



Семьдесят пятая сессия

Пункт 131 повестки дня

Здоровье населения мира и внешняя политика

Всеохватный подход к укреплению систем здравоохранения в контексте всеобщего охвата услугами здравоохранения

Доклад Генерального секретаря*

Резюме

В настоящем докладе представлена информация о прогрессе, достигнутом в осуществлении политической декларации заседания высокого уровня по вопросу о всеобщем охвате услугами здравоохранения, состоявшегося 23 сентября 2019 года (резолюция 74/2 Генеральной Ассамблеи), и резолюции 74/20 Генеральной Ассамблеи «Здоровье населения мира и внешняя политика: всеохватный подход к укреплению систем здравоохранения».

За последнее десятилетие в расширении охвата услугами здравоохранения был достигнут определенный прогресс, однако его текущие темпы не позволяют выполнить задачу 3.8 целей в области устойчивого развития, предусматривающую обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения для всех к 2030 году. Прогресс на пути к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения еще больше замедлился в связи с пандемией коронавирусного заболевания (COVID-19), из-за которой ресурсы, выделенные на здравоохранение, были перераспределены, а объем инвестиций в экономику сократился. Поэтому с учетом изменения ситуации в связи с COVID-19 Всемирной организации здравоохранения пришлось скорректировать свои рекомендации по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения.

В настоящем докладе государствам-членам рекомендуется активизировать усилия по достижению к 2030 году цели всеобщего охвата услугами здравоохранения, с тем чтобы обеспечить здоровую жизнь и благополучие для всех на протяжении всей жизни, и в этой связи принять меры, призванные: а) постепенно обеспечить к 2023 году доступ еще 1 миллиарда человек к качественным основным медико-санитарным услугам и качественным, безопасным, эффективным и

* Настоящий доклад был представлен с опозданием в связи с необходимостью включения в него самой последней информации.



недорогим основным лекарственным средствам, вакцинам, средствам диагностики и медицинским технологиям, с тем чтобы к 2030 году обеспечить охват всех людей; и b) прекратить и обратить вспять катастрофический рост расходов на медицинские услуги и здравоохранение, покрываемых пациентами из собственных средств, за счет введения к 2030 году мер по защите от финансовых рисков и ликвидации обнищания, вызванного необходимостью покрывать медицинские расходы, уделяя особое внимание малоимущим, а также лицам, которые относятся к уязвимым группам или находятся в уязвимом положении. Наряду с этим государствам-членам следует обеспечить надлежащую защиту для конкретных подгрупп населения, наиболее сильно затронутых пандемией COVID-19, и достаточное финансирование здравоохранения за счет внутренних государственных средств, а также при необходимости более активно использовать объединение ассигнований на здравоохранение с целью минимизировать последствия оплаты услуг самими пациентами и тем самым предотвратить обнищание, вызываемое необходимостью покрывать медицинские расходы во время пандемии COVID-19.

I. Введение

1. Настоящий доклад представляется в соответствии с пунктом 82 резолюции 74/2 Генеральной Ассамблеи о политической декларации заседания высокого уровня по вопросу о всеобщем охвате услугами здравоохранения, состоявшегося 23 сентября 2019 года, и в соответствии с пунктом 43 резолюции 74/20 Генеральной Ассамблеи «Здоровье населения мира и внешняя политика: всеохватный подход к укреплению систем здравоохранения».

2. В этих резолюциях Генеральная Ассамблея просила Генерального секретаря представить на семьдесят пятой сессии Генеральной Ассамблеи подготовленный в сотрудничестве со Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и другими соответствующими учреждениями доклад о ходе работы по осуществлению политической декларации в том, что касается обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения, включая трудности и возможности применения всеохватных подходов к укреплению систем здравоохранения.

3. Информация о прогрессе, достигнутом в деле обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения в период 2000–2017 годов, кратко излагается в докладе Генерального директора ВОЗ под названием «Первичная медико-санитарная помощь на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения: доклад о мониторинге 2019 г.».

4. В настоящем докладе содержится обзор прогресса, достигнутого с момента принятия политической декларации заседания высокого уровня по вопросу о всеобщем охвате услугами здравоохранения, включая информацию о прогрессе, достигнутом на глобальном уровне (разд. II), и принимаемых мерах (разд. III), а также излагаются соответствующие рекомендации (разд. IV).

II. Прогресс, достигнутый на глобальном уровне

Прогресс есть, но его недостаточно

5. В политической декларации излагается набор обязательств, направленных на то, чтобы постепенно обеспечить к 2023 году доступ еще 1 миллиарда человек к безопасным, эффективным и недорогим основным лекарственным средствам, вакцинам, средствам диагностики и медицинским технологиям, с тем чтобы к 2030 году обеспечить охват всех людей.

6. В Докладе ВОЗ о мониторинге 2019 г. отмечается, что индекс всеобщего охвата услугами здравоохранения повысился с 45 из 100 в 2000 году до 66 из 100 в 2017 году¹. Улучшения отмечались во всех регионах и всех странах независимо от уровня доходов. Наибольшие успехи были достигнуты в странах с более низким уровнем дохода, где исходные показатели были ниже, а улучшения были обусловлены в основном мерами борьбы с инфекционными заболеваниями и в меньшей степени — развитием услуг по охране репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей. Вместе с тем наиболее бедные, а также затронутые конфликтами страны, как правило, оказываются среди отстающих. По сравнению с 2010 годом во всем мире и во многих странах произошло снижение темпов прогресса. Для продвижения вперед требуется значительно

¹ Индекс всеобщего охвата услугами здравоохранения, рассчитанный для 183 стран, измеряется по шкале от 0 до 100, поскольку охват услугами, как правило, оценивается по шкале от 0 до 100, где 100 — наивысший балл. Таким образом, индекс, близкий или равный 100, можно рассматривать как свидетельство выполнения соответствующей задачи в рамках целей в области устойчивого развития.

укрепить возможности систем здравоохранения по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения, особенно в странах с более низким уровнем дохода.

7. В 2017 году основными услугами здравоохранения было охвачено от одной трети до половины мирового населения (33–49 процентов). Согласно прогнозам, на протяжении периода осуществления целей в области устойчивого развития (2015–2030 годы) численность охваченного населения увеличится на 1,1–2,0 миллиарда человек, однако эта тенденция будет, скорее всего, сведена на нет ростом населения. Это делает вероятным более медленный рост процентной доли охваченного населения; в связи с этим ожидается, что при сохранении текущей тенденции до 2030 года основными услугами здравоохранения будет охвачено от 39 до 63 процентов населения мира. Таким образом, для выполнения задачи 3.8 целей в области устойчивого развития, предусматривающей обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения для всех к 2030 году, требуются резкое ускорение прогресса и удвоение охвата услугами.

8. В политической декларации государства обязались прекратить и обратить вспять катастрофический рост расходов на медицинские услуги и здравоохранение, покрываемых пациентами из собственных средств, за счет введения к 2030 году мер по защите от финансовых рисков и ликвидации обнищания, вызванного необходимостью покрывать медицинские расходы, при уделении особого внимания малоимущим, а также лицам, которые относятся к уязвимым группам или находятся в уязвимом положении.

9. В период 2000–2015 годов неуклонно росла доля людей, вынужденных нести катастрофические расходы на здравоохранение (показатель 3.8.2 целей в области устойчивого развития), определяемые как большой объем расходов личных средств по отношению к объему потребления или дохода домохозяйства. Доля населения, расходы которого, покрываемые за счет собственных средств, превышают 10 процентов бюджета их домохозяйства, увеличилась с 9,4 до 12,7 процента, а доля населения, расходы которого, покрываемые за счет собственных средств, превышают 25 процентов бюджета их домохозяйства, увеличилась с 1,7 до 2,9 процента.

10. По оценкам, содержащимся в *Докладе о мониторинге 2019 г.*, помимо дополнительных 200 млрд долл. США в год, требующихся для расширения охвата первичной медико-санитарной помощью, еще 170 млрд долл. США в год необходимы для осуществления более полного пакета мер по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения. Эти суммы могут показаться значительными, однако они лишь примерно на 5 процентов превышают 7,5 трлн долл. США, которые уже ежегодно расходуются на здравоохранение во всем мире. Расширение масштабов мероприятий по оказанию первичной медико-санитарной помощи в странах с низким и средним уровнем дохода может к 2030 году спасти 60 миллионов жизней и увеличить среднюю ожидаемую продолжительность жизни на 3,7 года; инвестирование в расширение систем здравоохранения спасет почти 100 миллионов жизней. Большинство стран могут привлечь необходимые финансовые средства из внутренних источников путем увеличения государственных расходов на здравоохранение в целом, перераспределения расходов в пользу первичной медико-санитарной помощи или осуществления и того, и другого. Страны с наиболее низким уровнем доходов, в том числе многие страны, затронутые конфликтом, будут по-прежнему нуждаться во внешней помощи.

11. Все люди должны иметь возможность получать высококачественное медицинское обслуживание, не испытывая при этом финансовых трудностей. Человеческий капитал, определяемый состоянием здоровья и уровнем образования

людей, составляет, по оценкам, две трети достояния любой нации; если в него не будут вкладываться средства, это ограничит экономический рост и устойчивое развитие.

Воздействие коронавирусного заболевания (COVID-19)

12. Пандемия коронавирусного заболевания (COVID-19) обнажила проблемы, на которые долгое время не обращали внимания, включая слабость систем здравоохранения, бреши в социальной защите и структурное неравенство. Она также продемонстрировала важность общественного здравоохранения, а также сильных систем здравоохранения и готовности к чрезвычайным ситуациям, необходимой населению для противодействия новому вирусу или пандемии, и придала еще более неотложный характер поиску путей для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения. Заболеваемость и смертность в связи с COVID-19 вызваны тремя причинами: первая — это сам вирус (вставка 1), вторая — это неспособность систем здравоохранения обеспечить непрерывное предоставление основных медицинских услуг, а третья — это связанные с пандемией социально-экономические последствия.

Вставка 1

COVID-19: непосредственное воздействие на здоровье

Около 40 процентов пациентов с COVID-19 переносят заболевание легко, при этом лечение является преимущественно симптоматическим и не требует стационарного ухода; приблизительно у 40 процентов пациентов появляются симптомы средней степени тяжести, и таким больным может потребоваться стационарный уход; у 15 процентов пациентов появляются тяжелые симптомы, требующие кислородной терапии или проведения других лечебных мероприятий в стационаре; и примерно у 5 процентов пациентов возникают критические осложнения, требующие механической вентиляции легких.

Известными факторами риска заболеть COVID-19 в тяжелой форме являются возраст старше 60 лет, гипертония, диабет, сердечно-сосудистые заболевания, хронические респираторные заболевания или ослабленный иммунитет. Примерно одна пятая часть населения мира — 1,7 миллиарда человек — имеет по крайней мере одно из этих заболеваний, при этом 350 миллионов человек (4 процента населения мира) подвержены высокому риску заболеть COVID-19 в тяжелой форме, и в случае инфицирования им потребуется госпитализация (от менее 1 процента лиц в возрасте до 20 лет до примерно 20 процентов лиц в возрасте от 70 лет). Доля населения, подвергающегося повышенному риску, выше всего в странах с большим числом пожилых людей, африканских странах с высоким уровнем распространения ВИЧ/СПИДа и малых островных государствах с высоким уровнем распространения диабета.

Несмотря на то, что COVID-19 не знает, что такое дискриминация, от него зачастую страдают больше те, кто меньше всего может себе это позволить: пожилые люди, малоимущие и люди, страдающие от хронических заболеваний. Из-за более частых контактов с заболевшими COVID-19 более высокому риску заражения подвергаются медицинские работники. Высокие показатели заболеваемости и смертности наблюдаются среди пожилых людей, находящихся в учреждениях долгосрочного ухода, при этом из-за пандемии COVID-19 в таких учреждениях отмечаются высокие показатели нехватки персонала. Высокому риску также подвергаются люди, живущие в закрытых помещениях, в частности жители переполненных поселений, беженцы, мигранты и заключенные. Кроме того, повышенному риску подвергаются находящиеся на переднем крае работники жизненно важных сфер, таких как общественный транспорт, производство

продуктов питания и правоохрана. Кроме того, воздействие COVID-19 может усугубляться неравенством в многочисленных и пересекающихся формах, связанным, в частности, с расовой и гендерной принадлежностью, возрастом, этническим происхождением, социально-экономическим положением, инвалидностью, географическим положением и сексуальной ориентацией.

13. Вирус COVID-19 быстро распространился внутри стран и между ними. На этапе распространения инфекции среди населения число случаев может удваиваться каждые три дня, что быстро приведет к перегруженности служб здравоохранения. Потребности в персонале, материалах и больничных койках, особенно для интенсивной терапии, превышают возможности даже в странах с хорошо развитой системой здравоохранения; было замечено, что уровень смертности от COVID-19 возрастает по мере роста потребностей в медицинских услугах.

14. Увеличение количества пациентов из-за пандемии COVID-19 ставит под угрозу способность систем здравоохранения оказывать другие важнейшие услуги здравоохранения. Для оказания помощи странам в обеспечении непрерывного оказания основных услуг здравоохранения при одновременном принятии мер по обеспечению безопасности людей в условиях пандемии COVID-19 ВОЗ разработала соответствующее руководство². В руководстве содержатся рекомендации в отношении практических мер, которые страны могут принять на субрегиональном, национальном и местном уровнях для реорганизации и безопасного поддержания доступа к высококачественным основным услугам здравоохранения. В нем также приведены выборочные показатели для контроля за оказанием основных услуг здравоохранения и излагаются соображения относительно того, когда следует прекращать или возобновлять оказание услуг по мере роста и снижения уровня распространения COVID-19. Вместе с тем данные, собранные по докладам 105 стран³ пяти регионов за период с марта по июнь 2020 года, свидетельствуют о том, что почти в каждой стране (90 процентов) происходили сбои в предоставлении медицинских услуг, причем наибольшие трудности отмечались в странах с низким и средним уровнем дохода. Большинство стран сообщили о том, что многие регулярные и плановые услуги были приостановлены, в то время как в странах с низким уровнем дохода наблюдались сопряженные с высоким риском перебои в оказании критически важной медицинской помощи в таких областях, как скрининг и лечение рака и лечение ВИЧ-инфекции.

15. В глобальном масштабе эти последствия могут серьезно подорвать или обратить вспять прогресс в достижении целей в области устойчивого развития. Например, из-за сокращения охвата мероприятиями по охране репродуктивного, материнского и детского здоровья на 9,8–18,5 процента и увеличения потерь на 10 процентов за шесть месяцев в 118 странах могут умереть еще более 250 000 детей и еще 12 000 матерей⁴. Кроме того, если в 114 странах с низким и средним уровнем дохода по меньшей мере в течение шести месяцев будет продолжаться действие мер по самоизоляции, без доступа к современным

² Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), «Непрерывное оказание основных услуг здравоохранения: оперативное руководство в контексте COVID-19» (Женева, 2020).

³ ВОЗ, «По данным оперативного обследования ВОЗ, 90% стран сообщают о сбоях в предоставлении основных услуг здравоохранения в результате пандемии COVID-19», 31 августа 2020 года.

⁴ Timothy Robertson and others, “Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study”, *The Lancet*, vol. 8, No. 7 (July 2020).

противозачаточным средствам могут оказаться 47 миллионов женщин, могут произойти 7 миллионов нежелательных беременностей и еще 31 миллион дополнительных случаев гендерного насилия⁵. Приостановление в 2020 году запланированных мероприятий по раздаче обработанных инсектицидами противомоскитных сеток и сокращение доступа к действенному лечению малярии, по оценкам, к концу 2020 года могут привести к смерти от малярии 769 000 человек⁶. Из-за уменьшения ожидаемого числа выявленных случаев туберкулеза на 25 процентов в течение трех месяцев во всем мире смертность от туберкулеза может увеличиться на 13 процентов и вернуться на уровень, который наблюдался пять лет назад⁷. Прекращение антиретровирусной терапии на шесть месяцев может привести к увеличению в 2020–2021 годах количества смертей от связанных со СПИДом заболеваний в странах Африки к югу от Сахары еще на 500 000 (по оценкам, в 2018 году в этом регионе от СПИДа умерли 470 000 человек)⁸. Пандемия COVID-19 может отрицательно повлиять на борьбу с инфекционными заболеваниями из-за запозданий при диагностике инфекционных заболеваний, таких как, в частности, рак и болезни сердца, что приведет к увеличению числа людей с такими заболеваниями на поздних стадиях. По сообщениям, в некоторых странах отмечаются запоздания при обращении за медицинской помощью в связи с инфарктом, инсультом и раком⁹.

16. Пандемия COVID-19 стала причиной крупнейшего за последние десятилетия экономического потрясения в мире. Различные меры, принимаемые для ограничения распространения COVID-19 и снижения нагрузки на системы здравоохранения, привели к сокращению потребления и инвестиций, а также к ограничению предложения рабочей силы и объемов производства. Для смягчения краткосрочных и среднесрочных экономических последствий COVID-19 центральные банки снизили процентные ставки и предприняли другие шаги по обеспечению ликвидности и сохранению доверия инвесторов. Объявленная поддержка в налогово-бюджетной сфере по своим объемам превосходит поддержку, которая была оказана во время глобального финансового кризиса 2008–2009 годов. Международный валютный фонд и Всемирный банк поддерживают инициативу по приостановлению обслуживания задолженности, в рамках которой заемщики могут использовать высвобождающиеся ресурсы для увеличения расходов на социальные нужды, здравоохранение или экономику. Для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения такой подход имеет особенно важное значение, поскольку для достижения прогресса в этой области необходимо государственное финансирование.

17. По прогнозам, глобальная рецессия, спровоцированная пандемией COVID-19, вызовет рост масштабов крайней нищеты в мире впервые с 1998 года. По оценкам, содержащимся в опубликованном Всемирным банком издании «Перспективы мировой экономики, июнь 2020», в 2020 году из-за пандемии COVID-19 в крайней нищете может оказаться еще 70 миллионов человек при базовом сценарии или 100 миллионов человек при сценарии экономического спада. По прогнозам, число людей, живущих за международной чертой бедности в странах с уровнем дохода ниже и выше среднего, — 1,90 долл. США

⁵ United Nations Population Fund, “Coronavirus disease (COVID-19) pandemic: UNFPA global response plan – revised June 2020” (New York, 2020).

⁶ WHO, *The Potential Impact of Health Service Disruptions on the Burden of Malaria: A Modelling Analysis for Countries in sub-Saharan Africa* (Geneva, 2020).

⁷ WHO, “Information note on tuberculosis and COVID-19”, 12 May 2020.

⁸ Alexandra B. Hogan and others, “Report 19: the potential impact of the COVID-19 epidemic on HIV, TB and malaria in low- and middle-income countries” (London, Imperial College, 2020).

⁹ Marion M. Mafham, “COVID-19 pandemic and admission rates for and management of acute coronary syndromes in England”, *The Lancet*, vol. 396, No. 10248 (August 2020).

в день и, соответственно, 3,20 долл. США в день на основе паритета покупательной способности 2011 года — также значительно возрастет, что свидетельствует о том, что социальные и экономические последствия будут весьма ощутимыми. В частности, согласно базовому сценарию, из-за пандемии COVID-19 ряды тех, кто живет менее чем на 1,90 долл. США в день, могут пополнить от 72 до 101 миллиона человек, а ряды тех, кто живет менее чем на 3,20 долл. США, — от 176 до 232 миллионов человек. Это эквивалентно повышению уровня нищеты на 2,3 процентных пункта по сравнению со сценарием без COVID-19. Это грозит серьезными последствиями для здоровья людей, а прогресс, достигнутый в решении всех связанных со здравоохранением задач, поставленных в рамках целей в области устойчивого развития, вероятно, будет обращен вспять.

18. Значительная доля людей, пополнивших ряды страдающих от крайней нищеты, будет сконцентрирована в странах, в которых уже отмечаются значительные масштабы нищеты и в которых от нее уже страдает большое количество людей. По прогнозам, почти половина людей, которые пополнят ряды страдающих от нищеты, будет приходиться на Южную Азию, а более трети — на страны Африки к югу от Сахары. Рост масштабов нищеты в мире ставит под угрозу возможность самых незащищенных получить доступ к медицинским услугам. В 2000–2015 годах доля людей, вынужденных нести катастрофические расходы на здравоохранение, неуклонно росла¹⁰. Если расширение масштабов нищеты приведет к снижению показателей использования услуг, то ожидаемое замедление или сведение на нет экономического роста в связи с пандемией COVID-19 может обратить эту тенденцию вспять.

19. Кроме того, жизненно важное значение для того, чтобы положить конец пандемии и ускорить восстановление экономики во всем мире, будут иметь безопасные и эффективные вакцины, средства диагностики и лечения. Однако эти жизненно важные инструменты будут эффективны только в том случае, если они будут доступны наиболее уязвимым слоям населения на равноправной основе и одновременно во всех странах — по сути, для того, чтобы сделать эти инструменты глобальным общественным благом. Инициатива по ускорению доступа к средствам для борьбы с COVID-19 — это проект глобального сотрудничества, направленный на ускорение разработки тестов на COVID-19, средств его лечения и вакцин от него, их производства и предоставления равного доступа к ним¹¹. В рамках осуществления Инициативы уже достигаются конкретные результаты: тестируются десятки новых средств экспресс-диагностики, которые способны радикально изменить положение дел; разработан единственный проверенный метод лечения тяжелых форм COVID-19; составлен крупнейший портфель исследований вакцин и учрежден Механизм по обеспечению глобального доступа к вакцинам от COVID-19 (COVAX); и формируется консенсус в отношении международного распределения данных продуктов.

III. Принимаемые меры

Действия государств-членов

20. Государства-члены оказывают поддержку с учетом конкретных медицинских и демографических потребностей и системных требований на национальном уровне. Система развития Организации Объединенных Наций, прежде

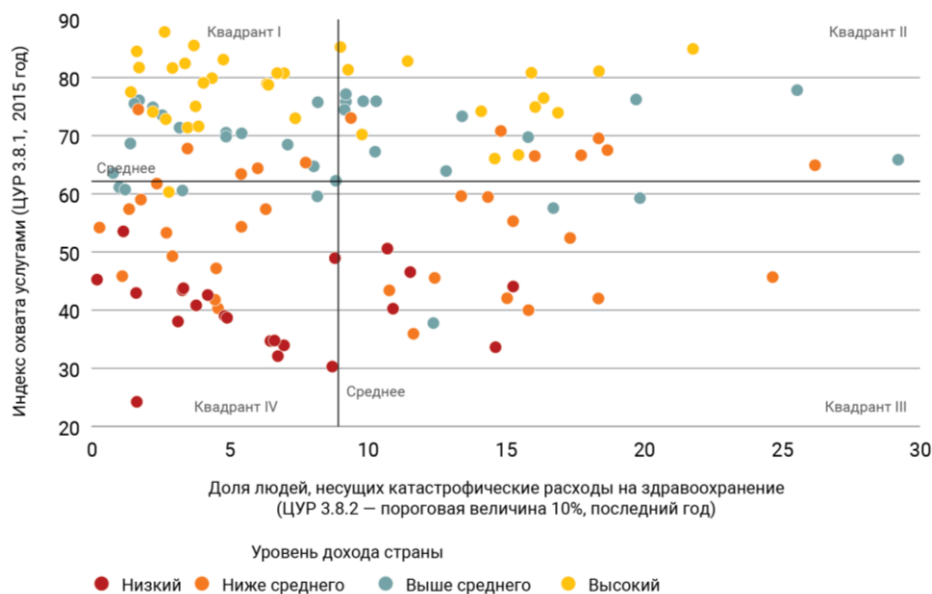
¹⁰ ВОЗ, «Первичная медико-санитарная помощь на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения: доклад о мониторинге 2019 г.» (Женева, 2020).

¹¹ URL: www.who.int/initiatives/act-accelerator.

всего ВОЗ как ведущее учреждение по вопросам здравоохранения, а также координаторы-резиденты и страновые группы Организации Объединенных Наций взаимодействуют со странами по-разному, ориентируясь при этом на конкретные стоящие перед ними проблемы. В *Докладе о мониторинге 2019 г.* по всеобщему медицинскому обеспечению страны распределены по квадрантам в зависимости от того, на каком этапе с точки зрения охвата услугами и финансовой защиты они находятся (см. вставку 2).

Вставка 2

Различные этапы с точки зрения охвата услугами и доли людей, несущих катастрофические расходы на здравоохранение, для стран с низким уровнем дохода, уровнем дохода ниже и выше среднего и высоким уровнем дохода^a



^a Измеряются показателями, установленными для задачи 3.8 цели в области устойчивого развития 3: охват основными услугами здравоохранения (показатель 3.8.1; значения и распределение по группам по состоянию на 2015 год) и финансовая защита при использовании услуг здравоохранения (показатель 3.8.2; оценочные показатели по состоянию на последний год, по которому имеются данные). С подробными данными по каждой конкретной стране можно ознакомиться на веб-сайте Глобального наблюдательного центра ВОЗ по здравоохранению (<https://apps.who.int/gho/portal/gho.jsp>).

Хотя подробный анализ конъюнктуры и политико-экономических факторов необходимо провести по каждой стране отдельно, в результате проведенного Секретариатом анализа охвата услугами и финансовой защиты страны можно распределить по четырем широким категориям в зависимости от последствий в плане политики и технической поддержки.

- **Квадрант I.** Для стран с высоким охватом услугами и незначительными финансовыми трудностями (главным образом для стран с высоким уровнем дохода и уровнем дохода выше среднего) основной задачей является дальнейшее повышение эффективности, качества и уровня справедливости.
- **Квадрант II.** Для стран с высоким уровнем охвата услугами, но с существенными финансовыми трудностями (главным образом для стран с уровнем доходов ниже среднего) ключевой задачей является обеспечение всеохватных и

универсальных механизмов защиты от высоких расходов, покрываемых за счет собственных средств.

- **Квадрант III.** Странам с низким охватом услугами и существенными финансовыми трудностями (главным образом странам с низким уровнем дохода) необходимо провести всеобъемлющую реформу как системы оказания услуг, так и механизмов финансирования здравоохранения при уделении первоочередного внимания устранению неравенства.
- **Квадрант IV.** Странам с низким охватом услугами и незначительными финансовыми трудностями (главным образом странам, находящимся в крайне уязвимом положении и затронутым конфликтами) необходимо создать основу для своих систем здравоохранения, включая кадровый потенциал, производственно-бытовые цепочки и инфраструктуру.

21. Для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения необходима социально-политическая подотчетность. В политической декларации содержится призыв к взаимодействию со всеми соответствующими заинтересованными сторонами, включая местные органы власти, гражданское общество, частный сектор и научные круги и местные сообщества, в рамках предусматривающих широкое участие и транспарентных многосторонних платформ.

22. В 2020 году Международное партнерство в области здравоохранения в интересах всеобщего охвата населения услугами здравоохранения к 2030 году приступило к подготовке доклада о положении дел с выполнением обязательства по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения, в котором будет представлен сводный обзор мнений многих заинтересованных сторон по поводу прогресса, достигнутого в деле обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения на страновом и глобальном уровнях¹². По своему характеру этот обзор будет ориентирован на страны и конкретные мероприятия и станет дополнением к более техническому и глобальному *Докладу о мониторинге 2019 г.*, в котором основное внимание уделяется показателям всеобщего охвата услугами здравоохранения, касающимся охвата услугами и финансовой защиты. Для обеспечения подотчетности правительств в отношении обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения требуются данные о политических аспектах, связанных с правами, управлением и равенством, которые национальным ведомствам зачастую собрать нелегко. Обзор будет также предусматривать представление эмпирических оценок опыта людей, особенно находящихся в уязвимом положении, в плане получения доступа к медицинским услугам, а не просто политические документы, в которых говорится о том, что должно происходить в идеале. Таким образом, цель обзора будет состоять в том, чтобы предоставить заинтересованным сторонам в странах новую необходимую информацию, которую можно будет использовать в рамках всеохватных и основанных на широком участии процессов обзора для оценки прогресса и выполнения обязательств в отношении обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения с течением времени.

23. Опыт борьбы с пандемией COVID-19 показал, что в действительности системы здравоохранения многих стран не были должным образом подготовлены к всесторонней защите здоровья их населения. Предоставление системам здравоохранения возможности добиться прогресса в обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения требует вложения средств в главные функции

¹² International Health Partnership for UHC2030, “The state of universal health coverage commitment concept brief” (2020).

системы здравоохранения, которые имеют основополагающее значение для защиты и укрепления здоровья и благополучия и называются общими благами в области здравоохранения. К ним относятся выработка политики на основе фактических данных, коммуникация, лабораторный потенциал для осуществления надзора, регулирование для обеспечения качества продукции, услуг и здорового образа жизни, а также субсидирование учреждений общественного здравоохранения, которые отвечают за выполнение этих функций. Эти функции являются неотъемлемой частью обязательств, которые все государства-члены взяли на себя в Международных медико-санитарных правилах (2005 г.), а также в политической декларации заседания высокого уровня по вопросу о всеобщем охвате услугами здравоохранения.

24. Что касается отдельных услуг, то опыт борьбы с пандемией COVID-19 показывает, что системы здравоохранения, характеризующиеся значительным неравенством в правах на получение услуг и раздробленные на многочисленные схемы и программы, создают проблемы для людей, которые подвергаются риску остаться без внимания. Страны с раздробленными системами также в меньшей степени способны эффективно реагировать на вспышки инфекционных заболеваний, чем страны, где права на получение услуг предоставляются на более равной основе, а ключевые базовые подсистемы, особенно те, которые касаются эпидемиологических данных и данных об использовании услуг, действуют на уровне всей системы и охватывают государственных и частных поставщиков, предоставляющих услуги всему населению. Во время глобального экономического кризиса, ведущего к росту безработицы, финансирование здравоохранения за счет отчислений от заработной платы ведет к особым трудностям и в ситуациях, в которых право на получение услуг обусловлено такими отчислениями, может привести к сокращению доступа к услугам здравоохранения в то время, когда люди нуждаются в них больше всего.

25. В 2020 году, чтобы поддержать и еще больше усилить политический импульс в отношении обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения, семью политическими советниками Международного партнерства в области здравоохранения в интересах всеобщего охвата населения услугами здравоохранения к 2030 году была создана Политическая консультативная группа Движения за всеобщий охват услугами здравоохранения. Группа выносит рекомендации относительно возможностей дальнейшего использования политических процессов для поддержания на высоком уровне импульса в отношении обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения и относительно того, какие меры многосторонние партнерства могут принять в связи с политической декларацией заседания высокого уровня по вопросу о всеобщем охвате услугами здравоохранения. От имени многосторонних партнерств эта группа также доводит до сведения политических лидеров высокого уровня информацию о всеобщем охвате услугами здравоохранения, с тем чтобы обеспечить воплощение обязательств в конкретные действия в странах.

26. Кризис, вызванный COVID-19, продемонстрировал необходимость применения всеохватных и основанных на широком участии подходов к управлению. Многие правительства обратились за рекомендациями к научному сообществу, признав необходимость сотрудничества с медицинскими экспертами и экспертами в области общественного здравоохранения при принятии национальных мер реагирования. Тем не менее национальные правительства зачастую не включают гражданское общество в процесс принятия решений¹³. В ходе опроса, проведенного Механизмом привлечения гражданского общества Международного

¹³ Dheepan Rajan and others, "Governance of the Covid-19 response: a call for more inclusive and transparent decision-making", *BMJ Global Health*, vol. 5, No. 5 (May 2020).

партнерства в области здравоохранения в интересах всеобщего охвата населения услугами здравоохранения к 2030 году, большинство из 175 респондентов из 56 стран подтвердили, что организации гражданского общества ведут свою работу по борьбе с COVID-19 отдельно от правительства. Правительствам необходимо наладить более широкое взаимодействие с населением, местными сообществами и гражданским обществом в рамках инициатив по ведению диалога, с тем чтобы лучше понимать требования, мнения и ожидания общества и вырабатывать более гибкие и приемлемые для общества решения в отношении текущих мер по борьбе с COVID-19.

27. В 2020 году Независимая группа по вопросам подотчетности инициативы «Каждая женщина, каждый ребенок»¹⁴ опубликовала доклад под названием «Caught in the COVID-19 Storm: Women's, Children's and Adolescents' Health in the Context of UHC and the SDGs» («Застигнутые штормом COVID-19: здоровье женщин, детей и подростков в контексте всеобщего охвата услугами здравоохранения и целей в области устойчивого развития»). По оценкам, содержащимся в докладе, показатели прогресса в выполнении предусмотренных целями в области устойчивого развития задач, касающихся здоровья женщин, детей и подростков, отставали на 20 процентов еще до того, как началась пандемия COVID-19. Пандемия продемонстрировала хрупкость систем здравоохранения и других секторов в большинстве стран и усилила неравенство: женщины, дети и подростки, а также другие лица, находящиеся в наиболее уязвимом положении, больше всего страдают от прямых и косвенных последствий COVID-19. По оценкам ряда международных и неправительственных организаций, проведенным до начала пандемии COVID-19, 20–40 процентов средств, выделяемых на здравоохранение во всех странах мира, тратится впустую из-за неэффективности; этот вывод делался каждый год в течение последних 10 лет^{15,16}. Такие траты обусловлены системными проблемами, включая выделение недостаточного объема средств на основанные на фактических данных подходы, а также коррупцией, расточительством, некачественной помощью и неспособностью охватить тех, кто нуждается в помощи больше всего^{17,18,19}. В 2017 году объем общемировых расходов на здравоохранение составил 7,8 трлн долл. США, или 10 процентов мирового внутреннего валового продукта; таким образом, из-за неэффективности примерно 2 трлн долл. США в год, вероятно, тратятся впустую^{20,21}. В своем докладе 2020 года Независимая группа выносит три ключевые рекомендации относительно достижения реального прогресса в области подотчетности: а) инвестировать в надежные системы данных в интересах глобальной и национальной безопасности; б) институционализировать и установить мандаты в отношении функций и механизмов подотчетности; и с) демократизировать процессы подотчетности и обеспечить в них учет реального опыта людей.

¹⁴ www.everywomaneverychild.org/.

¹⁵ World Bank Group, *High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage: Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century* (Washington, D.C., International Bank for Reconstruction and Development, 2019).

¹⁶ ВОЗ, *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. — финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью* (Женева, 2010 год).

¹⁷ Till Bruckner, *The Ignored Pandemic: How Corruption in Healthcare Service Delivery Threatens Universal Health Coverage* (London, Transparency International, 2019).

¹⁸ Action Aid, *Real Aid 3: Ending Aid Dependency* (London, 2011).

¹⁹ Organization for Economic Cooperation and Development, *Development Co-operation Report 2005: Efforts and Policies of the Members of the Development Assistance Committee* (Paris, 2006).

²⁰ World Health Organization, *Global Spending on Health: A World in Transition* (Geneva, 2019).

²¹ Ibid.

28. В своем докладе, озаглавленном «Последующие меры в контексте совещаний высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по вопросам, связанным со здравоохранением», Генеральный директор ВОЗ отметил, что последующие шаги будут включать «укрепление социально-политической подотчетности для ускорения прогресса в достижении целей в области охраны здоровья и устойчивого развития, как предусмотрено политической декларацией высокого уровня»^{22,23}. ВОЗ работает над созданием независимой группы по вопросам подотчетности в отношении целей в области устойчивого развития и прав, связанных с охраной здоровья, с уделением особого внимания тем, кто остался без внимания. Чтобы обеспечить информационную основу для дальнейшей работы, в ходе консультаций будут запрашиваться мнения широкого круга заинтересованных сторон, в том числе государств-членов, многосторонних партнерств, парламентариев, гражданского общества, местных сообществ и партнеров по процессу развития^{24,25}.

29. Работа с различными заинтересованными сторонами, включая различные группы населения, местные сообщества и гражданское общество, и их вовлечение требуют определенного набора навыков. ВОЗ совместно с Международным партнерством в области здравоохранения в интересах всеобщего охвата населения услугами здравоохранения к 2030 году работает над составлением справочника по привлечению общества к деятельности по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения, который будет представлен в конце 2020 года. В справочнике, опирающемся на ряд тематических исследований и обзор литературы, будут содержаться конкретные рекомендации по передовой практике для лиц, ответственных за выработку политики, в отношении эффективных и конструктивных путей взаимодействия с населением, гражданским обществом и местными сообществами в целях выработки политики и принятия решений (см. вставку 3).

Вставка 3

Ключевые тезисы, взятые из страновых тематических исследований и обширных обзоров литературы

Создание и обеспечение функционирования механизмов управления на основе всеобщего участия являются сложной задачей и сами по себе не гарантируют значимого участия. Существующие механизмы должны время от времени анализироваться и корректироваться с учетом следующих факторов.

- Для обеспечения участия необходимо создание потенциала как правительства, так и местных сообществ при одновременном рассмотрении вопроса о том, как обеспечить участие и выработать соответствующие навыки.
- Инициативы, касающиеся участия общества, зачастую подвергаются критике в связи с их недостаточным влиянием на процесс принятия решений, а реализация политики не всегда является приоритетом в процессах представительного управления. Несколько факторов, такие как культура участия, политическая воля и обязательства должностных лиц (особенно тех,

²² Всемирная организация здравоохранения, документ EB146/6, п.13.

²³ Every Woman Every Child's Independent Accountability Panel, *Caught in the COVID-19 Storm: Women's, Children's, and Adolescents' Health in the Context of UHC and the SDGs* (Geneva, 2020).

²⁴ Joy Phumaphi and others, "A crisis of accountability for women's, children's, and adolescents' health", *The Lancet*, vol. 396, No. 10246 (July 2020).

²⁵ Independent Accountability Panel, *Caught in the COVID-19 Storm*.

кто отвечает за бюджет и оказывает влияние на политику), могут склонить чашу весов в сторону активизации процесса реализации политики.

- Различные виды правовых рамок (законодательство о праве на здоровье, законы о здравоохранении, законы о децентрализации и т.д.) могут положительно влиять на участие общества, но они не гарантируют его эффективности. Правовые рамки могут быть особенно полезны в тех случаях, когда импульс для участия уже есть и нуждается в усилении.

Международная поддержка

30. Во время пандемии COVID-19 Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций выпустил ряд аналитических записок, касающихся здравоохранения и планов социально-экономического восстановления, включая следующие: «Рамочная программа ООН по непосредственным социально-экономическим мерам реагирования на COVID-19», «Принятие мер реагирования на COVID-19 с учетом потребностей инвалидов», «COVID-19 и необходимость принятия мер по охране психического здоровья» и «Всеобщий охват услугами здравоохранения». В совокупности эти записки показывают, каким образом международное сообщество может обеспечить принятие скоординированных мер реагирования в связи с COVID-19, обеспечивая при этом, чтобы в центре внимания находились наиболее уязвимые группы населения.

31. 24 сентября 2019 года в Центральных учреждениях Организации Объединенных Наций 12 многосторонних учреждений объявили о начале осуществления совместного плана по оказанию более эффективной поддержки странам в течение следующих 10 лет в целях ускорения прогресса в достижении целей в области устойчивого развития, связанных с охраной здоровья. В разработанном за 18 месяцев Глобальном плане действий по обеспечению здорового образа жизни и благополучия для всех (“Stronger Collaboration, Better Health: Global Action Plan for Healthy Lives and Well-Being for All”)²⁶ описывается, как чуть более десятка многосторонних учреждений, занимающихся вопросами здравоохранения, развития и гуманитарной помощи, будут сотрудничать в целях повышения эффективности и более оптимального оказания поддержки странам для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения и выполнения связанных со здравоохранением задач, предусмотренных целями в области устойчивого развития. В то время как многие предыдущие инициативы, касающиеся здоровья населения мира, используют финансирование в качестве рычага сотрудничества, на реализацию Глобального плана действий выделения дополнительных средств не предусмотрено. Вместо этого он предполагает культурный сдвиг в рамках существующей архитектуры здравоохранения в направлении обеспечения более целенаправленного и систематического сотрудничества между 12 учреждениями и со странами.

32. Прогресс, достигнутый в выполнении обязательств, изложенных в политической декларации заседания высокого уровня по вопросу о всеобщем охвате услугами здравоохранения, будет отслеживаться вместе с прогрессом, достигнутым в реализации целей в области устойчивого развития. Информация о мониторинге прогресса, представленная в этом документе, в значительной степени опирается на сведения, взятые из *Доклада о мониторинге 2019 г.* Мониторинг может быть контекстуализирован странами в рамках национального планирования сектора здравоохранения и процессов обзора, связанных с целями в области устойчивого развития. Укрепление политического форума высокого уровня по

²⁶ URL: www.who.int/initiatives/sdg3-global-action-plan.

устойчивому развитию имеет принципиальное значение для обеспечения подотчетности по целям в области устойчивого развития, включая предусмотренную целями задачу 3.8, касающуюся всеобщего охвата услугами здравоохранения.

33. В 2019 году была учреждена Специальная программа в области первичной медико-санитарной помощи²⁷, в рамках которой через Объединенную рабочую группу странам оказывается поддержка в обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения, включая расширенную поддержку (оказывается странам с ненадежными системами здравоохранения) и специализированную поддержку в проведении обзора ориентиров национальной политики, определении основных пакетов мер в области здравоохранения и создании учреждений, которые обеспечат надлежащее управление. Наряду с этим Объединенная рабочая группа в рамках Партнерства в области здравоохранения в интересах всеобщего охвата населения услугами здравоохранения и расширенной Специальной программы в области первичной медико-санитарной помощи обеспечивает возможности для содействия адаптации систем здравоохранения стран и их реформированию с учетом возросших потребностей, связанных с осуществлением контроля и принятием мер по борьбе с COVID-19, примерно в 120 странах в шести регионах ВОЗ. Этой работе способствует тесное сотрудничество ВОЗ с заинтересованными сторонами на глобальном, региональном и страновом уровнях²⁸.

34. В принятой в октябре 2019 года политической декларации политического форума высокого уровня по устойчивому развитию, созванного под эгидой Генеральной Ассамблеи (резолюция 74/4, приложение), государства-члены дали обещание провести масштабный и эффективный обзор формата и организационных аспектов политического форума высокого уровня, а также отслеживание и обзор реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года на глобальном уровне (рассчитывая при этом лучше разобраться с пробелами в ее реализации и подыскать надлежащие подходы к выявленным проблемам, в том числе по части финансирования), чтобы дополнительно укрепить эффективный и партиципаторный характер этого межправительственного форума и способствовать познавательности добровольных национальных обзоров для других стран.

35. Преодоление основных барьеров, препятствующих ускорению прогресса на пути к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения, требует умелого управления и эффективных институтов и систем регулирования. Надлежащее управление системой здравоохранения может обеспечить реальное проведение реформ в интересах обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения. В этой связи международному сообществу, занимающемуся вопросами здравоохранения, необходимо признать, что крайне важно направлять внимание и ресурсы на укрепление механизмов управления системами здравоохранения на страновом уровне, добиваясь при этом успехов в других областях, касающихся систем здравоохранения, с тем чтобы сформировать совместно с различными группами населения, местными сообществами и гражданским обществом систему здравоохранения, которая обеспечивала бы всеобщий охват услугами здравоохранения.

36. Использование всеохватного подхода к укреплению систем здравоохранения с участием всех соответствующих сторон повсеместно считается одной из важнейших функций государственного управления, выполнение которой

²⁷ WHO and United Nations Children's Fund, *Primary Health Care: Transforming Vision into Action – Operational Framework*, draft for consultation, Technical Series on Primary Health Care (Geneva, 2018).

²⁸ WHO, "Operational framework for primary health care: transforming vision into action" (Geneva, 2020), draft.

способствует проведению эффективных реформ здравоохранения на основе принципа равенства. Участие общества позволяет правительствам учитывать различные ожидания, а также опыт и проблемы основных заинтересованных сторон в области здравоохранения. Решения, принятые правительствами, будут с большей вероятностью считаться легитимными и выполнимыми, если в процессе принятия решений будет обеспечено полноценное участие широкого круга заинтересованных сторон.

37. Празднование 12 декабря Международного дня всеобщего охвата услугами здравоохранения обеспечивает на ежегодной основе возможность повышения осведомленности на глобальном уровне, усиления международной солидарности и укрепления международного сотрудничества и действий, направленных на обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения, благодаря содействию развитию национальных, региональных и глобальных механизмов сотрудничества и форумов. В 2019 году темой Международного дня всеобщего охвата услугами здравоохранения была тема «Сдержать обещание» и правительствам, международным организациям, организациям гражданского общества, частному сектору, научным кругам и средствам массовой информации было рекомендовано призвать лидеров и системы здравоохранения отчитаться о выполнении обещания обеспечить здоровье для всех и сделать это самим. Кроме того, Международным партнерством в области здравоохранения в интересах всеобщего охвата населения услугами здравоохранения к 2030 году было подготовлено резюме главных задач, обязательств и последующих действий, изложенных в политической декларации, с целью способствовать реальному выполнению обязательств на страновом уровне²⁹.

38. ВОЗ работает над созданием базы данных по вопросу о всеобщем охвате услугами здравоохранения, которая станет хранилищем знаний в поддержку решений о вложении средств в обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения. Основное внимание в ней будет уделяться вопросу об оказании помощи таким образом, чтобы никто не остался в стороне, и роли пакетов услуг в обеспечении эффективности затрат и подотчетности. Эта база будет также включать данные по использованию ресурсов (медицинские продукты, персонал и иные вводимые ресурсы); стандартные платформы для оказания услуг, включая телемедицину; информацию об этапах принятия решений относительно капиталовложений и эффективности затрат; и сведения о значимости политики для конкретных программ в области здравоохранения или задач в области развития — особенно различных задач, предусмотренных целями в области устойчивого развития.

IV. Рекомендации

39. Государствам-членам следует активизировать усилия по достижению к 2030 году цели всеобщего охвата услугами здравоохранения, с тем чтобы обеспечить здоровую жизнь и благополучие для всех на протяжении всей жизни, и в этой связи принять меры, призванные: а) постепенно обеспечить к 2023 году доступ еще 1 миллиарда человек к качественным основным медико-санитарным услугам и качественным, безопасным, эффективным и недорогим основным лекарственным средствам, вакцинам, средствам диагностики и медицинским технологиям, с тем чтобы к 2030 году обеспечить охват всех людей; и б) прекратить и обратить вспять катастрофический рост расходов на медицинские услуги и здравоохранение, покрываемых

²⁹ United Nations High-Level Meeting on Universal Health Coverage, “Key targets, commitments and actions” (December 2019).

пациентами из собственных средств, за счет введения к 2030 году мер по защите от финансовых рисков и ликвидации обнищания, вызванного необходимостью покрывать медицинские расходы, уделяя особое внимание малоимущим, а также лицам, которые относятся к уязвимым группам или находятся в уязвимом положении.

40. Государствам-членам следует взаимодействовать со всеми соответствующими заинтересованными сторонами, включая гражданское общество, частный сектор и научные круги, путем создания транспарентных платформ, обеспечивающих широкое участие, для внесения вклада в разработку и осуществление политики в области здравоохранения, направленной на достижение национальных целей в отношении обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения. Установка национальных целевых показателей и укрепление национальных платформ для мониторинга и оценки в соответствии с Повесткой дня в области устойчивого развития на период до 2030 года будут содействовать регулярному отслеживанию прогресса, достигнутого в деле обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения к 2030 году. Это может включать институционализацию и установление мандатов в отношении функций подотчетности — как в рамках обзорных механизмов национальной системы, так и в рамках независимых обзорных механизмов.

41. Государствам-членам следует вкладывать средства в надежные системы данных, поскольку существующие информационные системы не в состоянии предоставлять самые последние данные о ходе осуществления программ и вложении средств в здравоохранение. Большинство обследований домашних хозяйств, запланированных на 2020 год, были отложены до 2021 года, и в настоящее время ведется менее 10 обследований домашних хозяйств, а обследования медицинских учреждений практически не проводятся. Где это возможно, в информационных системах управления здравоохранением следует ставить задачи по представлению данных в разбивке по полу, возрасту, доходам, расе, этнической принадлежности, миграционному статусу, инвалидности, местонахождению и другим характеристикам, важным для той или иной страны.

42. Государствам-членам следует обеспечить полное удовлетворение потребностей в области здравоохранения для конкретных подгрупп населения, наиболее сильно затронутых пандемией COVID-19, включая лиц, страдающих от сексуального насилия, инвалидов (которые составляют 15 процентов населения мира), людей, которым необходима помощь в поддержании психического здоровья, лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, пожилых людей, беженцев и внутренне перемещенных лиц и мигрантов.

43. Государствам-членам следует обеспечить достаточное финансирование здравоохранения за счет внутренних государственных средств, начиная с инвестиций в общие блага в области здравоохранения — основные функции в области общественного здравоохранения, которые должны финансироваться в рамках коллективных соглашений в качестве основы для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения³⁰. Эти функции являются неотъемлемой частью обязательств, которые все государства-члены взяли на себя в Международных медико-санитарных правилах (2005 г.), а

³⁰ WHO, Health topics, “Common goods for health: overview”. URL: www.who.int/.

также в политической декларации заседания высокого уровня по вопросу о всеобщем охвате услугами здравоохранения, состоявшегося в 2019 году^{31,32}.

44. Опыт, накопленный за время пандемии COVID-19, также подкрепляет основные положения, касающиеся финансирования здравоохранения для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения. Государствам-членам следует принять меры по уменьшению числа финансовых барьеров, препятствующих получению основных медицинских услуг, с тем чтобы предоставить доступ к финансовым ресурсам для малоимущих слоев населения и обеспечить эффективный контроль над эпидемией с учетом последствий этих действий для социально-экономического развития в целом. Но одного лишь заявления о предоставлении бесплатной медицинской помощи недостаточно; для реального уменьшения числа финансовых барьеров необходимо обеспечить, чтобы поставщики услуг получали компенсацию (в идеале заранее) и располагали ресурсами, необходимыми для оказания услуг, не требующих оплаты в момент их получения. Правительства могли бы создать надежные механизмы, обеспечивающие бесплатное оказание основных услуг³³, и широко распространить информацию об этой политике среди населения. В странах, в которых по историческим причинам главным образом распространен охват такими услугами, основанный на выплатах взносов и связанный с занятостью, решающее значение имеет направление на нужды системы здравоохранения поступлений из бюджета в целом: как для снижения уязвимости системы к потере рабочих мест, так и для обеспечения возможности принятия важнейших мер, необходимых для реагирования в связи с пандемией COVID-19³⁴. Таким образом, ослабление или устранение связи между медицинским обслуживанием и занятостью имеет решающее значение для обеспечения устойчивости к экономическим потрясениям, которые приводят к потере рабочих мест в формальном секторе.

³¹ Ibid., *Международные медико-санитарные правила*, 3-е издание (Женева, 2005 год).

³² Резолюция 74/2 Генеральной Ассамблеи.

³³ Prosper Tumusiime, "Domestic health financing for COVID-19 response in Africa", Social Health Protection Network, 28 April 2020.

³⁴ Например, в Германии и Чешской Республике, WHO, COVID-19 Health System Response Monitor, Countries, Policy responses for Germany and the Czech Republic, "Paying for services: health financing", 6 November 2020, latest update. Available at www.covid19healthsystem.org/.