทางการแพทย์ภาคเอกชนของประเทศซิมบับเว อีกทางหนึ่งคือผู้รับประกันอาจตั้งอัตราค่าใช้จ่ายสำหรับการตรวจต่าง ๆ ดังเช่นที่ปฏิบัติกันอยู่ในประเทศบราซิล อีกวิธีการหนึ่งคือให้มี "managed competition" ซึ่ง เป็นวิธีที่ได้รับการทดสอบในวงจำกัดในประเทศสหรัฐฯ รูปแบบนี้มีเป้าประสงค์ 3 อย่างคือ เพื่อให้การใช้จ่าย ทางสุขภาพที่มีค่าต้นทุน-ประสิทธิผลสูง มีความครอบคลุมกว้างขวาง และมีการจำกัดค่าใช้จ่าย รูปแบบการประกันนี้มีกฎระเบียบที่ค่อนข้างรัดกุมตั้งขึ้นโดยบริษัทต่าง ๆ ซึ่งแข่งขันกันเพื่อให้บริการ

ทางสุขภาพ โดยมีค่าใช้จ่ายประจำปีที่ตั้งที่แน่นอน วิธีการต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้อาจนำไปใช้ได้ผล แต่ก็มีข้อจำกัด และข้อด้อยต่าง ๆ ในแต่ละรูปแบบ ซึ่งไม่มีคำตอบที่ง่ายและสำเร็จรูปสำหรับเรื่องนี้ให้กับผู้กำหนดนโยบายทางสุขภาพ

แนวทางปฏิบัติ

การยอมรับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหลักจากรายงานฉบับนี้เพื่อนำไปใช้โดยรัฐบาลของประเทศที่กำลังพัฒนาจะสามารถทำให้สถานภาพทางสุขภาพของประชาชนดีขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งคนยากจนและจะช่วยควบคุมการใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ด้วย การดำเนินการตามข้อเสนอเหล่านี้จะช่วยชีวิตคนหลายล้านคนและช่วยประหยัดเงินหลายพันล้านเหรียญสหรัฐ การนำรูปแบบการจัดกิจกรรมสาธารณสุข และการจัดชุดบริการทางคลินิก ที่จำเป็นไปใช้ การเน้นกลวิธีหลักที่ทำให้มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในรูปที่สามารถลดความยากจน และการเพิ่มการลงทุนเพื่อให้เกิดการศึกษาแก่เด็กหญิงจะเกิดผลดีอย่างมหาศาลในการป้องกันไม่ให้เกิดการตายก่อนวัยอันสมควร และในการลดความพิการ การลดงบประมาณบริการตติยภูมิ ลดการฝึกอบรมผู้ชำนาญเฉพาะทาง และลดการดูแลรักษาที่มีค่าต้นทุน-ประสิทธิผลต่ำ จะช่วยเพิ่มความได้ประโยชน์จากการใช้จ่ายในทางสุขภาพ การสนับสนุนให้มีการแข่งขันการให้บริการสุขภาพและการดูแลกำกับในเรื่องการประกันสุขภาพ และระบบการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการก็จะทำให้เกิดผลดีเช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะเหล่านี้จะช่วยให้เกิดความก้าวหน้าไปสู่เป้าหมายที่ได้ประกาศไว้ในการประชุมที่เมืองอัลมาอ์ตา เมื่อปี พ.ศ.2521 (1978) ที่ว่า "เพื่อให้ประชาชนทุกคนในโลกนี้สามารถเข้าถึงระดับสุขภาพที่จะทำให้เขาเหล่านั้นมีชีวิตที่มีคุณค่าทั้งทางสังคม

และเศรษฐกิจในปี พ.ศ.2543" แรงขับเคลื่อนอันต่อเนื่องเพื่อให้ถึงจุดหมายนี้ได้เกิดขึ้นโดยการประชุมสุดยอดแห่งโลกเพื่อการพัฒนาเด็ก เมื่อปี พ.ศ.2533 (1990) มีประเทศเกือบ 150 ประเทศ ได้ร่วมลงนามในสัตยาบันที่เกิดจากการประชุมดังกล่าวเพื่อการไปสู่เป้าหมายจำเพาะในการพัฒนาสุขภาพของเด็กและสตรีให้ดีขึ้น เป้าหมายต่าง ๆ เหล่านี้รวมไปถึงการลดอัตราการตายของเด็กลง 1 ใน 3 (หรือลดลงเหลือ 70 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย) ภายในทศวรรษของช่วงปี 1990 การลดอัตราการตายของมารดาลงครึ่งหนึ่ง

การกวาดล้างโรคโปลิโอให้หมดไป และการลดอัตราป่วยและอัตราการตายจากโรคอื่น ๆ อีก หลายโรค นอกจากนี้ประเทศต่าง ๆ ยังได้ให้ข้อสัญญาในการที่จะพัฒนาการศึกษา การโภชนาการ การจัดหาน้ำสะอาด และการพัฒนาการสุขภาพีบาลด้วย

ความสอดคล้องของข้อเสนอแนะหลักในรายงานฉบับนี้สำหรับแต่ละประเทศย่อมขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในแต่ละประเทศ ในประเทศ

ที่มีระดับรายได้ต่ำ สิ่งที่ต้องเน้นคือการให้การศึกษาระดับพื้นฐานแก่เด็กหญิง การทำให้โครงการด้านสาธารณสุขเข้มแข็งขึ้น และสนับสนุนให้มีการเพิ่มงบประมาณเพื่อการจัดบริการทางคลินิกที่จำเป็น ในประเทศที่มีระดับรายได้ปานกลาง นโยบายข้างต้นเหล่านี้ก็ยังคงเป็นหลักสำคัญ แต่ต้องมีการลดงบประมาณเพื่ออุดหนุนการประกันสุขภาพและการจัดบริการรักษาพยาบาลสำคัญแต่ใช้น้อยลงด้วย

โดยเหิน ๆ แล้วการรับข้อเสนอแนะหลักของรายงานนี้มาใช้ดูจะเป็นเรื่องง่าย การเข้าถึงประชากรส่วนใหญ่ที่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาทั้งหลายด้วยกิจกรรมทางด้านสาธารณสุขและการบริการทางคลินิกที่จำเป็นจะทำได้ก็ต่อเมื่อมีการปรับเปลี่ยนทิศทางการใช้งบประมาณของรัฐในเรื่องสุขภาพอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการรักษาพยาบาลที่มีประโยชน์น้อย

การกระจายอำนาจออกไปจากส่วนกลางจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ... แต่ถ้าการกระจายอำนาจอย่างรีบเร่งและขาดการวางแผนที่ดีก็จะก่อให้เกิดปัญหาใหม่

ลงอย่างบ่อยครั้งหนึ่ง แต่ในความเป็นจริงการเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องยากลำบากเนื่องจากกลุ่มผลประโยชน์หลายกลุ่มจะต้องเกิดความสูญเสียเช่นจากผู้ให้บริการทางการแพทย์จากผู้ได้รับประโยชน์จากค่าชดเชยจากภาครัฐ และบริษัทยาต่างๆ การเปลี่ยนแปลงหลายๆอย่างอาจต้องใช้เวลาเป็นปี ๆ สำหรับการดำเนินการเพราะว่าการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้หมายถึงการปรับทิศทางการใช้ทรัพยากรของรัฐอย่างขนานใหญ่ และจำเป็นต้องมีการพัฒนาขีดความสามารถของสถาบันที่เกิดขึ้นใหม่ด้วย

ในสองสามปีที่ผ่านมาประเทศที่กำลังพัฒนาหลายประเทศได้มีการปฏิรูปภาคสาธารณสุขอย่างได้ผล เมื่อมีเจตนาแรงมั่งทางเมืองอย่างเพียงพอ และเมื่อการเปลี่ยนแปลงในระบบสาธารณสุขเพิ่มกว้างขึ้นและเมื่อมีการนำการเปลี่ยนแปลงไปใช้โดยนักวางแผนและนักบริหารที่มีความสามารถสูงพอ ประเทศซิมบับเวได้ใช้แนวทางการลงทุนแบบใหม่ในโรงพยาบาลกลางต่างๆ มาเป็นเวลาสิบปีแล้วและได้มุ่งหน้าที่จะปรับปรุงสถานีนามายและสถานบริการ สาธารณสุขระดับอำเภอให้ดีขึ้น ประเทศอินโดนีเซียได้ปรับเปลี่ยนโรงพยาบาลของรัฐขนาดใหญ่ 11 แห่ง ให้เป็นสถาบันที่เป็นกิ่งเอกเทศโดยมีค่าตอบแทนอย่างงามสำหรับการพัฒนาที่ดีขึ้น ในระหว่างช่วงทศวรรษปี 1980 ประเทศชิลีได้โอนความรับผิดชอบของระบบการดูแลรักษาเบื้องต้นไปให้องค์กรท้องถิ่นและให้มีการแข่งขันในการจัดบริการสาธารณสุขระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชนและการแข่งขันในระบบการประกันสุขภาพ ประเทศคอซตาริกาและประเทศเกาหลีสามารถดำเนินการประกันสังคมโดยมีความครอบคลุมด้านสุขภาพได้อย่างกว้างขวาง

สังคมนานาชาติอาจให้การสนับสนุนการปฏิรูปนโยบายด้านสุขภาพได้เป็นอย่างมาก ในปี พ.ศ. 2533 (1990) องค์กรให้การช่วยเหลือต่าง ๆ ได้บริจาคเงิน

ถึง 4,800 ล้านเหรียญสหรัฐสำหรับการช่วยเหลือในเรื่องสุขภาพ หรือประมาณร้อยละ 2.5 ของการใช้จ่ายในภาคสุขภาพในประเทศที่กำลังพัฒนาทั้งหลายรวมกัน ในช่วงทศวรรษปี 1980 การช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจากนานาชาติได้ลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 6 ทั้ง ๆ ที่ได้มีการเรียกร้องอย่างกว้างขวางเพื่อให้มีการลงทุนในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ซึ่งรวมถึงเรื่องสุขภาพด้วย ดังนั้นก้าวแรกขององค์การให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ จำเป็นต้องเพิ่มความช่วยเหลือขึ้นมาถึงระดับเดิม ระยะเวลาถัดไปการเพิ่มความช่วยเหลืออาจทำได้ไม่ยากหากเน้นความสำคัญของสุขภาพโดยการลดความยากจนและลดช่องว่างระหว่างการใช้จ่ายปัจจุบันและการใช้จ่ายที่สมควรจะใช้สำหรับกิจกรรมทางสาธารณสุข และการบริการทางคลินิกที่จำเป็น

การช่วยเหลือจากต่างประเทศที่เพิ่มขึ้นอีกประมาณ 2,000 ล้านเหรียญต่อปี ประมาณ 1 ใน 4 หรือ 500 ล้านเหรียญสหรัฐ จะเป็น

ค่าใช้จ่ายเพื่อการป้องกันการระบาดของโรคเอดส์ให้คงที่ และประมาณ 1 ใน 6 เป็นเงินที่ต้องการสำหรับการจัดกิจกรรมสาธารณสุขและการจัดบริการทางคลินิกที่จำเป็น สำหรับประเทศที่มีรายได้ต่ำ (1,500 ล้านเหรียญ จากที่ต้องการทั้งหมด 10,000 ล้านเหรียญ)

ความช่วยเหลือที่เพิ่มมากขึ้นจากนอกประเทศสำหรับการวิจัยทางสาธารณสุขซึ่งมุ่งหมายทำวิจัยเกี่ยวกับปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น การค้นหายาชนิดใหม่สำหรับรักษาโรคมาเลเรียและวัคซีนชนิดใหม่หรือวัคซีนที่ดีกว่าเดิม จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงและสร้างขึ้นบนพื้นฐานของความได้เปรียบในการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ ของประเทศที่ให้การช่วยเหลืองานวิจัยทางสาธารณสุข อาจเกิดประโยชน์ในหลายประเทศ การสนับสนุนจากประเทศผู้ให้ความช่วยเหลือจึงเป็นการกระทำที่สมเหตุสมผลโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนซึ่งผ่านกลไก

ในหลายทศวรรษนี้จะมี
การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
...ประชาชนจะมีส่วน
ร่วมในทางการเมืองและมีการ
ตรวจสอบจากสาธารณะมากขึ้น

ความร่วมมือนานาชาติ เช่น โครงการ Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases เป็นต้น

ประเทศผู้ให้ความช่วยเหลือและรัฐบาลของประเทศที่กำลังพัฒนาสามารถที่จะดำเนินการเพื่อให้ความช่วยเหลือด้านสาธารณสุขบังเกิดผลดียิ่งขึ้นได้ เรื่องนี้มีความสำคัญเป็นพิเศษในทวีปแอฟริกาซึ่งมีรายได้ต่ำ ความช่วยเหลือในประเทศเหล่านี้มีสูงถึงเป็นร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดและบางประเทศสูงเป็นครั้งหนึ่ง เช่น ประเทศบรูไน จาต กินี-บิโซ โมซัมบิก และแทนซาเนีย เป็นต้น แม้ในประเทศที่กำลังพัฒนาในภูมิภาคอื่นซึ่งได้รับความช่วยเหลือจากต่างประเทศเพียงร้อยละ 2 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพหรือน้อยกว่า การดำเนินการให้ตรงต่อกลุ่มเป้าหมายและการบริหารจัดการที่ดี สำหรับความช่วยเหลือเหล่านี้จะสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายได้ทั้งสิ้น

การปรับเปลี่ยนทิศทางการเงินช่วยเหลือต่างประเทศจากการให้แก่โรงพยาบาลและการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางไปเป็นโครงการด้านสาธารณสุขและการจัดบริการทางคลินิกที่จำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อการควบคุมโรค โครงการส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรคขั้นพื้นฐาน การป้องกันโรคเอดส์ และการลดการบริโภคยาสูบจะช่วยให้เกิดการปฏิรูปนโยบายนี้ขึ้นมาได้ นอกจากนี้แล้วการสนับสนุนการเพิ่มขีดความสามารถ (capacity-building) ก็มีความสำคัญประเทศต่างๆ ที่มีความตั้งใจที่จะดำเนินการให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างสำคัญในเรื่องนโยบายสาธารณสุขควรจะเป็นประเทศที่ได้รับความช่วยเหลือเพิ่มขึ้น

รวมทั้งความช่วยเหลือในทางการเงินสำหรับค่าใช้จ่ายที่ต้องเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงนี้จำนวนผู้ช่วยเหลือที่เพิ่มมากขึ้น(หนึ่งในจำนวนนั้นคือธนาคารโลก)กำลังสนับสนุนการปฏิรูปชนิดนี้ การประสานงานระหว่างประเทศที่กำลังพัฒนากับประเทศผู้ช่วยเหลือเป็นอย่างดีจะช่วยให้เกิดผลกระทบในทางบวกจากความช่วยเหลือทางสุขภาพดังที่ได้เกิดขึ้นแล้วจากประสบการณ์ของประเทศบังคลาเทศ เซเนกัล และ ซิมบับเว

ประเทศที่กำลังพัฒนาที่ยอมรับนโยบายสำหรับการสาธารณสุขที่เหมาะสมย่อมจะได้รับผลดีเป็นอย่างมากในประมาณปลายทศวรรษนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเนื่องจากมีประเทศต่าง ๆ ได้ยกระดับการศึกษาและความรู้ให้ดีขึ้นเป็นผลให้ประชาชนมีส่วนร่วมในทางการเมืองและมีการตรวจสอบจากสาธารณะมากขึ้น นอกจากนี้ความเข้าใจทางด้านชีววิทยาของมนุษย์ การสาธารณสุข และระบบบริการสาธารณสุขได้เพิ่มขึ้น ดังนั้น หากเลือกนโยบายได้อย่างดีและถูกต้องผลที่เกิดขึ้นก็จะมีสูง ความสำเร็จจากอดีตมาจนถึงปัจจุบันในการลดโรคติดต่อในประเทศที่กำลังพัฒนายังคงอยู่ได้และอาจลดลงได้เร็วขึ้น การระบาดของโรคเอดส์ก็จะสามารถทำให้ช้าลงหรือเกิดปฏิภาดกลับได้ ปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อของประชากรสูงอายุก็อาจจะสามารถจัดการได้โดยค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่ไม่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมากนัก ในที่สุดผลลัพธ์คือประชาชนจะมีชีวิตยืนยาวขึ้น มีสุขภาพที่ดีขึ้นและสามารถสร้างผลผลิตมากขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรมากกว่าหนึ่งพันล้านคนซึ่งกำลังอยู่ในสภาพยากจนในทุกวันนี้

