



Генеральная Ассамблея

Distr.: General
20 September 2013
Russian
Original: English

Шестидесят восьмая сессия

Пункт 127 повестки дня

Здоровье населения мира и внешняя политика

Записка Генерального секретаря

Настоящим Генеральный секретарь препровождает доклад, подготовленный Генеральным директором Всемирной организации здравоохранения об опыте стран в обеспечении перехода к всеобщему охвату населения медико-санитарными услугами в соответствии с резолюцией 67/81 Генеральной Ассамблеи.

Доклад Генерального директора Всемирной организации здравоохранения о здоровье населения мира и внешней политике

Резюме

Настоящий доклад содержит описание усилий, прилагаемых в целях осуществления рекомендаций, содержащихся в резолюции 67/81 Генеральной Ассамблеи по вопросам здоровья населения мира и внешней политики.

Доклад содержит подборку и анализ прошлого и нынешнего опыта государств-членов в использовании методов решения задач по продвижению к достижению всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами и его обеспечению. В нем рассматриваются связи с определяемыми на национальном уровне минимальными стандартами социальной защиты и меры по обеспечению совместного использования, создания и укрепления институционального потенциала в целях оказания содействия в разработке политики, основанной на наиболее полной информации о формате систем всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами, включая вопросы отслеживания потоков финансовых средств, расходуемых на здравоохранение, с использованием стандартных систем бухгалтерского учета.

В докладе также приводятся результаты первоначального анализа значения и роли партнерств в достижении более значимых показателей развития системы здравоохранения и решении проблем, с которыми сталкиваются сектор здравоохранения и действующие в нем субъекты, включая проблемы, связанные с



продвижением по пути к обеспечению всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами.

В заключительных положениях признается важная роль взаимосвязей между здоровьем населения и внешней политикой. В них особо подчеркивается важность обеспечения всеобщего доступа к качественным услугам в области здравоохранения и защиты от финансового риска, являющихся двумя элементами всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами, позволяющего добиться укрепления здоровья и повышения экономического благосостояния населения. Также подчеркивается важная роль наличия своевременной и достоверной информации, облегчающей странам процесс разработки и осуществления политики, направленной на приближение к всеобщему охвату населения медико-санитарными услугами и его обеспечению, при соблюдении требований в отношении обмена опытом между странами и наращивания потенциала.

Содержание

	<i>Стр.</i>
I. Введение	3
II. Всеобщий охват населения медико-санитарными услугами и социальная защита	4
III. Опыт отдельных стран	6
IV. Формирование и укрепление потенциала отдельных стран в целях обеспечения всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами	11
V. Создание благоприятных условий посредством формирования партнерств	15
VI. Выводы	19

I. Введение

1. В резолюции 67/81 Генеральной Ассамблеи с особой обеспокоенностью было отмечено, что право на обеспечение максимально возможного уровня физического и психического здоровья продолжает оставаться весьма отдаленной целью для миллионов людей, частично в связи с тем, что они не могут позволить себе оплачивать медицинские услуги в месте их предоставления, а частично в связи с тем, что необходимость осуществления такого рода платежей удерживает их от обращения за получением необходимой медицинской помощи или продолжения лечения. Особое внимание обращалось на необходимость обеспечения всеобщего доступа к услугам в области здравоохранения надлежащего качества на основе первичной медико-санитарной помощи при наличии доступа к возможностям получения основных лекарственных средств и других медицинских услуг наряду с необходимостью финансирования здравоохранения и создания систем социальной защиты в целях предотвращения финансовой катастрофы или обнищания людей в связи с осуществлением значительных по своему объему наличных платежей.

2. Генеральная Ассамблея отметила, что предоставление услуг в области здравоохранения должно учитываться в качестве важного элемента осуществления Целей в области развития, затрагивающего вопросы профилактики, лечения, реабилитации и паллиативной терапии, а также поощрения надлежащей практики предоставления услуг здравоохранения.

3. Генеральная Ассамблея приветствовала итоги ряда совещаний высокого уровня по вопросам здравоохранения, устойчивого развития и всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами, а также принятие по их результатам резолюций, включая резолюции 65/277, 66/2 и 66/288, в которых подчеркивается важная роль обеспечения всеобщего охвата населения услугами системы здравоохранения и устойчивого развития.

4. Государствам-членам было предложено признать наличие взаимосвязи между переходом к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью и многими другими аспектами международной политики, такими как социальное измерение глобализации, сплоченность и стабильность, всеобъемлющий и равноправный рост и устойчивое развитие, а также устойчивость национальных механизмов финансирования. Особое внимание уделялось наличию взаимосвязи между всеобщим охватом населения медико-санитарными услугами и механизмами социальной защиты, включая определяемые на национальном уровне минимальные нормы социальной защиты. Государствам-членам также было предложено принять меры, направленные на сокращение масштабов неравенства в сфере здравоохранения и обеспечение устойчивого развития на основе использования многоотраслевого подхода, предполагающего приоритетное внимание к детерминантам здоровья, включая использование в случае необходимости подхода, предполагающего учет интересов здоровья населения во всей проводимой политике.

5. Резолюция призвала государства-члены оценить роль всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами в достижении всех взаимосвязанных Целей развития тысячелетия, с обеспечением в качестве конечного результата более здорового образа жизни, в первую очередь, для женщин и детей; а также обеспечить развитие систем финансирования здравоохранения таким образом,

чтобы не допускать значительных прямых платежей в момент предоставления услуг путем предварительной оплаты с последующим объединением финансовых взносов в систему здравоохранения. Одновременно с этим государствам-членам было рекомендовано продолжить осуществление инвестиций в системы оказания медицинской помощи и их укрепление в интересах сохранения и расширения перечня и повышения качества услуг в контексте адекватного удовлетворения потребностей населения в части охраны здоровья.

6. Генеральная Ассамблея также просила Генерального секретаря представить Ассамблее на ее шестьдесят восьмой сессии по пункту, озаглавленному «Здоровье населения мира и внешняя политика», доклад, содержащий подборку и анализ прошлого и нынешнего опыта государств-членов в продвижении по пути обеспечения всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами, в том числе в его привязке к определяемым на национальном уровне минимальным стандартам социальной защиты. Доклад также должен содержать информацию о методах совместного использования странами информации об их собственном опыте и усилиях по созданию и укреплению их институционального потенциала в целях получения данных и фактов, необходимых для принятия решений, касающихся формата систем здравоохранения и финансирования здравоохранения в целях продвижения к обеспечению всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами. В этом контексте была подчеркнута необходимость отслеживания потоков средств, расходуемых на здравоохранение, на основе применения стандартных систем бухгалтерского учета.

II. Всеобщий охват населения медико-санитарными услугами и социальная защита

7. Всеобщий охват населения медико-санитарными услугами предполагает, что все люди получают необходимые им услуги в области здравоохранения без риска финансового краха, вызванного оплатой этих услуг. Это затрагивает два взаимосвязанных принципа охвата услугами, а именно, получение необходимой медицинской помощи (высокого качества) и защиту от финансовых рисков, обеспечивающую, что никто не обеднеет в результате осуществления наличных платежей.

8. Доступ к необходимым услугам в области профилактики, лечения, реабилитации и паллиативной терапии, а также поощрение надлежащей практики предоставления услуг здравоохранения помогают людям сохранять и укреплять свое здоровье. Они также обеспечивают защиту их экономических средств к существованию, позволяя детям учиться, а взрослым — работать и зарабатывать на жизнь. Компонент, предполагающий защиту от финансовых рисков, предотвращает обнищание людей в связи с необходимостью осуществления наличных платежей за оказываемые медицинские услуги. Одновременно с этим люди рассматривают систему всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами с точки зрения собственных интересов — она обеспечивает гарантии наличия, доступности и приемлемости по стоимости услуг в области здравоохранения, которые могут им потребоваться в течение их жизни, содействуя тем самым их душевному спокойствию.

9. Всеобщий охват населения медико-санитарными услугами способствует прогрессу на пути к обеспечению устойчивого развития и предоставляет воз-

возможности использования достигнутых на этом пути результатов и проведения оценки прогресса в контексте устойчивого развития. Важность обеспечения всеобщего охвата была отмечена на Конференции Организации Объединенных Наций по устойчивому развитию (см. резолюцию 66/288 Генеральной Ассамблеи). Другие международные мероприятия укрепили необходимость такого охвата, включая инициативу «Каждая женщина, каждый ребенок», начатую в сентябре 2010 года, и совещание высокого уровня Генеральной Ассамблеи по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, состоявшееся в сентябре 2011 года.

10. Задача системы социальной защиты заключается в «предоставлении гарантий получения дохода и доступа к основным социальным услугам для всех граждан при уделении особого внимания уязвимым группам населения»¹. Гарантии получения дохода предполагают, что люди знают о том, что они будут получать достаточные доходы для обеспечения своего существования в течение всей жизни вне зависимости от статуса занятости, и эти гарантии обычно обеспечиваются за счет денежных трансфертов, например пособий по уходу за ребенком, пособий по беременности и родам, пособий по безработице и пенсий по старости. Другой взаимосвязанный аспект касается доступа по крайней мере к базовому уровню *всех* основных услуг, в число которых входит водоснабжение и санитария, образование, обеспечение продовольственной безопасности, обеспечение жильем и здравоохранение.

11. Термин «социальная программа охраны здоровья» в настоящее время широко используется для характеристики механизмов социальной защиты, действующих непосредственно в сфере здравоохранения. Такого рода программа предполагает, в частности, осуществление денежных трансфертов, связанных с болезнью и инвалидностью, а также защиту от финансовых рисков в связи с осуществлением платежей за медицинские услуги. Вторым компонентом является доступ к основным видам медицинской помощи.

12. Всеобщий охват населения медико-санитарными услугами имеет большое значение для каждого из этих двух компонентов социальной программы охраны здоровья. Компонент системы всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами, связанный с защитой от финансовых рисков, способствует гарантированному доходу. Он предотвращает обнищание людей или возникновение у них серьезных финансовых трудностей из-за осуществления наличных платежей за медицинские услуги. Охват необходимыми услугами в области здравоохранения способствует укреплению компонента системы социальной защиты, связанного с предоставлением основных услуг.

13. Совместная инициатива Организации Объединенных Наций, МОТ и ВОЗ по обеспечению минимального уровня социальной защиты, в ходе осуществления которой две последние организации выступали в качестве ведущих учреждений, стала одной из девяти инициатив Организации Объединенных Наций, предпринятых в рамках реагирования на недавний финансовый кризис. В рамках этой инициативы странам было предложено обеспечить минимальные уровни социальной защиты, с тем чтобы их население располагало гарантиями получения дохода и доступа к важнейшим услугам даже во время финансово-экономического кризиса.

¹ International Labour Organization. "Social Protection Floor for a Fair and Inclusive Globalization" (Geneva, 2011).

14. Усилия, прилагаемые в целях формирования систем здравоохранения отдельных стран для решения задачи по обеспечению всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами, играют ключевую роль в контексте компонента здравоохранения в рамках обеспечения минимального уровня социального обеспечения с точки зрения предоставления гарантий, включающих оказание необходимых услуг здравоохранения и защиту от финансовых рисков, связанных с охраной здоровья. Всеобщий охват населения медико-санитарными услугами предполагает достижение цели по повышению стандартов защиты от рисков, а также постепенное расширение со временем охвата необходимыми высококачественными услугами в области здравоохранения и защитой от финансовых рисков. Всеобщий охват населения медико-санитарными услугами и социальная программа охраны здоровья отражают целый ряд важнейших политических задач, стоящих перед всеми странами, однако они не предполагают создание какого-либо конкретного набора институциональных механизмов в системе здравоохранения. Опыт отдельных стран свидетельствует о том, что положительный результат может быть получен с использованием различных подходов, при том что этот опыт позволяет получить представление о неких важнейших принципах и общих признаках.

III. Опыт отдельных стран

15. Проблемы, связанные с переходом к системе всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами с последующим сохранением достигнутых результатов, не ограничиваются в рамках какой-то отдельной группы стран. Даже страны с высоким уровнем доходов, население которых, как правило, располагает широким доступом к качественным услугам в области здравоохранения при наличии эффективных механизмов обеспечения защиты от финансовых рисков, испытывают постоянное давление в плане расширения объема услуг и обеспечения защиты от финансовых рисков в условиях стареющего населения, растущих запросов населения и использования новых и в большинстве случаев более дорогих технологий. Сохраняющиеся последствия финансового кризиса также создают дополнительные финансовые трудности для стран, стремящихся поддерживать достигнутые в прошлом результаты.

16. Несмотря на это, столь непохожие друг на друга страны с низким и средним уровнем доходов, как Бразилия, Гана, Индонезия, Китай, Марокко, Руанда, Сьерра-Леоне, Таиланд, Турция и Эквадор, относятся к многочисленной группе стран, предпринявших усилия по преобразованию своих систем здравоохранения в целях ускорения достижения всеобщего охвата. Только в сфере финансирования здравоохранения более 80 стран обратились к Всемирной организации здравоохранения за получением технических консультаций по методам преобразования их систем финансирования здравоохранения после опубликования Доклада о состоянии здравоохранения в мире за 2010 год «Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью»².

² Доклад о состоянии здравоохранения в мире "Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью". Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 год.

17. Их опыт показал, что ускорение процесса перехода к всеобщему охвату населения медико-санитарными услугами требует принятия конкретных мер, направленных на укрепление систем здравоохранения и формирование благоприятных условий для их развития в целях оказания эффективного содействия в достижении более успешных результатов мероприятий по охране здоровья, улучшению социального самочувствия и повышении экономического благосостояния населения. Существуют многочисленные препятствия: некоторые из них отмечаются в финансовой сфере, другие — в вопросах администрирования, третьи имеют политический характер; и большинство стран сталкивается с комплексом проблем. В связи с этим не существует какого-либо универсального рецепта. Каждая страна должна выбрать свой собственный путь удовлетворения потребностей и решения проблем, характерных для нее, и использовать возможности, открывающиеся с учетом национальных особенностей.

18. Несмотря на это, некоторые общие темы возникают. Переход к всеобщему охвату населения медико-санитарными услугами является динамичным процессом. Речь идет не просто об установленном минимальном наборе услуг в области здравоохранения, а о достижении прогресса по нескольким направлениям: спектр доступных для населения услуг и их качество; доля покрываемых затрат, связанных с их оказанием; и доля охваченного этими услугами населения. Обеспечение доступности, качества и использования необходимых услуг в области здравоохранения требует наличия целого ряда компонентов, включая всеобщий доступ к основным лекарственным средствам, изделиям медицинского назначения и технологиям; достаточную численность мотивированных медико-санитарных работников соответствующей квалификации, находящихся вблизи мест проживания населения; и функционирование информационных систем, своевременно предоставляющих информацию для принятия решений.

19. Системы финансирования здравоохранения, которые могут обеспечить получение вблизи от места жительства качественных услуг в области здравоохранения, а также доступ к ним без опасений в отношении возникновения финансовых трудностей требуют принятия мер по одному или по всем следующим направлениям: увеличение объема поступлений для системы здравоохранения; обеспечение доступности по стоимости услуг в области здравоохранения с использованием механизмов предоплаты с последующим объединением финансовых ресурсов (поступления центрального правительства, системы страхования или их сочетание); и безусловное обеспечение использования имеющихся средств как можно более эффективным и справедливым образом.

20. Одним из многочисленных возможных примеров является Чили, начавшая в середине 2000-х годов процесс реформирования, предполагающий внедрение принципов справедливости в отношении доступа к услугам в области здравоохранения, качества услуг и защиты от финансовых рисков. Страна начала реформу с незначительного увеличения налога на добавленную стоимость, резервируемого для специальных целей, направляя дополнительные средства в механизм, гарантирующий доступ к услугам в области здравоохранения всем гражданам при соблюдении определенного набора условий, который со временем был расширен, а также установила стандарты качества лечебных процедур и четкие ограничения в отношении времени ожидания и оплаты за наличный расчет.

21. Гана сформировала свою Национальную программу медицинского страхования (НПМС) в течение последнего десятилетия в условиях мощной политической поддержки. НПМС позволила стране добиться значительного прогресса в переходе от системы финансирования здравоохранения, основанной на непосредственной оплате в месте получения услуги, и она является первой общенациональной программой социальной защиты Ганы в сфере охраны здоровья, охватывающей группы сельского и малоимущего населения в рамках того же самого страхового пула, который действует в отношении тех, кто занят в формальном секторе экономики и осуществляет взносы в систему обязательного медицинского страхования³.

22. Таиланд имеет длительную историю реформирования системы здравоохранения. После преимущественного использования в 1990-х годах программ медицинского страхования, основанных на взносах, Таиланд провел в 2002 году масштабную реформу, обеспечившую охват медико-санитарными услугами всего населения, не охваченного ни одной из официальных программ социального обеспечения. Схема всеобщего охвата населения полностью финансируется за счет поступлений центрального правительства, при этом средства на национальном уровне вносятся в общий фонд независимого государственного учреждения, заключающего контракты с государственными и частными поставщиками услуг в целях обеспечения доступа и финансовой защиты в отношении определенного набора услуг. Проведенный недавно анализ показал, что эта реформа позволила добиться существенных результатов как с точки зрения справедливости в использовании услуг, так и с точки зрения защиты от финансовых рисков, при этом использованные методы заключения контрактов и осуществления платежей позволили добиться этих результатов при относительно низких затратах по сравнению с большинством других стран⁴.

23. Это только некоторые из недавних примеров. Несмотря на различия в деталях, к числу неких общих параметров систем финансирования здравоохранения, позволивших добиться существенного прогресса в переходе к Всеобщему охвату населения медико-санитарными услугами, относятся: а) преобладающая роль в основной части поступлений системы здравоохранения государственных источников или источников, связанных обязательной предварительной оплатой, что имеет особое значение для обеспечения доступа малоимущих и уязвимых групп населения; б) схемы объединения финансовых ресурсов, позволяющие добиться максимально возможного потенциала распределения рисков в отношении этих поступлений за счет сокращения масштабов их фрагментации или смягчения ее последствий; и в) переход к стратегическим закупкам услуг, то есть использование информации как о потребностях населения в медицинской помощи, так и данных о показателях деятельности поставщиков услуг в качестве основы при распределении поступлений среди поставщиков услуг в сфере здравоохранения.

³ World Health Organization. Ghana: coverage expansion through political commitment and innovative policy choices. Ситуационное исследование, представленное Всемирной организацией здравоохранения при поддержке Министерства иностранных и европейских дел Франции в соответствии с инициативой в отношении финансирования сектора здравоохранения. 2011. http://www.who.int/providingforhealth/PH4_Ghana_success_story.pdf.

⁴ Evans, TG, MR Chowdhury, D Evans, AH Fidler, M Lindelow, A Mills, X Scheil-Adlung. Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An independent assessment of the first 10 years (2001–2010), synthesis report. 2011.

24. В некоторых странах изменения стратегий финансирования системы здравоохранения были тесным образом связаны с трансформацией общих механизмов социальной защиты. Например, в 2009 году Буркина-Фасо начала политический диалог с участием большого числа заинтересованных сторон в целях установления национального минимального уровня социальной защиты. В рамках этого процесса ключевым компонентом стали вопросы охраны здоровья. Было высказано предложение о создании универсальной схемы медицинского страхования, имеющей своей целью объединение различных видов медицинского страхования в стране в рамках перехода к всеобщему охвату населения медико-санитарными услугами. Это рассматривается в качестве одного из элементов более масштабных механизмов социального страхования и социальной защиты.

25. Распространение охвата системы социальной защиты путем установления определяемых на национальном уровне минимальных уровней социальной защиты является приоритетной задачей для многих стран. В настоящее время уже имеется практический опыт более чем 35 развивающихся стран, которые расширили охват систем социальной защиты в течение последнего десятилетия, и после принятия Рекомендации о национальных минимальных уровнях социальной защиты Международной конференцией труда в июне 2012 года⁵,⁶ вопросам расширения охвата системы социальной защиты уделяется все большее внимание. Материалы недавно проведенных исследований из 15 развивающихся стран позволяют предположить, что эти мероприятия имеют своим результатом сокращения масштабов нищеты, уровня уязвимости и степени неравенства⁷.

26. Результаты усилий отдельных стран по развитию систем финансирования здравоохранения и оказания медицинских услуг в целях перехода к всеобщему охвату населения медико-санитарными услугами находят свое отражение в улучшении показателей степени охвата важнейшими мероприятиями по оказанию медицинской помощи и защите от финансовых рисков. Например, ежегодные доклады об осуществлении Целей развития тысячелетия свидетельствуют о значительном увеличении после 2000 года доли людей, охваченных большинством мероприятий, имеющих целью улучшение состояния здоровья матерей и детей и борьбу с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией. В развивающихся странах доля деторождений при квалифицированном родовспоможении увеличилась в течение периода 2000–2011 годов с 59 до 66 процентов. В странах Африки, расположенных к югу от Сахары, доля детей, спящих под обработанными инсектицидами защитными сетками, увеличилась с 2 до 39 процентов, при этом в течение периода 2009–2010 годов был зафиксирован максимальный ежегодный прирост числа людей, получающих антиретровирусную терапию для лечения ВИЧ или СПИДа.

⁵ International Labour Organization. Building a social protection floor in Mozambique. Feature story, 10 October 2011 http://www.ilo.org/global/meetings-and-events/regional-meetings/africa/arm-12/WCMS_164843/lang--en/index.htm [по состоянию на 22 августа 2013 года].

⁶ International Labour Conference, 101st session. R202 - Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202).

⁷ United Nations Development Programme/International Labour Organization/Global South-South Development Academy. Successful Social Protection Floor Experiences. UNDP, New York, 2011.

27. К 2007 году более чем в 130 странах существовали перечни основных лекарственных средств, и в течение последних пяти лет в 81 проценте стран с низким уровнем доходов, входящих в их число, эти перечни были обновлены.

28. Бразилия, Чили, Коста-Рика, Куба, Нидерланды и Германия относятся к числу стран, создающих интегрированные сетевые системы оказания медицинских услуг в целях обеспечения медицинского обслуживания населения на равноправной, комплексной и непрерывной основе; проводимые в ряде других стран реформы в настоящее время направлены на решение организационных, финансовых и кадровых проблем в сфере первичного медико-санитарного обслуживания.

29. Эти усилия по укреплению систем здравоохранения и развитию социальных программ охраны здоровья являются одной из основных причин снижения коэффициентов детской и материнской смертности в большинстве регионов мира начиная с 2000 года, хотя улучшение ситуации в этой области также может быть связано и с улучшением социально-экономических условий в целом. В течение периода 2005–2011 годов динамика индекса развития человеческого потенциала свидетельствует об улучшении ситуации во всех регионах мира с точки зрения состояния здоровья, образования и национального дохода, при этом наиболее быстрыми темпами ситуация улучшается в наименее развитых странах. Сокращается и доля мирового населения, живущего в условиях нищеты.

30. Также можно наблюдать прогресс с точки зрения охвата системой защиты от финансовых рисков в области здравоохранения. В течение периода 2005–2011 годов среднестрановые показатели использования наличных платежей для финансирования системы здравоохранения сократились во всех регионах, и наоборот, увеличились объемы финансирования на основе предоплаты и совместного финансирования, что предполагает защиту от финансовых рисков. В ряде стран был достигнут особенно значимый прогресс. В 29 странах, характеризующихся различным уровнем доходов и находящихся в различных регионах, после 2005 года доля наличных платежей в финансировании расходов на здравоохранение сократилась по крайней мере на 25 процентов.

31. Несмотря на это, многое еще предстоит сделать. Согласно существующим оценкам, 1000 млн. человек в мире из числа малоимущих до сих пор не получают необходимых им услуг в области здравоохранения. Например, доля деторождений при квалифицированном родовспоможении увеличилась в странах Африки к югу от Сахары в течение периода 2000–2011 годов с 44 лишь до 48 процентов, что намного отстает от цели обеспечения 100-процентного охвата такого рода услугами. Охват многими услугами в области здравоохранения, необходимыми для предотвращения или лечения неинфекционных заболеваний, рассматривается в качестве недостаточного во многих регионах мира, несмотря на отсутствие в полном объеме соответствующих данных. Между отдельными странами сохраняются существенные различия в масштабах охвата систем здравоохранения и степени защиты от финансовых рисков.

32. Многие страны продолжают сталкиваться с проблемой серьезного дефицита кадров медицинских работников и удержания их в районах, характеризующихся низким уровнем медицинского обслуживания. Доступ к приемлемым по стоимости основным лекарственным средствам характеризовался более высокими показателями в течение периода 2007–2011 годов по сравнению с

предшествующим пятилетним периодом, однако наличие основных (непатентованных) лекарственных средств в выборке стран, характеризующихся низким уровнем доходов и уровнем доходов ниже среднего, было обеспечено лишь приблизительно в 50 процентах государственных медицинских учреждений и 67 процентах частных учреждений⁸. Информационные системы в основном по-прежнему неспособны обеспечивать получение данных о масштабе охвата при осуществлении большинства мероприятий, имеющих своей целью профилактику и лечение неинфекционных заболеваний.

33. Несмотря на увеличение объемов расходов на здравоохранение, во многих странах продолжает отмечаться недостаток финансовых ресурсов для обеспечения всеобщего охвата даже минимальным набором услуг в области здравоохранения (включая обеспечение профилактики, лечения, реабилитации и паллиативной терапии, а также поощрение надлежащей практики предоставления услуг здравоохранения). По оценкам Целевой группы высокого уровня по инновационному международному финансированию систем здравоохранения, странам для обеспечения охвата даже минимальным набором услуг в 2009 году было необходимо расходовать 44 долл. США в расчете на душу населения с последующим увеличением этой суммы до 60 долл. США в 2015 году⁹. В 2010 году средние расходы на здравоохранение в расчете на душу населения в странах с низким уровнем доходов составляли 38 долл. США; 22 государства — члена Всемирной организации здравоохранения продолжают расходовать на здравоохранение менее 44 долл. США в расчете на душу населения с использованием всех источников средств, включая помощь со стороны доноров.

34. Показатели, характеризующие объемы наличных платежей, сохраняются на высоком уровне во многих странах. По имеющимся оценкам, 150 млн. человек оказываются перед лицом финансовой катастрофы в связи с тем, что они в недостаточной степени охвачены какой-либо формой защиты от финансовых рисков, и 100 млн. человек по этой причине опускаются ниже черты бедности.

IV. Формирование и укрепление потенциала отдельных стран в целях обеспечения всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами

35. Существует ряд имеющих особую важность платформ, которые могут быть использованы для определения направлений развития институционального и человеческого потенциала, необходимого в качестве основы для продвижения по пути обеспечения всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами. Первой из них является платформа медицинского обслуживания, предполагающая всеобъемлющий географический охват необходимым медицинским обслуживанием высокого качества, включая предоставление услуг по профилактике, лечению, реабилитации и паллиативной терапии, а также поощрение надлежащей практики предоставления услуг здравоохранения. Она играет важную роль в обеспечении равного доступа населения к необходимому медицинскому обслуживанию при развитии на приоритетной основе системы

⁸ Организация Объединенных Наций, "Глобальное партнерство в целях развития: от слов — к делу. Доклад Целевой группы по оценке прогресса в достижении ЦРТ, 2012 год" (Нью-Йорк, сентябрь 2012 года).

⁹ Все средние показатели являются невзвешенными, если не указано иное.

оказания услуг первичной медико-санитарной помощи, «приближенной к пациенту», дополненной надлежащей системой направления к специалистам, достаточной численностью квалифицированных кадров по необходимому спектру медицинских специальностей, наличием основных лекарственных средств и других медицинских технологий. Важную роль играет потенциал в сфере планирования и оказания необходимых и качественных услуг в области здравоохранения, а также в области разработки и использования на практике системы финансирования здравоохранения, способствующей оказанию соответствующих услуг.

36. Второй платформой является платформа доказательств. Она предполагает наращивание и сохранение институционального потенциала в целях получения доказательств и эффективного трансформирования доказательств в принимаемые на политическом уровне решения в отношении разработки, осуществления и среднесрочной корректировки политических программ и стратегий, ориентированных на обеспечение всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами. В этом контексте для целей мониторинга и оценки политики необходимо уделять внимание вопросам разработки, активизации, сохранения и расширения масштабов использования данных, получаемых в рамках традиционных систем медицинской информации, а также в результате проводимых мероприятий и исследований. Одним из важнейших элементов в этом плане является институционализация процессов, обеспечивающих отслеживание на регулярной основе расходов на здравоохранение — сколько, кем и на какие цели было израсходовано и какие результаты были получены.

37. Проведение всех видов исследований является одним из важных элементов разработки платформы доказательств. В Докладе Всемирной организации здравоохранения о состоянии здравоохранения в мире 2013 года, посвященном научным исследованиям в целях достижения всеобщего охвата населения медицинскими услугами, особое внимание уделяется важной роли национального потенциала в контексте проведения как клинических исследований, так и прикладных исследований по разработке политики¹⁰. Национальный потенциал по формированию, проведению анализа и использованию информации в рамках оказания поддержки процессам принятия решений имеет большое значение для страны при разработке носящих комплексный характер мер, имеющих своей целью продвижение к обеспечению всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами, отслеживание прогресса, прогнозирование и адаптацию к изменяющимся внешним условиям. При том что страны могут учиться на опыте друг друга, уникальные условия в каждой из них требуют наличия аналитического потенциала для адаптации уроков, извлеченных где бы то ни было, к местным условиям.

38. Например, в Кыргызстане усилия по наращиванию потенциала по проведению прикладных исследований в сфере политики в области охраны здоровья берут свое начало с 2000 года, и страна продолжала использовать их результаты при разработке и осуществлении программы реформ в сфере здравоохранения в течение последующего десятилетия. Например, исследование, проведение которого было заказано министром здравоохранения в отношении первого

¹⁰ Доклад о состоянии здравоохранения в мире. "Научные исследования в целях достижения всеобщего охвата населения медицинскими услугами", Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 год.

этапа реформ, имеющего своей целью уменьшение неформальных платежей, вносимых госпитализированными пациентами, позволило получить столь необходимые доказательства, которые убедили правительство и внешних партнеров в необходимости оказания поддержки в проведении такого рода реформ на общенациональном уровне¹¹.

39. Третья платформа имеет отношение к вопросам операционного потенциала и благого управления. Например, в сфере финансирования системы здравоохранения повышение эффективности и справедливости использования ресурсов на основе принципа «стратегических закупок» услуг должно предполагать возможность анализа данных об использовании услуг и деятельности их поставщиков с учетом результатов такого рода анализа при принятии решений о выделении средств. Большое значение имеет наличие нормативно-правовых инструментов, позволяющих обеспечить выполнение договорных обязательств и предусматривающих санкции в отношении поставщиков услуг в сфере здравоохранения, которые не смогли отчитаться перед пациентами. В свою очередь, обеспечение увязки этих мероприятий с общими и носящими системный характер задачам и усилиями по эффективному использованию средств требует наличия механизмов государственной подотчетности, таких как правление учреждения, отвечающее за принятие решений в отношении осуществления закупок.

40. Например, эстонский Фонд медицинского страхования содействует обеспечению подотчетности путем представления своего ежегодного отчета, который содержит не только данные об использовании его поступлений, представляемые на транспарентной основе, но и информацию о результатах его деятельности в сопоставлении с набором показателей, относящихся к вопросам доступа, качества, повышения ответственности граждан за собственное здоровье, эффективности использования ресурсов и внутренних оперативных процедур. Фонд на регулярной основе предоставляет информацию о результатах опросов, проводимых в целях изучения степени удовлетворенности населения, и неоднократно получал награду «Лидер в области учета в государственном секторе», что отражает его признание в качестве эстонской правительственной организации, представляющей наиболее транспарентный и содержательный по своему характеру ежегодный отчет¹².

41. Несмотря на то, что обучение методике проведения прикладных исследований в области здравоохранения и социальной политики является необходимым для наращивания потенциала, простое увеличение числа людей, обладающих соответствующими навыками, является недостаточным для обеспечения разработки политики на основе собранных доказательств. Предложение должно дополняться спросом на проведение соответствующих исследований и мониторинга со стороны ключевых лиц, принимающих решения. Помимо этого, страны должны найти надлежащие институциональные механизмы, позволяющие им удерживать обученных этим методам специалистов в целях обеспечения соответствия их деятельности приоритетам государственной политики

¹¹ Walford, V and N Gittins (2011). Strengthening the generation and use of evidence for health policy in Kyrgyz Republic. Report produced for the DFID Human Resource Development Centre, London.

¹² Habicht, T. Governing a single-payer mandatory health insurance system: the case of Estonia. In Savedoff, WD and P Gottret, eds. Governing Mandatory Health Insurance: learning from experience. 2008. Washington, DC: the World Bank.

при одновременном сохранении ее независимого и объективного характера. В данном вопросе необходимо достижение некоего компромисса, и принимаемые решения должны учитывать конкретные условия каждой отдельно взятой страны.

42. Основанный на доказательствах процесс подготовки политических решений в вопросах обеспечения всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами требует наличия надежной информации по многим вопросам, таким как, например, доступность и распределение исходных ресурсов в сфере здравоохранения, включая финансовые и людские ресурсы, лекарственные средства и прочие медицинские технологии и объекты инфраструктуры; текущий уровень охвата населения необходимым медицинским обслуживанием и системами защиты от финансовых рисков; оказанное воздействие на состояние здоровья людей и их экономическое благосостояние; а также природа возникновения неравенства во всех этих сферах.

43. В резолюции 67/81 особо отмечается необходимость отслеживания «потоков средств, расходуемых на здравоохранение, на основе применения стандартных систем бухгалтерского учета». Стандартная система отслеживания расходов на здравоохранение, известная как Система счетов сектора здравоохранения, была опубликована ОЭСР в 2000 году. На основании 10-летнего опыта использования в странах с самым разным уровнем доходов, в рамках сотрудничества ОЭСР, ЕВРОСТАТ и ВОЗ и на основании информации, полученной от многих других организаций, учреждений и экспертов по странам, была разработана пересмотренная версия, названная Системой счетов сектора здравоохранения 2011 года, или СССЗ-2011.

44. СССЗ-2011 отражает ориентированный на достижение политических целей подход для определения направленности финансовых потоков начиная с момента поступления денежных средств и заканчивая схемами финансирования в рамках системы здравоохранения. Что касается лиц, отвечающих за разработку национальной политики, то эффективная методология отслеживания расходов на здравоохранение позволит им приспособиться к быстро изменяющимся условиям и получать отзывы о реализуемых ими стратегиях и политических программах. Это позволяет обеспечить более оперативный характер процесса принятия решений и повышение в целом степени подотчетности в отношении потоков финансовых средств в сфере здравоохранения.

45. В настоящее время многие страны переходят к использованию СССЗ-2011. После ее опубликования более 50 стран получили помощь от действующих на международной и двусторонней основе организаций в подготовке персонала и наращивании потенциала в целях использования этих стандартов бухгалтерского учета. Вплоть до недавнего времени в основном страны с высоким уровнем доходов на регулярной основе отслеживали и предоставляли отчетные материалы о расходах в сфере здравоохранения и использовали эту информацию в процессах принятия политических решений. Однако в настоящее время все большее количество стран с низким и средним уровнем доходов предпринимают шаги в этом направлении, включая Либерию, Танзанию, Того, Бенин и Лаос.

46. Этому способствует и работа, проводимая в целях осуществления рекомендаций Комиссии ВОЗ по вопросам информации и подотчетности в отношении здоровья женщин и детей. К 2015 году 60 стран примут меры по отслежи-

ванию всех расходов на цели здравоохранения, расходов на охрану здоровья матери и ребенка (и, в большинстве случаев, по различным болезням и условиям возникновения заболевания) и оценке их эффективности с точки зрения полученных результатов.

V. Создание благоприятных условий посредством формирования партнерств

47. Декларация тысячелетия и Цель развития тысячелетия 8 дали мощный импульс процессам формирования новых партнерств в целях развития. Это послужило основой для достижения соглашения между развитыми странами, предоставляющими средства для реализации развивающимися странами усилий по сокращению масштабов нищеты и достижению других целей в области развития.

48. Однако деятельность в рамках партнерств в целях достижения более значимых результатов в развитии системы здравоохранения имеет более длительную историю. Всемирная организация здравоохранения в соответствии с ее Уставом уполномочена «действовать в качестве руководящего и координирующего органа в международной работе по здравоохранению»¹³. ВОЗ руководит сетью более чем из 800 учреждений в рамках деятельности центров сотрудничества ВОЗ. ВОЗ также играет ведущую роль в семи партнерствах, таких как партнерство «Остановить туберкулез» и Альянс за политику в области здравоохранения и системные исследования; а также выступает в качестве одного из доноров при реализации таких программ, как Африканская программа борьбы с онхоцеркозом.

49. В течение последнего десятилетия неуклонно увеличивалось количество глобальных партнерств, инициатив и других форм сотрудничества в области здравоохранения. Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) является по своей сути носящим инновационный характер партнерством¹⁴.

50. В Парижской декларации о повышении эффективности внешней помощи 2005 года и Аккрской программе действий 2008 года сформулированы принципы, призванные повысить эффективность помощи путем повышения ее качества и обеспечения согласованности действий всех партнеров в целях развития. Изложенных в этих документах принципов придерживаются более 130 стран и 28 международных организаций. В рамках Парижского и Аккрского процессов здравоохранению отводится ведущая и индикативная роль, при этом такие инициативы, как Международное партнерство в области здравоохранения, демонстрируют, что, несмотря на деятельность различных субъектов, уровень координации в области национальных стратегий развития здравоохранения может быть повышен.

51. В 2011 году Пусанский план партнерства в целях эффективного сотрудничества в области развития послужил сигналом изменения образа мышления и перехода от традиционного восприятия эффективности помощи к использова-

¹³ Статья 2 Устава ВОЗ.

¹⁴ Изложение миссии ЮНЭЙДС см. по адресу: <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2010/june/20100624prpcb/>.

нию более широкого и комплексного подхода к вопросам сотрудничества в целях развития, характеризующегося повышением внимания к учету внутренних и внешних ресурсов в их совокупности, а также к достигнутым результатам. Концепция взаимной подотчетности идет еще дальше, предполагая принцип внутренней подотчетности, в соответствии с которым национальные правительства несут ответственность перед гражданами и организациями гражданского общества за охрану здоровья населения.

52. Подход, принятый в Пусане, направлен на решение изменяющихся проблем в сфере развития, поскольку основная часть неимущего населения мира проживает в странах, относящихся к странам со средним уровнем доходов с учетом показателей их экономического роста. Официальная помощь в целях развития, объемы предоставления которой оказались под влиянием глобального финансово-экономического кризиса, уже не является единственным механизмом финансирования содействия в целях развития.

53. Сохранение результатов, достигнутых благодаря реализации программ, финансируемых за счет единовременного предоставления ресурсов богатыми странами в пользу бедных стран, требует использования нового подхода, предполагающего дополнение таких средств долгосрочными и предсказуемыми договоренностями о финансировании, являющимися составной частью национальных систем финансирования и управления. Средства, поступающие из внутренних источников, за счет налоговых поступлений, денежных переводов, льготного финансирования, осуществляемого за счет средств фондов, прямых иностранных инвестиций и глобальных солидарных налогов, играют все большую роль в предоставлении финансирования в целях развития.

54. После более чем 10 лет быстрого увеличения объемы помощи в целях развития в области здравоохранения стабилизировались. Число субъектов, действующих в сфере здравоохранения на национальном, региональном и международном уровнях, продолжало увеличиваться, что обостряет проблемы фрагментации, дублирования и высоких операционных издержек. Новые тенденции и новые потребности заставили пересмотреть место, роль и основные характеристики партнерств в целях обеспечения формирования повестки дня в области развития, способствующей преобразованиям, ориентированной на интересы человека и направленной на благо планеты.

55. Наряду с этим руководители стран мира неизменно признавали центральную роль здравоохранения в контексте развития в рамках проведения ряда политических мероприятий высокого уровня. В Рио-де-Жанейрской декларации было вновь подтверждено, что здоровье является необходимым условием и одновременно конечным результатом и показателем деятельности по осуществлению всех трех компонентов устойчивого развития. В ней также признавалось, что укрепленные и ориентированные на обеспечение справедливого всеобщего охвата системы здравоохранения выступают в качестве необходимого условия улучшения здоровья людей, укрепления социальной сплоченности и обеспечения устойчивого развития человеческого потенциала и экономического развития.

56. В Политической декларации по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними было признано, что НИЗ, выступающие в качестве фактора, способствующего нищете и голоду в развивающихся странах, представляют собой один из самых серьезных вызовов для развития в XXI веке. Этот поли-

тический процесс высокого уровня свидетельствует об осознании того, что лишь носящие многосекторальный характер меры реагирования на неинфекционные заболевания могут предотвратить возможное обнищание семей и даже банкротство стран во всех регионах мира.

57. Обсуждение процесса развития после 2015 года вновь подтвердило важнейшую роль партнерств в последующей повестке дня. В докладе Группы видных деятелей высокого уровня по изучению программы действий в области развития на период после 2015 года было указано на пять способствующих преобразованиям изменений в процессе перехода к устойчивому развитию. «Формирование нового глобального партнерства» было охарактеризовано в качестве «важнейшего изменения в рамках международного сотрудничества, обеспечивающего пространство для маневра в политике в целях осуществления внутренних преобразований»¹⁵. Доклад содержит предложение о формировании нового глобального партнерства с широким кругом участников, играющих конкретную роль: национальные правительства; местные органы власти; международные учреждения; коммерческие предприятия; организации гражданского общества; фонды, другие благотворители и инвесторы в социальную сферу; ученые и преподаватели; а также широкая общественность.

58. Всеобъемлющие партнерства знаменуют собой переход от традиционных отношений в формате «донор — получатель помощи» к концепции «партнеры по развитию». Партнерства, коалиции и инициативы в решении конкретных проблем продемонстрировали свою эффективность благодаря быстрому прогрессу, достигнутому в борьбе с такими заболеваниями, как ВИЧ, туберкулез и малярия. Инициатива «Каждая женщина, каждый ребенок», выдвинутая Генеральным секретарем, дала толчок уникальному глобальному движению за счет вовлечения в него высокопоставленных должностных лиц в разных странах и активизации работы субъектов, действующих в сфере здравоохранения на всех уровнях, в целях укрепления здоровья женщин и девочек.

59. Эти инициативы также приобретают все большее значение при мониторинге результатов и отслеживании объявленных и израсходованных ресурсов. Работа Комиссии по вопросам информации и подотчетности в отношении здоровья женщин и детей продемонстрировала растущую роль этой работы при выявлении проблем и определении надлежащих стратегий их решения.

60. В течение последнего десятилетия партнерства неизменно включали правительства, гражданское общество и частный сектор в качестве равноправных партнеров не только с точки зрения финансирования, но и в контексте управления и принятия решений. Сетевые организации охватывают политических деятелей, так же как и частных лиц на местном уровне и уровне общин. Новые информационные и коммуникационные технологии, включая социальные сети, изменили способы распространения информации, и новые группы получили право голоса и приобрели влияние.

61. Группа высокого уровня Генерального секретаря заслушала представителей более 5 тыс. организаций гражданского общества и 250 руководителей крупнейших корпораций. Более 800 тыс. человек приняли участие в опросе

¹⁵ С докладом Группы высокого уровня можно ознакомиться по адресу: http://www.un.org/sg/management/pdf/HLP_P2015_Report.pdf.

«Мой мир»¹⁶ и расположили в порядке приоритетности актуальные для них и их семей вопросы в контексте повестки дня в области развития на период после 2015 года. «Улучшение медицинского обслуживания» было отмечено в качестве второй по своему приоритету задачи в целом, а также в качестве второй по приоритету задачи в ответах 11 из 15 квинтильных групп населения, дезаггегированных по признаку пола, возраста, образования и уровня доходов.

62. Обеспечение устойчивого характера большого количества носящих адресный характер мер, принимаемых в целях развития сектора здравоохранения, может быть достигнуто путем их интеграции в качестве составных элементов национальной системы здравоохранения. Высокие темпы экономического роста в различных регионах мира не позволили обеспечить достижения соразмерных результатов в сфере оказания социальных услуг и повышения благосостояния населения. Все большее количество стран сталкивается с похожими вызовами — увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни и обеспечение всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами является актуальной проблемой для всех стран вне зависимости от уровня их развития. Схожий характер имеют не только проблемы, но и препятствия на пути их решения. Различия в уровне медицинского обслуживания и результатах мероприятий по охране здоровья являются лишь одними из них.

63. Значительный объем новых ресурсов, предназначенных для достижения ЦРТ, имеющих отношение к здравоохранению, мобилизуется в рамках партнерств, таких как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Альянс ГАВИ и Международный механизм закупок лекарств (ЮНИТЭЙД). Тем не менее страны, в наибольшей степени нуждающиеся в получении внешней помощи, как правило, не располагают должными механизмами по обеспечению ее использования. Многочисленные каналы финансирования могут исказить национальные приоритеты и отвлечь усилия от решения вопросов, требующих приоритетного внимания. Международное партнерство в области здравоохранения действует в целях согласования вопросов финансирования из национальных и международных источников и усилий по достижению определенных на национальном уровне целей и реализации соответствующих стратегий. Оно также предоставляет механизм проведения совместной оценки национальной политики и мониторинга результатов усилий по соблюдению принципов обеспечения эффективности помощи.

64. Системный подход, используемый в целях достижения более высоких показателей в сфере развития системы здравоохранения, требует внимания к социальным детерминантам здоровья. Скоординированные действия во всех секторах, осуществляемые в рамках оказания поддержки усилиям правительства и общества в целом, являются основой для улучшения медицинского обслуживания населения в целом. Принятие превентивных политических мер, предполагающих учет факторов риска, может основываться на опыте, полученном в секторе здравоохранения и в области охраны окружающей среды. Заболевания, связанные с состоянием окружающей среды, могли бы быть предотвращены путем включения вопросов здравоохранения и охраны окружающей среды в их взаимосвязи в национальные планы развития и наращивания потенциала на всех уровнях. Стратегический альянс в области здравоохранения и окружаю-

¹⁶ См. www.myworld2015.org.

щей среды действует в качестве основы для планов совместных действий и региональной платформы для межотраслевого диалога в Африке.

65. Подход к здравоохранению, основанный на обеспечении соблюдения прав человека, может способствовать повышению уровня ценовой приемлемости, доступности, пригодности и качества услуг и учреждений здравоохранения путем обеспечения вовлечения получателей соответствующих услуг во все дискуссии и их участия в процессах принятия решений в данной сфере. Неравенство и дискриминация в доступе к услугам в области здравоохранения продолжают оставаться важнейшими факторами, оказывающими влияние на возможность жить здоровой жизнью.

66. Традиционное техническое содействие уступает место рекомендациям по выработке политики на основе подхода «снизу вверх». В ее рамках большое внимание уделяется опыту практической работы, который может быть получен на основе трехстороннего сотрудничества, сотрудничества по линии Юг-Юг и государственно-частных партнерств. В Пусанской декларации было признано, что «характер и формы сотрудничества по линии Юг-Юг и вытекающие из этого обязанности отличаются от тех, которые относятся к сотрудничеству Север-Юг»¹⁷.

67. Такого рода партнерство рассматривается в большей степени с точки зрения солидарности и сотрудничества перед лицом глобальных вызовов. Охрана здоровья людей от новых и возникающих инфекционных заболеваний требует создания на глобальном уровне сети по отслеживанию случаев таких заболеваний и реагированию на них. Медицинские кадры и их повысившаяся мобильность требуют принятия решений на глобальном уровне — для многих развивающихся стран актуальны вопросы политики в отношении подготовки, распределения, удержания и мотивации персонала. Равноправный доступ к важнейшим услугам в области здравоохранения, а также к услугам по охране сексуального, репродуктивного и материнского здоровья продолжает оставаться основной проблемой для женщин во многих регионах мира.

VI. Выводы

68. **Население все более активно требует доступа к услугам в области здравоохранения высокого качества и по доступной цене, что лежит в основе обеспечения всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами. Всеобщий охват обеспечивает душевное спокойствие людей относительно того, что в экстренной ситуации они могут позволить себе воспользоваться необходимыми им услугами в области здравоохранения и эти услуги будут характеризоваться высоким качеством. Доступ к необходимому медицинскому обслуживанию также помогает им укреплять и поддерживать свое здоровье, предоставляя им возможность учиться, работать и получать доход. В связи с этим всеобщий охват населения медико-санитарными услугами является важнейшим компонентом устойчивого развития.**

¹⁷ С Пусанской декларацией можно ознакомиться по адресу:
http://effectivecooperation.org/files/OUTCOME_DOCUMENT_-_FINAL_EN2.pdf.

69. Он также тесно увязан с концепцией социальной защиты, и здоровье является важным элементом минимальных социальных гарантий. Всеобщий охват населения медико-санитарными услугами позволяет реализовать стремление к скорейшему повышению уровня социальной защиты, с тем чтобы каждый человек располагал доступом к необходимым ему услугам в области здравоохранения без финансовых препятствий или трудностей.

70. Обеспечение всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами также актуально для стран с самым разным уровнем доходов, поскольку все они в той или иной форме сталкиваются с проблемой дефицита ресурсов в условиях растущих потребностей населения и предъявляемого им спроса. Тем не менее путь к всеобщему охвату населения определяется особенностями каждой конкретной страны, при том что опыт отдельных стран свидетельствует о том, что в рамках любого подхода необходимо уделять внимание не только стратегиям финансирования системы здравоохранения, но и системе оказания медицинских услуг со всеми ее компонентами, а также социальным детерминантам здоровья.

71. Расширение возможностей стран по обмену опытом представляет собой один из важнейших методов обеспечения ускоренного продвижения вперед. Еще одним методом является наращивание потенциала отдельных стран в рамках разработки политики, основанной на убедительных доказательствах, и ее реализация с последующим проведением мониторинга и оценки ее результатов в целях обеспечения возможностей ее корректировки в случае необходимости.

72. Переход к всеобщему охвату населения медико-санитарными услугами должен основываться на использовании надежных информационных систем, позволяющих на своевременной основе получать данные и информацию, необходимые для выработки политики. Отслеживание потоков финансовых средств, направляемых на цели здравоохранения, с использованием стандартных процедур бухгалтерского учета является одним из важнейших элементов; и по мере все более широкого использования структуры Системы счетов сектора здравоохранения 2011 года страны получают согласованные на международном уровне руководящие указания в отношении подходов, которые могут быть использованы на практике.

73. Международное партнерство в области здравоохранения и смежных инициатив позволило определить семь методов, необходимых для повышения степени координации и согласованности действий в контексте оказания помощи, имеющей своей целью достижение конкретных результатов в сфере здравоохранения. Они ориентированы, среди прочего, на решение согласованных приоритетных задач, нашедших свое отражение в национальных стратегиях развития системы здравоохранения на основе проведения совместной оценки и мониторинга при сокращении масштабов общественной деятельности; отражение ресурсов в рамках бюджета и их использование в соответствии с национальными приоритетами и обязательствами; согласование систем финансового управления и осуществления закупок и приведение их в соответствие с усилиями по наращиванию потенциала в целях укрепления страновых систем и расширения возможностей их использования; обеспечение непрерывного обучения; а также пре-

доставление запланированного на стратегическом уровне и скоординированного технического содействия.

74. Доработка уже существующих инструментов поможет в формировании партнерств, которые будут способствовать внедрению технологических новшеств в процессы разработки новых медицинских услуг и медицинского оборудования при обеспечении обучения, профессиональной подготовки и выполнения должностных обязанностей медицинских работников в отношении их использования. Научные исследования в области разработки новых вакцин или лекарств будут способствовать обеспечению их доступности и ценовой приемлемости, а также борьбе с некондиционными/поддельными/ложно маркированными/фальсифицированными/контрафактными лекарствами.

75. Партнерства должны укреплять существующий национальный потенциал, а не создавать на него излишнюю нагрузку. Они должны в большей степени способствовать повышению качества помощи, чем увеличению ее объемов. Вместо количественного роста требований в отношении отчетности и показателей необходимо использовать системный подход, в рамках которого система здравоохранения рассматривается во всей своей совокупности. Партнерства, сформированные на основе общих целей и чувства ответственности большого числа участников, объединенных общими интересами, могут способствовать разработке долгосрочных решений при одновременном преодолении текущих проблем.