



Генеральная Ассамблея

Distr.: General
13 August 2012
Russian
Original: English

Шестьдесят седьмая сессия

Пункт 70(b) предварительной повестки дня*

**Поощрение и защита прав человека:
вопросы прав человека, включая
альтернативные подходы в деле содействия
эффективному осуществлению
прав человека и основных свобод**

Право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья

Записка Генерального секретаря

Генеральный секретарь имеет честь препроводить членам Генеральной Ассамблеи промежуточный доклад, подготовленный Специальным докладчиком по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

* A/67/150.



Промежуточный доклад Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья

Резюме

В настоящем докладе рассматривается вопрос о финансировании здравоохранения в контексте права на здоровье. Полное осуществление права на здоровье зависит от надлежащего, справедливого и устойчивого финансирования здравоохранения как на государственном, так и на международном уровнях. В этой связи в настоящем докладе обсуждается обязательство государств обеспечивать надлежащее, справедливое и устойчивое финансирование здравоохранения. В докладе рассматриваются три важнейших вопроса, связанных с финансированием здравоохранения: каким образом государства обеспечивают выделение достаточных средств на цели здравоохранения и источники поступления этих средств; каким образом эти средства объединяются; и каким образом средства и ресурсы распределяются в рамках систем здравоохранения для обеспечения всеобщего доступа к медицинским учреждениям, товарам и услугам хорошего качества. В связи с этим Специальный докладчик анализирует также ряд вопросов существа, в том числе вопросы налогообложения и международного финансирования здравоохранения; механизмы объединения ресурсов, включая социальное медицинское страхование; и проблемы с распределением средств, например с распределением выделяемых на цели здравоохранения средств и ресурсов между первичной, вторичной и третичной медицинской помощью и распределением ресурсов между сельскими, удаленными и городскими районами. В заключительной части своего доклада Специальный докладчик приводит ряд рекомендаций относительно выделения достаточных ресурсов на цели здравоохранения, объединения ресурсов и справедливого распределения средств, выделяемых на цели здравоохранения.

Содержание

	<i>Стр.</i>
I. Введение	4
II. Концептуальная основа	5
A. Обеспечение выделения достаточных средств и определение приоритетности финансирования здравоохранения	6
B. Объединение и распределение средств и ресурсов, выделяемых на цели здравоохранения	8
C. Международная помощь	9
III. Вопросы существа, касающиеся финансирования здравоохранения	10
A. Выделение достаточных средств на цели здравоохранения	10
B. Объединение средств, выделяемых на цели здравоохранения, на национальном уровне	18
C. Распределение средств и ресурсов на цели здравоохранения	24
IV. Заключение и рекомендации	27

I. Введение

1. Полное осуществление права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья зависит от надлежащего, справедливого и устойчивого финансирования здравоохранения на государственном и международном уровнях. В связи с этим в настоящем докладе рассматривается вопрос о финансировании здравоохранения в контексте права на здоровье. В докладе обсуждается обязательство государств обеспечивать надлежащее, справедливое и устойчивое финансирование здравоохранения и предлагается концептуальная основа для подхода к финансированию здравоохранения, основанного на соблюдении права на здоровье. В частности, в докладе рассматриваются обязательства государств выделять достаточные средства на цели здравоохранения и уделять первоочередное внимание формированию национальных бюджетов здравоохранения; обеспечивать справедливое распределение средств и ресурсов на цели здравоохранения; и осуществлять международное сотрудничество с целью обеспечить устойчивое международное финансирование здравоохранения. В этой связи в докладе анализируется также ряд вопросов существа, в том числе вопросы налогообложения и международного финансирования здравоохранения; механизмы объединения ресурсов, включая социальное медицинское страхование; и проблемы с распределением средств, например с распределением выделяемых на цели здравоохранения средств и ресурсов между первичной, вторичной и третичной медицинской помощью и распределением ресурсов между сельскими, удаленными и городскими районами.

2. В настоящее время финансирование здравоохранения осложняется постоянной нехваткой ресурсов и периодическим возникновением в различных странах мира проблем с финансированием систем здравоохранения. Во многих странах объемы государственных расходов на здравоохранение являются слишком низкими из-за недостаточной приоритетности вопросов здравоохранения в бюджете и, в ряде случаев, из-за отсутствия достаточного объема государственных средств в абсолютном выражении. Кроме того, во многих странах ненадлежащее финансирование государством сферы здравоохранения в первую очередь объясняется недостатками в структурах управления. Зачастую потенциал государств в отношении сбора налогов и выделения достаточных объемов государственных средств на цели здравоохранения ослабляется вследствие широкого распространения коррупции, наличия лазеек в налоговом законодательстве и слабого управления налоговой деятельностью, характеризующейся значительным количеством случаев уклонения от уплаты налогов. В плане финансирования своих систем здравоохранения многие государства чрезмерно полагаются на практику оплаты услуг гражданами из собственного кармана, а также на международное финансирование. Вместе с тем, как показал недавний финансовый кризис, международное финансирование здравоохранения не поддается прогнозам и характеризуется нестабильностью, а практика оплаты медицинских товаров и услуг из личных средств граждан в несоразмерной степени сказывается на малоимущих слоях населения, которые вынуждены тратить на здравоохранение значительно большую часть своих доходов, чем состоятельные пациенты. Как следствие, для многих малоимущих семей плата за медицинские услуги из своего кармана означает финансовый крах и разорение, поэтому многие боятся даже обращаться за медицинской помощью.

3. В рамках подхода к финансированию здравоохранения, основанного на соблюдении права на здоровье, признается необходимость установить надлежащий баланс между государственным и частным финансированием здравоохранения, а также между государственными и частными структурами, в ведении которых находятся медицинские учреждения, товары и услуги. Вместе с тем глобальная тенденция к приватизации в системах здравоохранения сопряжена с существенными рисками в плане обеспечения наличности и доступности медицинских учреждений, товаров и услуг на справедливых условиях, в первую очередь для малоимущих и других уязвимых и маргинализированных групп населения. Во многих случаях приватизация привела к увеличению личных расходов граждан на медицинские товары и услуги, непропорциональному вложению инвестиций в секторы предоставления вторичной и третичной медицинской помощи в ущерб первичной медико-санитарной помощи, а также к неравенству в плане обеспечения наличия медицинских учреждений, товаров и услуг в сельских, удаленных и городских районах.

4. С учетом таких глобальных тенденций и проблем с финансированием здравоохранения подход к финансированию здравоохранения, основанный на соблюдении права на здоровье, становится особенно важным. Он создает основу для того, чтобы в государственных бюджетах здравоохранению придавалось первостепенное значение, чему способствует активное и осознанное участие заинтересованных граждан и общин в формировании, исполнении, контроле и оценке бюджетов здравоохранения. В рамках этого подхода предусматривается справедливое распределение средств и ресурсов, выделяемых на цели здравоохранения, и признается чрезвычайно важная роль международной помощи в обеспечении выделения достаточных средств и технических ресурсов на цели здравоохранения во всем мире, особенно в странах с низким уровнем дохода. В этом подходе делается особый упор на необходимости приоритетного финансирования первичной медико-санитарной помощи при установлении баланса между финансированием секторов, занимающихся предоставлением первичной, вторичной и третичной помощи. Наконец, в рамках подхода, основанного на соблюдении права на здоровье, учитывается неравномерное распределение ресурсов между сельскими, удаленными и городскими районами и от государств требуется выделять средства и ресурсы на цели здравоохранения в сельских и удаленных районах на справедливой основе, что позволит обеспечить наличие и доступность в этих районах медицинских учреждений, товаров и услуг хорошего качества на основе принципа недискриминации.

II. Концептуальная основа

5. Финансирование здравоохранения является одним из основных компонентов права на здоровье и играет важную роль в полном осуществлении права на здоровье, как это отмечается в статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах и подробнее описывается в Замечании общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам. В ряде других международных и региональных документов, таких как Алма-Атинская декларация, принятая на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи в 1978 году, и Абуджийская декларация по проблеме ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и других связанных с ними инфекционных заболеваний, принятая Африканским союзом в 2001 году, также

признается центральная роль финансирования здравоохранения для обеспечения стабильности и эффективности работы систем здравоохранения и для достижения международных целей в области развития. В этой связи государства обязаны обеспечить надлежащее, справедливое и устойчивое финансирование здравоохранения. Основные вопросы, связанные с финансированием здравоохранения, заключаются в следующем: каким образом государства обеспечивают выделение на цели здравоохранения достаточных средств и источники поступления этих средств; каким образом эти средства объединяются; и каким образом средства и ресурсы распределяются в рамках систем здравоохранения для обеспечения всеобщего доступа к медицинским учреждениям, товарам и услугам хорошего качества. Подход, основанный на соблюдении права на здоровье, предлагает концептуальную основу, посредством которой можно решить каждый из указанных основных вопросов.

А. Обеспечение выделения достаточных средств и определение приоритетности финансирования здравоохранения

6. В соответствии с правом на здоровье государства обязаны обеспечить выделение достаточных средств на цели здравоохранения и уделять первоочередное внимание в своих бюджетах финансированию здравоохранения. Это обязательство является необходимым условием осуществления практически всех аспектов права на здоровье и предусматривается обязательством государств в максимальной степени использовать имеющийся объем ресурсов для полного осуществления этого права (Замечание общего порядка № 14, пункт 33). Как объясняется в Замечании общего порядка № 14, право на здоровье предполагает возможность использования ряда смежных прав на такие материальные блага, как наличие медицинских учреждений, товаров и услуг хорошего качества и доступ к лекарственным препаратам первой необходимости, что требует определенных капиталовложений со стороны государства. Для предоставления указанных материальных благ необходимо надлежащее государственное финансирование. Недостаточное выделение или неправильное использование государственных ресурсов может привести к тому, что отдельные лица или группы лиц, в частности уязвимые или маргинализированные группы населения, не будут иметь возможности пользоваться правом на здоровье, а это будет означать, что государство нарушает свое обязательство осуществлять право на здоровье (Замечание общего порядка № 14, пункт 52).

7. Для того чтобы в максимальной степени использовать все имеющиеся ресурсы, государства должны предпринять все необходимые меры для поступления достаточного объема собираемых средств и мобилизации ресурсов на цели здравоохранения и соответствующим образом обеспечить приоритетное финансирование здравоохранения в национальных и субнациональных бюджетах. Приоритетное распределение средств в бюджете требует от государств выделять существенную долю общих государственных расходов на цели здравоохранения и обеспечить приоритетное финансирование здравоохранения наряду с выполнением других основных финансовых обязательств, например покрытие расходов на образование, социальное страхование и оборону. В этом отношении у государств есть определенное обязательство содействовать активному и осознанному участию заинтересованных граждан и общин в формировании, исполнении, контроле и оценке бюджетов здравоохранения. Государ-

ства должны также обеспечить транспарентность при формировании, исполнении, оценке и контроле бюджетов здравоохранения. Для обеспечения подотчетности при исполнении национальных и субнациональных бюджетов здравоохранения и соответствующих законов и стратегий государства также должны разработать и внедрить механизмы, которые бы позволяли или предусматривали проведение независимой ревизии и осуществление надзора за выполнением положений соответствующих документов.

8. Обязательство обеспечить приоритетное финансирование здравоохранения в государственных бюджетах тесно связано с принципом прогрессивного осуществления права, устанавливающим конкретное и непрерывное обязательство для государств как можно более оперативно и эффективно перейти к полному осуществлению права на здоровье для всех людей без дискриминации и с учетом сложностей, связанных с ограниченным объемом ресурсов (Замечание общего порядка № 14, пункты 30 и 31, и Замечание общего порядка № 3, пункт 9). Для того чтобы обеспечить прогрессивное осуществление права на здоровье для всех людей, государства должны использовать все имеющиеся у них средства и ресурсы для осуществления права на здоровье, что требует успешной мобилизации средств и обеспечения приоритетного выделения их на цели здравоохранения в бюджете. Государства, не желающие использовать максимум имеющихся ресурсов на цели реализации права на здоровье, не выполняют свои обязательства в отношении этого права (Замечание общего порядка № 14, пункт 47).

9. Обязательство обеспечить выделение достаточного объема средств на цели здравоохранения и приоритетное финансирование здравоохранения должно выполняться в соответствии с основными обязательствами в отношении права на здоровье (Замечание общего порядка № 14, пункты 43–45). Основные обязательства являются неотменяемыми и представляют собой минимальные базовые требования, которые государства должны выполнять в целях осуществления права на здоровье. Основные обязательства предусматривают осуществление позитивных и негативных смежных прав и касаются вопросов распределения и обеспечения справедливости. Позитивные смежные права предусматривают, в частности, выполнение обязательства обеспечить доступ к базовому жилью и санитарно-гигиеническим услугам и адекватное снабжение безопасной питьевой водой и зачастую требуют от государств выделять значительные средства и ресурсы на их осуществление. Основные обязательства, которые затрагивают негативные смежные права и касаются вопросов распределения, такие как обязательство обеспечить справедливое распределение медицинских учреждений, товаров и услуг хорошего качества и недискриминационный доступ к ним, предполагают существование таких учреждений, товаров и услуг и, следовательно, требуют значительных финансовых вложений со стороны государств. В связи с этим государства должны выделять достаточные объемы средств на цели здравоохранения и обеспечивать приоритетное финансирование здравоохранения, для того чтобы выполнить по крайней мере эти основные обязательства в отношении права на здоровье. В этом смысле основные обязательства определяют базовый объем финансирования, снижение которого будет рассматриваться как нарушение государствами своих обязательств в отношении права на здоровье.

В. Объединение и распределение средств и ресурсов, выделяемых на цели здравоохранения

10. Одним из основных обязательств в отношении права на здоровье является обязательство обеспечить справедливое распределение медицинских учреждений, товаров и услуг для всех людей без дискриминации. Другим основным обязательством государств является осуществление права на доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам хорошего качества на недискриминационной основе, в особенности для уязвимых и маргинализированных групп населения, в том числе, в частности, этнических, расовых, религиозных и сексуальных меньшинств, женщин, детей и малоимущих слоев населения. Чтобы выполнить эти основные обязательства в отношении права на здоровье, государства должны обеспечить справедливое распределение средств и ресурсов, выделяемых на цели здравоохранения, для обеспечения всеобщего доступа к медицинским учреждениям, товарам и услугам хорошего качества, основываясь на принципе недискриминации и уделяя особое внимание потребностям уязвимых и маргинализированных групп населения. Несправедливое распределение средств и ресурсов, выделяемых на цели здравоохранения, может привести к косвенной дискриминации в системах здравоохранения, особенно в отношении уязвимых и маргинализированных групп населения, у которых зачастую нет социальных и политических средств для противодействия несправедливому распределению государственных ресурсов (Замечание общего порядка № 14, пункт 19).

11. Справедливого распределения средств и ресурсов на цели здравоохранения можно добиться посредством объединения тех выделяемых для финансирования здравоохранения средств, которые собираются в виде предварительной оплаты. Объединение ресурсов позволяет осуществлять перекрестное субсидирование финансовых рисков, связанных с медицинским обслуживанием различных крупных контингентов населения, и перераспределять средства, выделяемые на цели здравоохранения, в пользу малоимущих и больных, а не состоятельных и здоровых лиц. Таким образом, перекрестное субсидирование финансовых рисков защищает уязвимые или маргинализированные группы населения, например малоимущих, от непомерных расходов на здравоохранение и обеспечивает им доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам хорошего качества, которые иначе были бы для них в финансовом отношении недоступными. В связи с этим объединение средств, выделяемых на цели здравоохранения, для перекрестного субсидирования здравоохранения и финансовых рисков, является важным методом, благодаря которому государства могут обеспечить справедливое распределение средств и ресурсов, выделяемых на цели здравоохранения так, как того требует соблюдение права на здоровье.

12. В Замечании общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам отмечается, что инвестиции в здравоохранение, выделяемые на дорогостоящие лечебные услуги, которые зачастую доступны лишь небольшой привилегированной части населения, не должны носить непропорциональный характер в ущерб первичным и профилактическим медико-санитарным услугам, в которых нуждается большая часть населения. Услуги первичной медико-санитарной помощи, как правило, менее дорогостоящие, чем услуги вторичной и третичной помощи, которые по определению требуют медицинского персонала с узкопрофильной подготовкой, сложного диагности-

ческого оборудования и серьезной физической медицинской инфраструктуры. Поэтому инвестиции в сферу первичной медико-санитарной помощи являются более эффективными с точки зрения затрат в долгосрочной перспективе, поскольку такие услуги способствуют профилактике заболеваний и содействуют общему укреплению здоровья населения, что позволяет снизить потребность в более дорогостоящих услугах вторичной и третичной помощи¹. Сэкономленные таким образом средства можно реинвестировать в систему здравоохранения, например в виде дополнительных субсидий на здравоохранение для малоимущих. Таким образом, право на здоровье требует эффективного распределения средств и ресурсов между первичной, вторичной и третичной медицинской помощью с уделением приоритетного внимания первичной медико-санитарной помощи.

13. Государства должны выделять средства и ресурсы на цели здравоохранения, чтобы обеспечить наличие и доступность медицинских учреждений, товаров и услуг хорошего качества для населения сельских и удаленных районов. Хорошо известно, что во многих государствах существуют значительные различия между состоянием медицинского обслуживания населения сельских и удаленных районов и городского населения². Это объясняется рядом факторов, в том числе недостаточными инвестициями в медицинскую инфраструктуру и нехваткой квалифицированного медицинского персонала в сельских и удаленных районах. Проблема осложняется тем, что население сельских и удаленных районов зачастую составляют его уязвимые и маргинализированные группы, в том числе малоимущее население, этнические и расовые меньшинства и коренные народы, которые, как правило, беднее городского населения³. Поэтому в соответствии с подходом, основанным на соблюдении права на здоровье, государства должны обеспечивать справедливое распределение средств и ресурсов, выделяемых на цели здравоохранения, между сельскими, удаленными и городскими районами.

С. Международная помощь

14. В рамках подхода, основанного на соблюдении права на здоровье, признается важнейшая роль, которую играет международная помощь в обеспечении выделения на цели здравоохранения достаточных объемов средств и ресурсов во всем мире, в особенности в развивающихся странах. В соответствии с духом статьи 56 Устава Организации Объединенных Наций, статей 2(1), 12, 22 и 23 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах и Алма-Атинской декларации государства должны признать важнейшую роль международного сотрудничества и выполнять свои обязательства по принятию совместных и самостоятельных мер в целях полного осуществления права на здоровье во всем мире. В этом отношении Алма-Атинская декларация гласит, что существующее огромное неравенство в уровне здоровья людей, особенно

¹ Rifat Atun, *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* (Copenhagen, WHO, 2004), pp. 6-8.

² Juan Antonio Casas et al., "Health Disparities in Latin America and the Caribbean: The Role of Social and Economic Determinants", *Equity and Health*, Occasional Paper No. 8 (Pan American Health Organization, 2008), pp. 37 and 42.

³ World Health Organization, *World Health Statistics 2008*, Inequities in health care and health outcome, pp. 92-95.

между развитыми и развивающимися странами, а также в самих странах, являясь политически, социально и экономически неприемлемым и поэтому составляет предмет общей заботы для всех государств. Подход, основанный на соблюдении права на здоровье, требует от государств международного сотрудничества в целях обеспечения устойчивого международного финансирования здравоохранения. Этот подход предусматривает обязанность объединять на международном уровне средства из обязательных взносов государств с учетом их платежеспособности и выделять средства государствам исходя из их потребностей, в целях обеспечения перекрестного субсидирования ресурсов, выделяемых на цели здравоохранения во всем мире.

III. Вопросы существа, касающиеся финансирования здравоохранения

A. Выделение достаточных средств на цели здравоохранения

1. Налогообложение

15. Налогообложение является распространенным методом мобилизации странами государственных средств для целей здравоохранения в виде предварительной оплаты в отличие от непосредственной оплаты услуг гражданами из собственного кармана. Некоторые государства обеспечили всеобщий (или практически всеобщий) доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам благодаря использованию бюджетных средств для финансирования здравоохранения⁴. Благодаря налогообложению государства получают доступ к целому ряду источников, из которых они могут финансировать здравоохранение, включая подоходный налог, имущественный налог, отчисления с заработной платы и поступления от производственной деятельности, продаж, торговли, прироста капитала и финансовых операций. Налогообложение позволяет государствам объединять средства и распределять финансовые риски, связанные со здравоохранением, между всеми группами населения. Таким образом, налогообложение является инструментом, при помощи которого государства могут обеспечить выделение достаточных средств на цели здравоохранения посредством прогрессивного финансирования, как того требует соблюдение права на здоровье.

16. Подход к финансированию здравоохранения, основанный на соблюдении права на здоровье, требует построенного по прогрессивной шкале налогообложения для финансирования здравоохранения, с тем чтобы обеспечить сбалансированный процесс получения поступлений. Основанное на прогрессивной шкале налогообложение предусматривает, что размер налогов устанавливается в зависимости от платежеспособности налогоплательщиков. Например, взимаемый по прогрессивной шкале подоходный налог требует, чтобы состоятельные налогоплательщики вносили в виде налога более высокую долю своего дохода, чем менее состоятельные налогоплательщики. И наоборот, регрессивное налогообложение предусматривает взимание более высоких в пропорциональном отношении налогов с тех, кто обладает меньшими финансовыми

⁴ ВОЗ, Доклад о состоянии здравоохранения в мире «Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью» (Женева, 2010 год), стр. 6.

ресурсами, чем более состоятельные налогоплательщики. В связи с этим регрессивное налогообложение является несбалансированным механизмом финансирования здравоохранения и не соответствует праву на здоровье.

17. Для увеличения общего объема поступлений и выделения средств на цели здравоохранения многие государства используют потребительские налоги, например акцизный сбор и налог на добавленную стоимость (НДС). НДС принят почти в 140 государствах и в настоящее время составляет значительную долю от поступлений, получаемых многими государствами, особенно развивающимися странами⁵. Некоторые государства отводят на покрытие расходов в сфере здравоохранения определенную часть поступлений, полученных от сбора НДС⁶. Так называемые налоги на «вредные привычки» — акцизные сборы, которыми облагаются вредные для общества товары, такие как алкоголь, нездоровая еда и табак, — также используются для сбора средств на цели здравоохранения и могут целенаправленно взиматься для покрытия расходов на здравоохранение. Налоги на «вредные привычки» могут также выполнять дополнительную функцию, а именно за счет повышения стоимости товаров отбить желание у людей вести нездоровый образ жизни, благодаря чему при определенных условиях может повыситься общий уровень здоровья населения⁷.

18. В соответствии с правом на здоровье потребительские налоги не должны ложиться непропорциональным бременем на малоимущие слои населения. Тем не менее НДС может быть регрессивным, если малоимущие слои населения будут вносить в виде уплаты НДС более крупную долю своих доходов по сравнению с состоятельными людьми⁸. Степень прогрессивности НДС, как показывает практика, увеличивается благодаря повышению порогового уровня, ниже которого предприятия не облагаются НДС, и разграничению предметов роскоши и предметов первой необходимости⁹. Налоги на «вредные привычки» также могут быть регрессивными¹⁰ и должны взиматься пропорционально, так чтобы менее дорогостоящие товары, которыми пользуются малоимущие слои населения, облагались меньшим налогом, чем более дорогостоящие товары, которыми пользуются состоятельные люди. Следует также учитывать финансовые последствия налогов на «вредные привычки» для малоимущих, которые, возможно, чаще приобретают товары, облагаемые таким налогом. НДС, налоги на «вредные привычки» и другие виды потребительских налогов являются по

⁵ Michael Keen, “What Do (and Don’t) We Know about the Value Added Tax? A Review of Richard M. Bird and Pierre-Pascal Gendron’s *The VAT in Developing and Transitional Countries*”, *Journal of Economic Literature*, vol. 47, issue 1, 2009, p. 159.

⁶ Гана и Чили выделяют соответственно 2,5 и 1 процент от поступлений, получаемых за счет сбора НДС, на финансирование здравоохранения: ВОЗ, Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 год, «Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью» (Женева, 2010 год), стр. 27.

⁷ См. WHO, Regional Office for South-East Asia, *Tobacco Taxation and Innovative Health-care Financing* (New Delhi, 2012).

⁸ Nahida Faridy and Tapan Sarker, “Who really pays Value Added Tax (VAT) in developing countries? Empirical evidence from Bangladesh”, *International Journal of Modeling and Optimization*, vol. 11 (2011); L. Sekwati and Brothers W. Malema, “Potential Impact of the Increase in VAT on Poor Households in Botswana”, *International Journal of Economics and Research*, vol. 2, issue 1 (2011).

⁹ Nahida Faridy and Tapan Sarker, p. 194.

¹⁰ Christopher Snowden, “The Wages of Sin Taxes”, Adam Smith Institute (London, 2012), pp. 51-54.

большей части регрессивными и не согласуются с обязательством государств соблюдать право на здоровье.

19. В результате глобализации и повышения мобильности капитала и его соответствующей чувствительности к налогообложению стала процветать международная конкуренция в сфере налогообложения. Она вызывает гонку уступок, в которой государства пытаются привлечь прямые иностранные инвестиции посредством налоговых стимулов и других налоговых льгот для иностранных инвесторов, а также посредством введения низких или нулевых налогов на торговлю и на прирост капитала¹¹. Налоговая конкуренция приводит к сокращению объемов налоговых поступлений в развивающихся странах и снижает способность этих стран мобилизовать достаточные средства для финансирования здравоохранения¹². В некоторых развивающихся странах потеря поступлений, вызванная налоговыми стимулами, в два раза превышает бюджет здравоохранения¹³. В государствах с высоким уровнем дохода в результате либерализации налогообложения в развивающихся странах также уменьшился объем поступлений в виде налога на доходы от капитала¹⁴. Многонациональные корпорации перевели свои активы в офшорные зоны, для того чтобы воспользоваться преимуществами налоговых убежищ, и стали проводить политику трансфертного ценообразования, с тем чтобы получать прибыль в территориях с низкими налоговыми ставками и избегать уплаты более высоких налогов в государствах, где эти корпорации расположены¹⁵.

20. Государства должны следить за тем, чтобы политика налоговой либерализации, проводимая в связи с международной конкуренцией в сфере налогообложения, не приводила к сокращению государственного финансирования здравоохранения. Вместе с тем сокращение налоговых поступлений и налоговой базы в результате установления налоговых льгот для иностранных инвесторов и введение низких или нулевых налогов на торговлю и на прирост капитала могут привести к снижению способности государств мобилизовать достаточные средства для целей здравоохранения, как того требует соблюдение права на здоровье. Поэтому государства и международные финансовые учреждения должны избегать поощрения налоговой конкуренции посредством заключения соглашений о свободной торговле и инвестиционных договоров и предоставления кредитов на определенных условиях, если такие инструменты и методы создают в развивающихся странах угрозу сокращения объема средств на цели здравоохранения, получаемых за счет налоговых поступлений.

21. В результате международной налоговой конкуренции основная часть налогообложения приходится во многих государствах на потребительские и подоходные налоги и налоги с заработной платы, а не на налоги на корпоратив-

¹¹ International Confederation of Free Trade Unions, *Having Their Cake and Eating It Too: The Big Corporate Tax Break* (Brussels, 2006), pp. 16-17.

¹² Marta Ruiz, Rachel Sharpe and María José Romero, *Approaches and Impacts IFI tax policy in developing countries*, available from: <http://eurodad.org/?p=4564>.

¹³ Tax Justice Network and ActionAid International, *Tax competition in East Africa: a race to the bottom?* (April 2012), p. 12.

¹⁴ См. Howard Wachtel, "Tax Distortion in the Global Economy", Paper presented at the Global Crisis Seminar, Transnational Institute (Amsterdam, February 2002).

¹⁵ Ibid.

ный доход и доход от капитала¹⁶. Однако подоходный налог и налог с заработной платы сложно взимать в государствах с крупным неформальным сектором экономики, включая большинство развивающихся стран. Эти государства несут значительные административные расходы, связанные со сбором налогов в неформальном секторе, имеют сложности с высоким уровнем уклонения от уплаты налогов и сталкиваются с трудностями в связи с максимальным увеличением базы подоходного налога¹⁷. При этом, согласно подсчетам, взимание налогов в неформальном секторе может привести в некоторых странах к увеличению объема налоговых поступлений на 35–55 процентов¹⁸. Инновационные подходы к сбору налогов в неформальном секторе, в том числе в рамках сотрудничества государства с ассоциациями работников неформального сектора, в ряде случаев были успешными и могут привести к повышению налоговой базы в государствах с крупными неформальными секторами экономики¹⁸. Для обеспечения надлежащего, справедливого и устойчивого финансирования здравоохранения, как того требует соблюдение права на здоровье, государства не должны в результате проведения политики налоговой либерализации рассчитывать в первую очередь на налоговые поступления из секторов, которые сложно регулировать. Однако в целях содействия финансированию здравоохранения на справедливых началах за счет использования механизмов налогообложения и с учетом размера потенциальных поступлений государства должны принять меры по сбору налогов с предприятий неформального сектора при условии предоставления таким предприятиям государственных услуг и других льгот, полагающихся облагаемым налогами структурам.

2. Международное финансирование

22. В соответствии с правом на здоровье государства обязаны сотрудничать на международном уровне в целях обеспечения доступности устойчивого международного финансирования здравоохранения. Одним из основных источников финансирования здравоохранения во многих развивающихся государствах является международная помощь. У многих из этих государств не хватает средств и ресурсов для обеспечения внутренних потребностей в области здравоохранения, и потому они во многом зависят от международной помощи. Кроме того, как следует из уровня и темпов развития в некоторых из стран с низким уровнем доходов, в ближайшем будущем они не смогут собирать достаточно средств на национальном уровне для удовлетворения своих потребностей в области здравоохранения. Поэтому реализация права на здоровье в развивающемся мире зависит также от доступности устойчивого международного финансирования здравоохранения, которое в конечном итоге должно осуществляться через обязательный, договорной режим, основанный на принципе международной солидарности.

23. Существующие методы международного финансирования представляют ряд проблем. Государства-доноры, многосторонние донорские учреждения, международные финансовые учреждения и другие доноры продолжают приме-

¹⁶ Allison Christians, "Fair Taxation as a Basic Human Right", *International Review of Constitutionalism*, University of Wisconsin Legal Studies Research Paper No. 1066 (November 2009), p. 20.

¹⁷ International Tax Compact, *Addressing tax evasion and tax avoidance in developing countries* (Eschborn, Germany, December 2010).

¹⁸ Ibid.

нять методы, подрывающие возможность полной реализации права на здоровье. Во многих случаях доноры вместо того, чтобы сосредоточиться на потребностях государств-реципиентов в сфере здравоохранения и оказать непосредственную помощь в разработке систем здравоохранения, в недостаточной степени учитывают в своей деятельности мнения затрагиваемых общин и выдвигают условия для получения финансирования на цели здравоохранения.

24. Международные доноры в своей деятельности должны соблюдать право на здоровье. Это значит, что деятельность доноров должна быть направлена на удовлетворение внутренних потребностей стран-реципиентов в сфере здравоохранения и способствовать созданию в них программ и систем здравоохранения на основе самообеспечения. Для этого доноры должны подключать к своей работе гражданское общество и затрагиваемые общины, с тем чтобы их программы в сфере здравоохранения отвечали потребностям, носили устойчивый характер и соответствовали праву на здоровье. Доноры должны также воздерживаться от того, чтобы ставить контрпродуктивные условия для получения международной помощи.

25. Международные доноры, как правило, занимаются проведением краткосрочных мероприятий в целях решения конкретных проблем в сфере здравоохранения, но не уделяют достаточно внимания укреплению систем здравоохранения¹⁹. В некоторых странах это приводит к чрезмерной зависимости от международного финансирования и недоразвитости внутренних систем здравоохранения, многие из которых неспособны удовлетворять даже самые элементарные потребности в отсутствие международной помощи. Кроме того, страны, которые становятся чрезмерно зависимыми от международного финансирования здравоохранения, с меньшей вероятностью отдадут приоритет вопросам здравоохранения при составлении бюджета, а это необходимо для долгосрочной устойчивости национальных систем здравоохранения.

26. Многие государства с низким уровнем доходов не располагают для целей здравоохранения достаточным объемом средств и ресурсов в абсолютном выражении. Другие государства могут время от времени сталкиваться с жестким дефицитом ресурсов, для устранения которого требуется международное финансирование. Вместе с тем во многих случаях даже государства с низким уровнем доходов могут путем определения бюджетных приоритетов мобилизовать средства в объемах, превышающих те, что предусмотрены в бюджете на здравоохранение в настоящее время. Кроме того, многие государства обладают достаточными ресурсами, но не могут мобилизовать и справедливо распределить необходимые средства на цели здравоохранения. Подход, предусматривающий соблюдение права на здоровье, требует, чтобы государства сотрудничали на международном уровне для обеспечения доступности устойчивого международного финансирования здравоохранения, но и государства-реципиенты должны принять все возможные меры к тому, чтобы добиться самообеспеченности внутренними ресурсами во избежание чрезмерной зависимости от международного финансирования.

27. Международная помощь часто предоставляется на условиях, требующих от государств-реципиентов проводить политику, соответствующую социальным, политическим или экономическим интересам и идеологии доноров. Усло-

¹⁹ P. Prakongsai et al., "Can earmarking mobilize and sustain resources to the health sector?", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 86, No. 11 (Geneva, November 2008), p. 898.

вия предоставления помощи могут включать требование к государствам-реципиентам придерживаться определенных предпочитаемых донорами стратегий в области здравоохранения, для того чтобы получить необходимые средства. При этом стратегии в сфере здравоохранения, определяемые донорами, могут не соответствовать потребностям получающих помощь государств и искажать национальные приоритеты в этой сфере²⁰. Например, в странах, страдающих от эпидемии СПИДа, доноры выделяют средства на программы, направленные исключительно на пропаганду воздержания от половой жизни до брака, и требуют не распространять полезную информацию о преимуществах использования презервативов и контрацептивов, поскольку такая информация противоречит идее воздержания²¹. Исследования показали, что программы, сосредоточенные исключительно на воздержании, неэффективны с точки зрения предотвращения ВИЧ-инфекции и что сокрытие информации о средствах контрацепции подвергает молодежь повышенному риску беременности и заболеваний, передаваемых половым путем²².

28. Еще один фонд двусторонней помощи, предназначенный для борьбы с ВИЧ/СПИДом, не выделяет средства организациям, которые не выступают открыто против секс-индустрии²³. Вместе с тем работники секс-индустрии находятся в одной из групп наибольшего риска заражения ВИЧ и играют важнейшую роль в борьбе с распространением ВИЧ-инфекции. Следовательно, их необходимо в полной мере привлекать ко всем мероприятиям по профилактике ВИЧ с целью добиться, чтобы эти мероприятия отвечали потребностям, носили устойчивый характер и соответствовали праву на здоровье. Таким образом, при разработке и осуществлении программ в области здравоохранения государства-доноры не должны руководствоваться социальной, политической или экономической идеологией. Вместо этого, в соответствии с правом на здоровье, доноры должны обеспечивать осуществление наиболее эффективных доступных стратегий в области здравоохранения с учетом потребностей государства-реципиента, выраженных местными заинтересованными сторонами.

29. Во многих случаях в результате макроэкономических условий, поставленных в связи с выдачей займов международными финансовыми учреждениями, международная помощь в области здравоохранения не приводит к росту государственных расходов на медицину, а используется этими государствами для накопления резервов²⁴. Как показывают исследования, с каждого дополнительного доллара США, выделенного на помощь в сфере здравоохранения, лишь около 37 центов идет на пополнение бюджетов здравоохранения в странах-реципиентах, а в государствах, действующих по рекомендациям Международного валютного фонда, эта доля составляет менее 0,01 долл. США²⁵. Например, чтобы достичь целей в области развития сформулированных в Дек-

²⁰ Gorik Ooms et al., "Financing the Millennium Development Goals for health and beyond: sustaining the 'Big Push'", *Globalization and Health*, vol. 6, issue 17 (October 2010), p. 3.

²¹ Elaine Murphy et al., "Was the 'ABC' Approach (Abstinence, Being Faithful, Using Condoms) Responsible for Uganda's Decline in HIV?", *PLoS Medicine*, vol. 3, No. 9 (September 2006), p. 1445.

²² Heather Boonstra, "Advancing Sexuality Education in Developing Countries: Evidence and Implications", *Guttmacher Policy Review*, Summer 2011, vol. 14, No. 3, p. 19.

²³ См. прим. 21.

²⁴ См. прим. 20.

²⁵ David Stuckler et al., "International Monetary Fund and Aid Displacement", *International Journal of Health Services*, vol. 41, No. 1 (2011), p. 67, 70.

ларации тысячелетия, в отношении здравоохранения, одному государству потребовалось бы повысить свой валовой доход на 20 процентов с выделением 15 процентов от этой суммы на цели здравоохранения²⁶. Вместе с тем условия, прилагающиеся к макроэкономическим займам, требуют от министерства здравоохранения в дальнейшем заморозить бюджетные расходы на здравоохранение²⁶. Подобные ограничения государственных расходов на здравоохранение нарушают право на здоровье, поскольку они в несоразмерной степени сказываются на малоимущих, которые больше других социальных групп зависят от доступности государственных медицинских учреждений, товаров и услуг.

Объединение международных средств на цели здравоохранения

30. Международное финансирование здравоохранения осуществляется непоследовательно и нестабильно. Донорские программы часто реализуются разрозненно и плохо координируются. Нестабильность международного финансирования высветил недавний глобальный финансовый кризис, который привел, отчасти, к отмене одиннадцатого цикла финансирования Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Непоследовательное международное финансирование здравоохранения подвергает государства, сильно зависящие от международной помощи, риску серьезного дефицита финансирования во время глобальных экономических спадов. Разрозненность донорских программ иллюстрируется ситуацией в одном государстве, где действуют 50 доноров, 19 из которых напрямую оказывают помощь правительству путем бюджетной поддержки, а 31 предоставляет помощь в рамках отдельных, не связанных между собой механизмов или соглашений²⁷. Плохая координация донорских программ ведет к перерасходу, неэффективному распределению средств и ресурсов на цели здравоохранения и провалу инициатив по повышению эффективности удовлетворения внутренних потребностей в области здравоохранения.

31. Для того чтобы в рамках сотрудничества обеспечить доступность устойчивого международного финансирования здравоохранения, как этого требует соблюдение права на здоровье, государства должны объединять средства, предназначенные для целей здравоохранения, на международном уровне. Международное сотрудничество в рамках создания единого глобального фонда или нескольких координируемых фондов способствовало бы перекрестному субсидированию систем здравоохранения в развивающихся государствах и позволило бы координировать деятельность доноров в странах-реципиентах. В настоящее время существует острая необходимость в международном сотрудничестве в рамках глобального объединения средств для целей здравоохранения, чтобы справиться с бременем болезней в глобальных масштабах и помочь становлению устойчивых национальных систем здравоохранения.

32. Глобальный фонд и Международный механизм закупок лекарств (ЮНИТЭЙД) представляют собой два успешных примера глобального объединения ресурсов и оказывают значительное положительное влияние на ход борьбы против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии на международном уровне. Как

²⁶ Gorik Ooms et al., p. 4.

²⁷ Karen McColl, "Europe Told to Deliver More Aid for Health", *The Lancet*, vol. 371, No. 9630 (2008), p. 2073.

Глобальный фонд, так и ЮНИТАЙД получают от государств-доноров и через инновационные механизмы финансирования значительные объемы средств и ресурсов, объединяют их и занимаются их распределением с учетом потребностей²⁸. В рамках программ, финансируемых Глобальным фондом, только в 2011 году 3,3 миллиона человек, живущие с ВИЧ, получили антиретровирусное лечение²⁹, а в 2010–2012 годах по мазку было выявлено 9,3 млн. случаев туберкулеза и зараженным было предоставлено лечение³⁰. ЮНИТАЙД обеспечил предоставление 400 000 детей, живущим с ВИЧ, курса детской терапии и поставил закупщикам первоочередных средств борьбы с малярией 46 млн.комбинированных препаратов на основе артемизинина³¹. Кроме того, в отличие от программ двусторонней помощи и содействия международных финансовых институтов, Глобальный фонд и ЮНИТАЙД отказались от выдвижения условий и повысили уровень транспарентности и степень участия заинтересованных сторон в процессах финансирования и программной деятельности в соответствии с подходом к финансированию систем здравоохранения, основанным на соблюдении права на здоровье³².

33. Для перехода в рамках глобального подхода к оказанию международной помощи в области здравоохранения от донорской благотворительности к обязательной системе, основанной на принципе солидарности, следует создать глобальные механизмы объединения ресурсов на основе международных или региональных договоров, налагающих на государства юридические обязательства вносить в соответствии со своей платежеспособностью взносы в объединенные фонды, из которых будут выделяться средства с учетом потребностей. Такое изменение необходимо, чтобы обеспечить доступность устойчивого международного финансирования, как этого требует соблюдение права на здоровье. В целях поощрения ответственности и подотчетности в рамках этого режима каждое государство будет вносить взносы в такой фонд независимо от своего уровня дохода, а все процессы финансирования и составления программ должны быть транспарентны и предусматривать активное участие и информирование гражданского общества и затрагиваемых общин. Таким образом, для реализации права на здоровье по всему миру государства должны принять все необходимые меры для разработки договорных глобальных механизмов объединения ресурсов, которые предусматривали бы обязательные взносы по прогрессивной шкале, распределяемые по потребностям, и использовали транспарентные процессы, основанные на принципе широкого участия.

²⁸ См. United Nations, *Innovative Financing for Development*, The I-8 Group Leading Innovative Financing for Equity (New York, 2009).

²⁹ The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Global Fund Results Fact Sheet End-2011 (2011), p. 1.

³⁰ The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, News Release: Global Fund Results Show Broad Gains against HIV, 23 July 2012, материал доступен по ссылке: www.theglobalfund.org/en/mediacenter/newsreleases.

³¹ UNITAID, *Annual Report 2011*, (WHO, December 2011). материал доступен по ссылке: www.unitaid.eu/images/Annual_Report_2011/UNITAID_AR2011_EN.pdf.

³² Gian Luca Burci, "Public/Private Partnerships in the Public Health Sector", *International Organizations Law Review*, vol. 6 (2009), pp. 359-382.

В. Объединение средств, выделяемых на цели здравоохранения, на национальном уровне

34. Право на здоровье предусматривает, что государства должны обеспечить без дискриминации всеобщий доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам хорошего качества. В целях соблюдения и реализации права на здоровье государства должны устранить финансовые препятствия, ограничивающие доступ к здравоохранению. Соответственно, право на здоровье требует от государств обеспечить, чтобы платежеспособность не влияла на принятие человеком решения о том, стоит ли обращаться за необходимыми медицинскими товарами и услугами. Системы здравоохранения, финансируемые за счет внесения предварительной оплаты, такие как системы, основанные на механизмах налогообложения и обязательного страхования, сокращают количество финансовых препятствий путем объединения средств, взимаемых до момента оказания услуг. Такой метод предусматривает накопление выделенных на цели здравоохранения средств и управление ими с тем, чтобы распределить финансовый риск заболеваемости между всеми участниками системы на определенный период времени³³. Объединение ресурсов способствует справедливому финансированию расходов на здравоохранение путем содействия перекрестному субсидированию обслуживания больных и малоимущих участников этого механизма за счет его здоровых и состоятельных участников на протяжении всей жизни каждого из них. Объединение ресурсов повышает также эффективность, поскольку содействует более равномерному улучшению здоровья населения³⁴ и обеспечивает страхование рисков, связанных с неопределенностью в отношении здоровья и финансового положения в будущем³⁵.

35. Основным финансовым препятствием для доступа к здравоохранению в большинстве государств является плата, взимаемая непосредственно с пациента. Речь идет об оплате медицинских товаров и услуг непосредственно пациентом в момент их получения. В 2007 году в 33 странах, в основном с низким уровнем доходов, расходы из собственных средств пациентов составили более 50 процентов всех расходов на здравоохранение³⁶. Кроме того, необходимость оплаты за счет пациента может привести к разорительным медицинским расходам³⁷. Ежегодно около 100 миллионов человек, в основном в странах с низким уровнем доходов, оказываются за чертой бедности из-за чрезмерных и разорительных расходов на здравоохранение³⁸. В соответствии с правом на здоровье от государств требуется по крайней мере сократить долю оплачиваемых пациентом расходов и отменить эту плату, которая непропорционально сказыв-

³³ ВОЗ, *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 год*, «Системы здравоохранения: улучшение деятельности» (Женева, 2000 год), стр. 112.

³⁴ Peter Smith and Sophie Witter, "Risk Pooling in Health Care Financing: The Implications for Health System Performance", Health, Nutrition and Population Discussion Paper (Washington, D.C., World Bank, 2004), p. 4.

³⁵ Chris James and William Savedoff, "Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes toward solidarity", *World Health Report* (2010), Background Paper No. 5, available from: www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport.

³⁶ WHO, *World Health Report*, "Health Systems Financing: The path to universal coverage" (Geneva, 2010), p. 12.

³⁷ Ke Xu et al., "Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis", *The Lancet*, vol. 362, Issue 9378 (July 2003), pp. 111-117.

³⁸ WHO, *World Health Report*, "Health Systems Financing: The path to universal coverage", p. 8.

вается на положении малоимущих. Объединение авансовых платежей за медицинские товары и услуги ведет к сокращению объема оплачиваемых пациентом расходов для всех участников и может привести к отмене платы для малоимущих³⁹. Таким образом, объединение ресурсов защищает участников от разорительных медицинских расходов за счет перекрестного субсидирования финансовых рисков, связанных с медицинскими расходами.

36. Системы единого плательщика с единым фондом страхования рисков или системы с участием многих плательщиков с множеством фондов страхования рисков уменьшают количество финансовых препятствий доступу к медицинским учреждениям, товарам и услугам, как этого требует подход, основанный на соблюдении права на здоровье. В системах единого плательщика сбором и объединением средств и закупкой услуг для всего населения занимается одна и та же организация. В большинстве случаев всем участникам системы предоставляется доступ к одним и тем же медицинским товарам и услугам⁴⁰. В системе единого плательщика управлением объединенным фондом и закупкой медицинских товаров и услуг в большинстве случаев занимается правительство, поскольку оно обладает возможностями привлекать средства через такие механизмы, как налогообложение, и включать в систему в обязательном порядке большое число людей. Единые фонды страхования рисков в системе единого плательщика способствуют равноправному доступу к медицинским учреждениям, товарам и услугам в соответствии с подходом, основанным на соблюдении права на здоровье, поскольку они дают возможность перекрестного субсидирования в больших объемах, чем менее крупные, разрозненные фонды. Таким образом, системы единого плательщика эффективно способствуют обеспечению всеобщего доступа к медицинским учреждениям, товарам и услугам, сокращая плату, взимаемую с пациента, и защищая пациентов от разорительных медицинских расходов.

37. Наряду с системой единого плательщика могут действовать и частные медицинские учреждения. Частные больницы и врачи могут получить разрешение не участвовать в финансируемой государством системе и взимать плату за свои услуги непосредственно с пациентов. В результате в государственной системе может образоваться нехватка финансирования, возникающая, если участники освобождаются от уплаты взносов после выхода из системы, а также нехватка кадров, если многие медицинские работники уходят из государственной системы в частный сектор, потому что там больше платят. Это, в свою очередь, может привести к снижению общего качества государственных медицинских учреждений, товаров и услуг. В таких обстоятельствах больше всего страдают малоимущие и другие группы населения, неспособные выйти из государственной системы, поскольку они не могут позволить себе частные медицинские услуги. Таким образом, существование параллельной частной системы здравоохранения может привести к нарушению права на здоровье, поскольку из-за нее могут снизиться доступность и качество медицинских учреждений, товаров и услуг в государственном секторе.

³⁹ Margaret Kruk et al., "Borrowing And Selling To Pay For Health Care In Low- And Middle-Income Countries", *Health Affairs*, vol. 28, No. 4 (2009), pp. 1056, 1063.

⁴⁰ Gerald F. Anderson and Peter Hussey, *Special Issues with Single-Payer Health Insurance Systems*, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper (World Bank, 2004), p. 28.

38. В отличие от систем единого плательщика, системы с участием многих плательщиков, как правило, состоят из множества страховых фондов под управлением конкурирующих частных страховых компаний, но не исключают возможности существования государственных страховых программ. Наличие множества страховых фондов позволяет страховым компаниям предлагать пакеты медицинских товаров и услуг, которые более приспособлены к нуждам различных групп населения. В системах с участием многих плательщиков страховые компании собирают средства в виде страховых взносов. При этом взносы могут быть регрессивными, а значит, несправедливыми, если они основаны не на платежеспособности человека, а только на рисках для его здоровья. Определение размера взносов по степени риска ведет также к неблагоприятному отбору, когда страховые компании отсеивают кандидатов с целью не допустить в систему участников, принадлежащих к группам высокого риска⁴¹. Такой отбор ведет к исключению из фондов страхования лиц с хроническими заболеваниями, в том числе малоимущих, в результате чего сокращается объем фондов и они становятся менее разнородными, что ослабляет эффект перекрестного субсидирования⁴². Регрессивные взносы и методы, ведущие к неблагоприятному отбору, нарушают право на здоровье, поскольку они являются дискриминационными в отношении уязвимых или маргинализированных групп населения и сокращают доступность медицинских учреждений, товаров и услуг хорошего качества в целом.

39. Чтобы смягчить негативные последствия регрессивных взносов и неблагоприятного отбора в системе с участием многих плательщиков, участие в объединенном фонде медицинского страхования следует сделать обязательным. Обязательное участие обеспечивает всеобщий охват страхованием и позволяет использовать механизмы компенсации или выравнивания рисков для содействия перекрестному субсидированию между различными фондами. Например, закон может требовать, чтобы определенная доля средств из фондов с низкими рисками в определенных обстоятельствах переводилась в фонды с высокими рисками⁴³. Государства также могут непосредственно регулировать работу частных страховых компаний, в том числе путем ограничения сведений о потенциальных участниках системы страхования, которые разрешается собирать, ограничения методов расчета взносов, а также запрета на исключение лиц с хроническими заболеваниями. Государственные страховые программы должны также охватывать малоимущих и другие уязвимые или маргинализированные группы населения, которые не допускаются к участию в частных страховых фондах из-за неплатежеспособности, наличия хронических заболеваний или высокой степени риска ухудшения здоровья. Например, людям, занятым опасным трудом, может быть отказано в страховании из-за повышенной угрозы здоровью, а трудящиеся на низкооплачиваемой работе могут быть неспособны оплачивать крупные взносы, взимаемые частными страховыми компаниями. В соответствии с правом на здоровье государства обязаны обеспечить этим людям доступ к медицинским услугам за счет медицинского страхования. Выполнение этой обязанности можно обеспечить путем надлежащего регулирования

⁴¹ Elias Mossialos and Sarah Thomson, *Voluntary health insurance in the European Union*, European Observatory on Health Systems and Policies (Belgium, WHO, 2004), pp. 107, 108.

⁴² Robert Carroll and Phillip Swagel, "The Intersection of Tax and Health Care Policy", *National Tax Journal*, vol. LXII, No. 3 (Washington, D.C., 2009), p. 568.

⁴³ Naoki Ikegami and John Campbell, "Medical Care in Japan", *The New England Journal of Medicine*, vol. 333, No. 19 (1995), pp. 1295-1299.

работы частных медицинских страховых компаний, субсидирования страховых взносов, выплачиваемых таким компаниям, или за счет использования государственных страховых программ.

40. Более целенаправленными являются фонды медицинского страхования на уровне общины, взносы в которые поступают от членов небольших сообществ и которые включают различные механизмы финансирования, такие как общинные медицинские фонды, взаимные фонды здравоохранения, а также сельское медицинское страхование. Общинные программы медицинского страхования могут служить дополнением к системам с участием единого или многих плательщиков. Такие программы, как правило, создаются для малоимущих и других уязвимых или маргинализированных групп населения и могут повышать доступность для них медицинских учреждений, товаров и услуг и способствовать участию общин в процессах принятия решений, касающихся здоровья их членов⁴⁴.

41. Тем не менее общинные программы медицинского страхования могут оказаться неспособны обеспечить эффективное перекрестное субсидирование из-за размера общинных фондов и состава их участников. В большинстве случаев общинные фонды очень малы и охватывают малоимущих лиц с высоким риском заболеваемости, а это значит, что эффективное перекрестное субсидирование финансовых рисков и рисков для здоровья участников может оказаться невозможным. В некоторых случаях взносы в общинные фонды медицинского страхования оказываются регрессивными, поскольку они уплачиваются по единой ставке, а введение взносов, привязанных к уровню доходов, и предоставление льгот малоимущим является затруднительным из-за сложностей с определением уровня доходов домохозяйств⁴⁵. Кроме того, величина расходов, связанных с взиманием взносов у населения сельских районов и стихийных городских поселений, является относительно высокой в сравнении с объемом поступлений. Таким образом, несмотря на то, что в некоторых случаях программы страхования на уровне общин могут использоваться для повышения доступности медицинских учреждений, товаров и услуг для уязвимых или маргинализированных групп населения и способствовать участию общин в процессах принятия решений, касающихся здравоохранения, они не являются заменой крупных, более централизованных механизмов объединения ресурсов.

Социальное медицинское страхование

42. Социальное медицинское страхование построено по принципу механизма объединения финансовых ресурсов, получаемых за счет обязательного предварительного внесения индивидуальных и организационных взносов и дополняемых средствами, поступающими в виде налогов. Как правило, программы социального медицинского страхования находятся в ведении государства, которое использует средства, собираемые в виде обязательных взносов и налоговых поступлений, для приобретения медицинских товаров и услуг для застрахованных лиц. В отличие от механизмов объединения ресурсов, которые охваты-

⁴⁴ См. Werner Soors et al., "Community Health Insurance and Universal Coverage: Multiple paths many rivers to cross", *World Health Report* (2010), Background Paper No. 48 (Geneva, 2010).

⁴⁵ См. Anne Mills et al., "Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage", *The Lancet*, vol. 380, Issue 9837 (2012), pp. 126-133.

вают более мелкие, разрозненные источники средств, программы социального медицинского страхования благодаря обязательным взносам располагают достаточно крупными источниками средств, позволяющими эффективно осуществлять перекрестное субсидирование финансовых и медицинских рисков с охватом крупных контингентов населения⁴⁶. Таким образом, социальное медицинское страхование способствует более широкому использованию медицинских учреждений, товаров и услуг и обеспечению равного доступа к ним и позволяет добиться более высокой степени финансовой защиты малоимущих слоев населения⁴⁷. Программы социального медицинского страхования могут действовать по принципу систем с участием единого плательщика, которые, как правило, способствуют эффективному использованию средств, выделяемых на цели здравоохранения, и снижению административных расходов, или систем с участием многих плательщиков, которые поощряют конкуренцию и позволяют другим субъектам приобретать медицинские услуги. В этом отношении программы социального медицинского страхования служат примером использования механизма объединения ресурсов, который содействует осуществлению права на здоровье.

43. Для того чтобы обеспечить всеобщий доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам, отличающимся хорошим качеством, и надежное перекрестное субсидирование финансовых и медицинских рисков, программы социального медицинского страхования должны финансироваться за счет обязательных взносов, поступающих в виде предварительной оплаты. Планы, предусматривающие внесение добровольных взносов, могут способствовать поступлению средств в отсутствие разветвленной системы платежей и объединения ресурсов и ознакомлению физических лиц с преимуществами страхования, а также служить в качестве промежуточного механизма финансирования, который облегчает процесс перехода к более всеохватному плану с внесением обязательных взносов, но они не должны непременно вести к увеличению ставок страхового покрытия по той причине, что участие в них не является обязательным. В отличие от системы добровольных взносов планы с внесением обязательных взносов не допускают неучастия в программе состоятельных и здоровых членов и уменьшения объема ресурсов в ущерб малоимущим и страдающим от болезней членам. Обязательные планы запрещают также физическим лицам покупать ту или иную программу лишь в случае медицинской необходимости⁴⁸. Хотя механизм добровольных взносов может способствовать поступлению средств в отсутствие разветвленной системы платежей и объединения ресурсов и ознакомлению физических лиц с преимуществами страхования, а также служить в качестве промежуточного механизма финансирования, который облегчает процесс перехода к более всеохватному плану с внесением обязательных взносов⁴⁸, они не должны непременно вести к увеличению ставок страхового покрытия по той причине, что участие в них не является обязательным. Таким образом, для целей расширения доступа к медицинским учреждениям, товарам и услугам для малоимущих слоев населения добровольные планы неэффективны, поскольку не располагают достаточно крупными источни-

⁴⁶ Pablo Gottret and George Schieber, "Health financing revisited: a practitioner's guide" (World Bank, Washington, D.C., 2006), pp. 58-59.

⁴⁷ Regional Committee for the Eastern Mediterranean, "Technical Paper: The impact of health expenditure on households and options for alternative financing" (WHO, 2004), p. 9.

⁴⁸ WHO, *World Health Report* (2010), "Health Systems Financing: The path to universal coverage", pp. 88-89.

ками средств, способствующими обеспечению надежного перекрестного субсидирования.

44. В соответствии с подходом, основанным на соблюдении права на здоровье, концепция и сфера охвата программ социального медицинского страхования должны строиться с учетом медицинских потребностей, финансовых возможностей и состояния занятости целевого контингента населения. В этой связи программы социального медицинского страхования должны обеспечивать предоставление или всеобщую доступность минимального набора медицинских товаров и услуг в случае необходимости. Пакеты пособий должны учитывать уровень заболеваемости и медицинские потребности населения, предусматривать эффективное предоставление ориентированных на интересы общин услуг по оказанию первичной медико-санитарной помощи, которые направлены на удовлетворение конкретных потребностей каждой общины, и включать в себя обеспечение медикаментами первой необходимости и аналоговыми лекарствами, с тем чтобы обеспечить доступ к безопасным, эффективным и недорогим лекарственным препаратам, как этого требует соблюдение права на здоровье. Необходимо разрабатывать планы внесения взносов, обеспечивающие всеобщий доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам хорошего качества. Механизмы, которые предполагают наличие расходов по программам, лимитирующих масштабы охвата, например в связи с ограничениями в отношении доли физических лиц, которым разрешается предоставлять безусловные исключения, должны учитывать реальное положение дел, обусловленное малообеспеченностью и платежеспособностью этих лиц⁴⁹. Поэтому подход, основанный на соблюдении права на здоровье, предусматривает как минимум использование прогрессивной шкалы для структурирования взносов с учетом платежеспособности физических лиц и возможность предоставления безусловных исключений малоимущим слоям населения.

45. Нередко программы социального медицинского страхования предусматривают внесение обязательных взносов в привязке к заработной плате, что не позволяет выявить и охватить тех, чей доход в официальном порядке не фиксируется и его нелегко определить, например у работников неформального сектора, лиц, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью, и лиц, работающих в сельских и удаленных районах. В частности, в рамках осуществления программ обязательного социального медицинского страхования, привязанного к заработной плате, трудно либо невозможно выявить работников неформального сектора, которые могут удовлетворять требованиям для предоставления безусловных исключений или снижения взносов, и поэтому они не могут стать участниками этих программ. Такие физические лица могут оказаться не в состоянии получить доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам хорошего качества из-за необходимости вносить непозволительно высокие платежи из собственного кармана. В соответствии с подходом, основанным на соблюдении права на здоровье, государства должны использовать инновационные стратегии, для того чтобы включить в программы социального медицинского страхования неформальный сектор. Например, расширению участия работников неформального сектора в официальных программах предоставления пособий способствует, как показывает практика, взимание ассоциативных налогов, что предполагает сбор средств, поступающих в систему нало-

⁴⁹ См. Patrick Apoya and Anna Marriot, "Achieving a Shared Goal: Free Universal Health Care in Ghana" (Oxfam International, March 2011).

гообложения, ассоциацией, представляющей определенную группу трудящихся⁵⁰.

С. Распределение средств и ресурсов на цели здравоохранения

46. Подход, основанный на соблюдении права на здоровье, предусматривает справедливое распределение средств и ресурсов на цели здравоохранения, с тем чтобы обеспечить всеобщий доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам хорошего качества в соответствии с принципом недискриминации. При принятии любых решений о таком распределении особое внимание следует уделять потребностям уязвимых или маргинализированных групп населения, включая, в частности, этнические, расовые, религиозные и сексуальные меньшинства, женщин, детей и малоимущих. Устранение неравенства в обеспечении доступа к медицинским учреждениям, товарам и услугам ведет к улучшению показателей медицинского обслуживания в целом и повышению эффективности систем здравоохранения⁵¹. В этой связи государствам необходимо выделять средства и ресурсы на цели здравоохранения, с тем чтобы обеспечить финансовую доступность медицинских учреждений, товаров и услуг хорошего качества для малоимущих слоев населения, их физическую доступность для населения сельских и удаленных районов и их соответствие потребностям в первичном медико-санитарном обслуживании для всех, а не только потребностям в специализированном обслуживании узкой категории лиц.

Секторы предоставления помощи первичного, вторичного и третичного уровней

47. Подход, основанный на соблюдении права на здоровье, предусматривает, что для того, чтобы предоставление медицинских товаров, услуг и учреждений для всех носило недискриминационный характер, государства должны обеспечить справедливое и эффективное распределение средств и ресурсов на цели здравоохранения между секторами первичной, вторичной и третичной медицинской помощи с уделением особого внимания первичной помощи. Первичная медико-санитарная помощь определяется как базовая и профилактическая медицинская медико-санитарная помощь, повсеместно доступная для всех членов общины при таких затратах, которые община может себе позволить⁵². В отличие от первичной медико-санитарной помощи услуги, оказываемые в рамках вторичной и третичной медицинской помощи, охватывают, как правило, болезни, лечение которых на уровне общин невозможно, и обычно предоставляются врачами и медицинским персоналом узкой специализации в учреждениях больничного типа при сравнительно более высоких затратах с использованием специального оборудования и иногда в стационарных условиях.

⁵⁰ Anuradha Joshi and Joseph Ayee, "Associational taxation: a pathway into the informal sector?", *Taxation and State-Building in Developing Countries: Capacity and Consent*, eds. Deborah Brautigam, Odd-Helge Fjeldstad and Mick Moore (Cambridge University Press, 2008), p. 186.

⁵¹ WHO, "Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network" (Geneva, 2007), p. 21.

⁵² См. Алма-Атинскую декларацию, принятую на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи в 1978 году.

48. К товарам и услугам, предоставляемым в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи, относятся проведение регулярных медосмотров, профилактических обследований, иммунизации и вакцинации, оказание услуг, связанных с лечением хронических заболеваний, планированием семьи, питанием, охраной материнства и родовспоможением, и предоставление консультаций по вопросам психического здоровья; все эти малозатратные мероприятия направлены на удовлетворение элементарных медицинских потребностей и способствуют уменьшению необходимости во вторичной и третичной медицинской помощи. Первичная медико-санитарная помощь предусматривает также оказание таких услуг в области проведения медико-профилактической и просветительской работы, как организация кампаний в поддержку санитарии и общественной гигиены, которые преследуют как профилактические, так и просветительские цели и способствуют тому, чтобы члены общин сами занимались улучшением своего здоровья и следили за его состоянием.

49. Товары и услуги, предоставляемые в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи, не требуют специальной подготовки медицинского персонала и наличия сложной диагностической аппаратуры или значительных объектов физической инфраструктуры. В условиях общин первичная медико-санитарная помощь предоставляется в небольших лечебницах или на дому врачами, медсестрами и другим медицинским персоналом и поэтому может оказываться более приемлемым в социальном и культурном отношении образом. Как следствие, первичная медико-санитарная помощь может быть в большей степени адаптирована к географическим условиям, а ее организация и осуществление не связаны с большими затратами, что повышает доступность медицинских товаров и услуг для общин и малоимущих слоев населения в сельских и удаленных районах.

50. Помимо обеспечения более равных показателей медицинского обслуживания распределение средств и ресурсов на цели здравоохранения с упором на первичную медико-санитарную помощь способствует также повышению эффективности работы систем здравоохранения⁵³. Как показывает практика, в долгосрочной перспективе первичная медико-санитарная помощь оказывается более эффективной с точки зрения затрат, потому что позволяет предупредить заболевания и способствует улучшению состояния здоровья в целом, уменьшая необходимость в более сложном оперативном лечении, которое, как правило, является более дорогостоящим⁵⁴. Средства, сэкономленные в результате инвестиций в первичную медико-санитарную помощь, могут быть повторно инвестированы в систему здравоохранения и использованы для расширения доступа к медицинскому обслуживанию для малоимущих слоев населения, что, как в кругу добродетели, должно служить дальнейшему улучшению медицинского обслуживания. Комплексная и сбалансированная система здравоохранения должна предусматривать предоставление и доступность услуг, оказываемых в рамках вторичной и третичной помощи, однако при распределении средств и ресурсов на цели здравоохранения государства должны уделять приоритетное внимание первичной медико-санитарной помощи.

⁵³ WHO, "Primary health care as a strategy for achieving equitable care", p. 32.

⁵⁴ WHO, *World Health Report (2008), Primary Health Care: Now More Than Ever* (Geneva, 2008), pp. xvii, 42-51.

Сельские, удаленные и городские районы

51. Для обеспечения равного медицинского обслуживания и полного осуществления права на здоровье государства должны распределять средства и ресурсы на цели здравоохранения таким образом, чтобы обеспечить наличие и доступность медицинских учреждений, товаров и услуг хорошего качества для населения сельских и удаленных районов. В глобальных масштабах по сравнению с городским населением жители сельских и удаленных районов отличаются более плохим состоянием здоровья⁵⁵. В сельских и удаленных районах широко распространены заболевания, многие из которых в других местах поддаются профилактике и лечению, показатели младенческой и материнской смертности здесь выше, чем в городских районах, а дети в большей степени страдают от недоедания⁵⁶. Кроме того, чтобы получить доступ к медицинским услугам, которые нередко отсутствуют в их общинах из-за нехватки инвестиций в физическую инфраструктуру и здравоохранение в сельских и удаленных районах, их жителям зачастую приходится преодолевать трудный путь и значительные расстояния и нести крупные денежные траты⁵⁷.

52. В частности, право на здоровье предусматривает, что государства должны принимать меры по улучшению охраны материнства и уменьшению материнской смертности. Однако в связи с выделением недостаточных средств и ресурсов на цели здравоохранения для сельских и удаленных районов в них нередко отсутствуют службы охраны материнства, квалифицированный персонал по вопросам охраны материнства и медицинские учреждения, предоставляющие услуги хорошего качества⁵⁸. Таким образом, женщины не имеют доступа к службам охраны материнства в своих общинах и для получения помощи вынуждены преодолевать значительные расстояния при серьезных денежных затратах. Как следствие, в отличие от жительниц городских районов женщины в сельских и удаленных районах имеют более низкие показатели живорождений при квалифицированном родовспоможении⁵⁸ и значительно более высокие показатели материнской смертности и заболеваемости⁵⁹.

53. Право на здоровье предусматривает также, что государства должны обеспечивать возможность использования медицинских учреждений, товаров и услуг хорошего качества и доступа к ним на недискриминационной основе. Во многих государствах в категорию населения сельских и удаленных районов в значительной мере входят уязвимые или маргинализированные группы населения, такие как малоимущие слои населения, этнические и расовые меньшинства и коренные народы⁶⁰. Эти группы нередко сталкиваются с трудностями при получении доступа к медицинскому обслуживанию, поскольку у них нет социальных и политических средств для борьбы с несправедливым распределением

⁵⁵ WHO, "Inequities in health care and health outcome (2008)", pp. 92-95.

⁵⁶ Pan American Health Organization, *Health in the Americas*, vol. 1 (Washington, D.C., 2007), pp. 58, 60, 62.

⁵⁷ Mandy Leveratt, "Rural and remote Australia — Equity of access to health care services", *The Australian Health Consumer*, No. Two (2006-2007), pp. 16-17.

⁵⁸ WHO, *Maternal Health: Investing in the Lifeline of Healthy Societies & Economies* (September 2010), p. 10.

⁵⁹ WHO, "Making Pregnancy Safer", Maternal Mortality Factsheet (Geneva 2008).

⁶⁰ Human Rights Council, "Final study of the Human Rights Council Advisory Committee on the advancement of the rights of peasants and other people working in rural areas" (A/HRC/19/75, sect. IV).

государственных ресурсов⁶¹. Таким образом, несправедливое распределение средств и ресурсов на цели здравоохранения между сельскими, удаленными и городскими районами может привести в рамках системы здравоохранения к структурной дискриминации уязвимых или маргинализированных групп населения, которые в отличие от городских жителей не имеют в своих общинах доступа к медицинским учреждениям, товарам и услугам хорошего качества.

54. Об актуальности этой проблемы свидетельствует положение коренного населения в мире. Во многих государствах общины коренного населения относятся к уязвимым группам вследствие беспросветной нищеты, исторической маргинализации и политического бесправия⁶². Эти проблемы усугубляются тем обстоятельством, что коренное население традиционно проживает в сельских и удаленных районах, в которых зачастую отсутствуют объекты государственной инфраструктуры, включая медицинские учреждения⁶³. Как следствие во всех регионах мира коренное население отличается более плохим состоянием здоровья, нежели некоренное население⁶⁴. Например, по сравнению с некоренным населением в трех различных странах коренное население имеет в три раза более высокие показатели младенческой смертности, в 11 раз более высокие показатели самоубийств и в 7 раз более высокие показатели плохих санитарных условий⁶⁵. Подход, основанный на соблюдении права на здоровье, предусматривает, что государства должны справедливым образом распределять средства и ресурсы на цели здравоохранения между сельскими и городскими районами, с тем чтобы обеспечить соблюдение и осуществление права на здоровье уязвимых и маргинализированных групп населения, живущих в этих районах.

IV. Заключение и рекомендации

55. Подход к финансированию здравоохранения, основанный на соблюдении права на здоровье, представляет собой концепцию, позволяющую обеспечить надлежащее, справедливое и устойчивое финансирование здравоохранения. Этот подход направлен на решение трех важнейших вопросов, связанных с финансированием здравоохранения: каким образом государства обеспечивают выделение надлежащих средств на цели здравоохранения и источники поступления этих средств; каким образом эти средства объединяются; и каким образом средства и ресурсы распределяются в рамках систем здравоохранения для обеспечения всеобщего доступа к медицинским учреждениям, товарам и услугам хорошего качества.

56. Специальный докладчик настоятельно призывает государства принять следующие меры для обеспечения выделения надлежащих средств на цели здравоохранения:

⁶¹ WHO/European Commission, *How health systems can address health inequities through improved use of Structural Funds* (Copenhagen, 2010), pp. 9-10.

⁶² Robyn Eversole et al. (eds.), *Indigenous Peoples & Poverty: An International Perspective* (Bergen, Comparative Research Programme on Poverty, 2005), pp. 69, 128.

⁶³ World Bank, *Indigenous Peoples: Still among the Poorest of the Poor* (2010), p. 5.

⁶⁴ WHO, *The Health and Human Rights of Indigenous Peoples*, Health and Human Rights Team, (2011).

⁶⁵ WHO, *Health of indigenous peoples*, Fact sheet No. 326 (2007), available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/en/index.html.

а) внедрить структурированную на основе прогрессивной шкалы систему общего налогообложения для финансирования здравоохранения или повысить степень использования принципа прогрессивности в таких системах там, где они уже существуют;

б) обеспечить нерегрессивный характер потребительских налогов, таких как акцизные сборы и НДС. Это может предполагать установление соответствующих пороговых показателей, ниже которых малые предприятия не подлежат налогообложению, и сокращение или отмену потребительских налогов на предметы первой необходимости;

в) рассмотреть возможность целевого использования части поступлений от конкретных налогов, таких как налоги на «вредные привычки» и НДС, для покрытия расходов на здравоохранение;

г) обеспечить, чтобы политика либерализации налогообложения, обусловленная международной конкуренцией в этой сфере, включая налоговые скидки для иностранных инвесторов и низкие или нулевые торговые налоги и налоги на прирост капитала, не вела к сокращению государственного финансирования здравоохранения;

д) изыскать способы сбора налогов с предприятий неформального сектора при условии предоставления таким предприятиям государственных услуг и других льгот, полагающихся облагаемым налогами структурам.

57. Специальный докладчик настоятельно призывает государства принять следующие меры для налаживания международного сотрудничества с целью обеспечить устойчивое международное финансирование здравоохранения:

а) координировать деятельность всех доноров в государствах-реципиентах, предусматривая участие гражданского общества и затрагиваемых общин, в целях удовлетворения внутренних потребностей в сфере здравоохранения и содействия созданию систем здравоохранения на основе самообеспечения;

б) разработать договорной глобальный механизм объединения ресурсов, который предусматривает внесение государствами обязательных взносов по прогрессивной шкале, распределяемых с учетом необходимости, и функционирует на основе транспарентных, открытых для широкого участия процессов, с тем чтобы перейти от донорской системы к обязательной системе международного финансирования.

58. Специальный докладчик настоятельно призывает государства уделять первоочередное внимание формированию бюджетов здравоохранения на национальном и субнациональном уровнях, с тем чтобы уменьшить чрезмерную зависимость от международного финансирования и обеспечить удовлетворение потребностей в области здравоохранения за счет внутренних ресурсов.

59. Специальный докладчик настоятельно призывает государства принять следующие меры для объединения средств, выделяемых на цели здравоохранения:

а) внедрить систему объединения ресурсов, предусматривающую внесение обязательной предварительной оплаты по прогрессивной шкале в виде, например, налогов и страховых взносов, с тем чтобы сократить размер и ликвидировать практику внесения платежей из собственного кармана для покрытия медицинских расходов и обеспечить доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам хорошего качества для малоимущих слоев населения;

б) разработать программы социального медицинского страхования, финансируемые за счет обязательных, вносимых по прогрессивной шкале взносов и дополняемых средствами, получаемыми за счет общего налогообложения, которые охватывают достаточно широкий круг участников, что позволяет эффективно осуществлять перекрестное субсидирование с предоставлением безусловных исключений малоимущим слоям населения;

с) обеспечить, чтобы программы социального медицинского страхования охватывали все необходимые слои населения, в частности уязвимые и маргинализированные группы населения, с уделением особого внимания работникам неформального сектора;

д) обеспечить, чтобы включенные в программы социального медицинского страхования пособия предусматривали минимальный набор медицинских товаров и услуг, являлись общедоступными и предоставлялись всем в случае необходимости. Пакеты пособий должны:

- i) учитывать уровень заболеваемости и медицинские потребности населения;
- ii) предусматривать эффективное предоставление ориентированных на интересы общин услуг по оказанию первичной медико-санитарной помощи;
- iii) предусматривать обеспечение медикаментами первой необходимости и аналоговыми лекарствами в целях обеспечения доступа к безопасным, эффективным и недорогостоящим лекарственным препаратам.

60. Специальный докладчик настоятельно призывает государства принять следующие меры для справедливого распределения средств на цели здравоохранения:

а) обеспечить справедливое и эффективное распределение средств и ресурсов на цели здравоохранения между секторами предоставления первичной, вторичной и третичной медицинской помощи с уделением особого внимания первичной помощи;

б) обеспечить предоставление и доступность медицинских учреждений, товаров и услуг хорошего качества для населения сельских и удаленных районов на недискриминационной основе. Это предполагает:

- i) увеличение инвестиций в объекты физической инфраструктуры здравоохранения в сельских и удаленных районах;

ii) создание стимулов для медицинского персонала, таких как конкурентоспособный размер заработной платы, налоговые скидки, ротационные должности и ускоренное продвижение по службе для тех, кто работает в сельских и удаленных районах.
