



Глобальная кампания за право человека на здоровье

Концептуальная записка (1-й ПРОЕКТ)

I. Введение

Общественное здравоохранение всех стран мира серьезно пострадало от мер жесткой экономии, которые были введены после глобального экономического кризиса. В последнее десятилетие сектор медицинского и социального обслуживания, объемы которого оцениваются в целом в 5,8 триллиона долларов США ежегодно, представляет собой одну из крупнейших и постоянно растущих отраслей экономики. Крупный бизнес проталкивает либерализацию медицинских услуг, способствуя повышению роли многонациональных корпораций (ТНК). Доступ к медицинскому обслуживанию – это право человека, следовательно, ответственность за него лежит на правительствах и обществах. Частные компании, ввиду своей природы, преследуют лишь получение прибыли, не заботясь об общем благе. После десятилетий приватизации общественных услуг правительствам пора взять на себя ответственность и привести эти услуги в соответствие с потребностями людей. Здоровье важнее всего, поэтому именно оно должно стать для правительств приоритетом.

Меняющийся мир труда, сокращения и атаки на профсоюзные права медицинских работников вызвали острую нехватку медицинских услуг, в частности для тех, кто не может позволить себе платить за эти услуги. PSI и его членские организации предпринимают энергичные попытки изменить сложившуюся ситуацию, выступая против текущих тенденций, проводя акции на международном, региональном и местном уровнях, чтобы поставить людей выше прибыли, ведут борьбу, добиваясь всеобщего охвата общественным медицинским обслуживанием.

Нам необходимо объединить эти усилия в рамках глобальной кампании за право человека на здоровье, в соответствии с решениями 29-го Всемирного конгресса. Настоящая концептуальная записка представляет собой документ для обсуждения, который будет положен в основу Глобальной кампании за право человека на здоровье, стартующей 13 декабря 2016 года во время заседания Целевой рабочей группы по вопросам медицинского и социального обслуживания 12-13 декабря в Женеве.

II. Контекст

«Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья» было объявлено правом человека в 1946 году с созданием Всемирной организации здравоохранения. Этот принцип нашел свое отражение в конституциях многих стран. После этого заявления имели место существенные улучшения в этом секторе, в частности в промышленно развитых странах. Но, несмотря на несколько межправительственных пактов о всеобщем охвате медицинскими услугами, мы по-прежнему очень далеки от обеспечения права человека на здоровье для всех.

Более 1 миллиарда людей живут в нищете и не имеют доступа к питьевой воде, а 2,6 миллиарда человек не имеют доступа к средствам санитарии. Войны, внутренние конфликты и изменение климата продолжают уносить десятки тысяч жизней, оставляя многие миллионы в глубокой нищете. Медицинские работники платят своими жизнями, находясь на переднем крае борьбы с природными, техногенными и эпидемиологическими катастрофами зачастую без надлежащей защиты или вознаграждения, свидетельством чему стали недавние вспышки вирусов Эболы, Зика и MERS.

Мы наблюдаем активизацию приватизации, либерализацию и сокращение финансирования социальных услуг, проталкиваемые в соглашениях о свободной торговле и условиях «помощи» и кредитных линий международных финансовых институтов. Все они подкрепляются обещаниями, что «рынки» могут сделать лучше, чем государства, потому что они более эффективны и менее бюрократизированы. В развивающихся странах из-за программ структурной перестройки в 1980-х и 1990-х годов было ограничено пространство для маневра в политике поддержания скромного уровня или улучшения медицинского обслуживания. Вместе с тем, в настоящее время признается, что эти меры привели к углублению неравенства и ухудшению качества медицинских услуг. Упорное следование подобной политике сводит на нет существенное улучшение состояния

здоровья и продолжительности жизни, зафиксированные в последние десятилетия, большинства населения развивающихся стран.

Из-за недостаточного финансирования здравоохранения сотням миллионов бедных людей приходится платить за медицинские услуги из своего кармана. По данным ВОЗ, «ежегодно почти 100 миллионов человек во всех странах мира оказываются за чертой бедности в результате сокращения расходов на здравоохранение».¹ Иными словами, отсутствие базового медицинского обслуживания ведет к росту неравенства и нищеты в обществе.

Это четко указывает на критическую необходимость всеобщего охвата *общественными* медицинскими услугами, чтобы здоровье было реализовано как право человека. Однако мы видим, что все происходит совсем наоборот. В последние несколько десятилетий сектора медицинского и социального обслуживания стали одной из главных целей реструктуризации и расширения участия *коммерческих* частных интересов в предоставлении медицинских услуг при открытой поддержке правительств под предлогом качественного реформирования сектора здравоохранения.

Нередко такая поддержка принимает различные формы приватизации, в том числе в виде государственно-частных партнерств (ГЧП), а также политики, способствующей расширению предоставления медицинских услуг и фармацевтической продукции многонациональными корпорациями. Подобные реформы здравоохранения являются элементом трехмерных финансовых реформ: ужесточения системного финансового контроля, установки новых приоритетов в распределении правительственных ресурсов, подстегиваемые ограниченным пониманием роста, а также улучшением использования ресурсов с точки зрения бережливого государства (Schick, 1998).²

Но предположение, за которое цепко держатся политики, о том, что частное предоставление медицинских услуг является более эффективным, не основано на реальных данных. Наоборот, «сравнение общих расходов на здравоохранение на национальном уровне показывает, что страны с более высоким уровнем частных расходов на здравоохранение тратят на здравоохранение больше и достигают худших результатов по ключевым показателям национального здравоохранения» (Lethbridge, 2014).³

Кроме того, из-за так называемых налоговых реформ, таких как снижение порога и введение плоской шкалы налогообложения, крупные частные корпорации не вносят свою справедливую долю, чтобы сделать вклад в общественное обслуживание, а продолжают копить триллионы долларов, которые могли бы быть использованы для финансирования всеобщего общественного здравоохранения и расширения социальной защиты (Philips et al, 2016).⁴

Все это весьма «отрицательно и разрушительно» отразилось на секторе медицинского и социального обслуживания (Maucher, 2013). Бюджетные сокращения и введение/увеличение сборов с пользователей оказали «разрушительное воздействие» на предоставление услуг в развитых и развивающихся странах. Урезание заработной платы приобретает общий характер, а гарантии занятости, который имели обыкновенно быть нормой в секторе, быстро превращаются в мираж. Сектор здравоохранения стал свидетелем расширения нестандартной занятости и неформальных трудовых отношений в придачу к сокращению штатов и отсутствию замены вышедшим на пенсию работникам. Это привело к повышению рабочей нагрузки на медицинских работников, в особенности молодого возраста, и ухудшению качества медицинского обслуживания. Перегруженность медицинских работников и пациентов ведет к росту насилия на рабочих местах. В наибольшей степени от этого страдают женщины.

Демографический дисбаланс между глобальным Севером и Югом, отсутствие планирования потребностей в секторе здравоохранения и подготовки медицинских кадров наряду с низкой заработной платой являются катализаторами миграции медицинских работников из развивающихся стран в развитые. Зачастую мигранты не знают своих прав и, в связи с отсутствием регулярных каналов миграции, становятся жертвами торговли людьми, а в конечном итоге – кабального труда, невзирая на кодекс этического найма ВОЗ. Миграция медицинских и социальных работников ведет к серьезному ослаблению и без того хрупких систем здравоохранения и подрывает способность стран реагировать на кризисы в здравоохранении, о чем свидетельствует высокая летальностью во время вспышки лихорадки Эбола в Западной Африке.

Нынешняя драматическая ситуация возникла в результате политического выбора и может быть изменена путем политического выбора. Для решения проблемы есть удачные возможности, такие как «обновленные глобальные обязательства по здравоохранению, подкрепленные целью 3.8 Всеобщего охвата медицинскими услугами

¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>

² Schick A., 2009, "Budgeting for Fiscal Space", *OECD Journal on Budgeting*, Vol 9/2, OECD Publishing, Paris

³ http://www.world-psi.org/sites/default/files/documents/research/2014_-_financing_health_care_-_psiru_paper.pdf

⁴ <http://ctj.org/pdf/offshoreshellgames2016.pdf>

(ВОМУ)»⁵ и рекомендациями Комиссии ООН высокого уровня по вопросам занятости в секторе здравоохранения и экономического роста. Таким результатам способствовали активные усилия⁶ PSI. Тем не менее, мы должны реализовать эти обязательства на практике и провести массовую глобальную кампанию за право человека на здоровье.

При этом необходимо опираться на заслуживающие похвалы усилия PSI и его членских организаций сектора в различных регионах и, по мере необходимости, укреплять коалиции с другими глобальными федерациями профсоюзов, национальными профцентрами, организациями гражданского общества, объединениями пациентов/пользователей медицинских учреждений и научно-исследовательскими учреждениями, чтобы добиться перемен, которые обеспечат всеобщий доступ к общественному здравоохранению как праву человека.

III. Концептуальная основа

Наша концепция *права человека на здоровье* (ПЧЗ) основана на нескольких международных инструментах и документах,⁷ ратифицированных государствами и правительствами различных стран мира. Помимо универсального нормативного содержания права на здоровье, степень *формального* включения его в конституции и законодательство отдельных стран, а также фактическое состояние его реализации будут также в центре внимания кампании, являясь отправной точкой нашей активной позиции по защите. Мы изучим обязательства и предпринятые или не предпринятые действия правительств по обеспечению здоровья для всех, а также противоречия в глобальном мире, где возводятся стены, препятствующие перемещению людей, но не вирусов.

С 70-х годов общепринято, по крайней мере, официально считать здоровье правом человека в современном обществе, но мы должны знать о различных типах атак, мешающих его эффективному осуществлению, таких как приватизация, коммерциализация, ГЧП и приоритизация других коммерческих интересов в предоставлении медицинских услуг. Проблема заключается не только в частных поставщиках, но и превращении здоровья в товар финансовой системой и МНК, навязывающими бизнес-модель сектору, имеющему высочайшую социальную значимость. Кроме того, слияние крупных финансовых и фармацевтических корпораций создает в секторе монополию нескольких крупных игроков, что ведет к опровержению мифа о конкуренции. Понимание этой системы и повышение уровня информированности о последствиях поможет нам выдвинуть на первый план положительные примеры, которые мы сможем выдвинуть в качестве альтернативы в поддержку нашей кампании.

«Право на здоровье занимает видное место среди международно признанных прав человека, хотя его формулировка и дальнейшее утверждение имели место сравнительно недавно».⁸ Это и не удивительно, так как оно касается самого нашего существования и обеспечения достойной жизни.⁹ Точное определение здоровья как «состояния полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствия болезней или физических дефектов»¹⁰ дано в преамбуле Устава ВОЗ. Кроме того, там подчеркивается, что «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения».

Еще одно точное определение здоровья как одного из *основных прав человека* было также дано в Алма-атинской декларации 1978 года. В декларации также подчеркивается, что «достижение возможно высшего уровня здоровья составляет важнейшую всемирную социальную задачу, для выполнения которой необходимы совместные усилия многих социальных и экономических секторов общества в дополнение к сектору здравоохранения». До этого и после вступления в силу Устава ВОЗ приоритетность права на здоровье была закреплена в нескольких международных пактах о правах человека. Всеобщая декларация прав человека называет право на охрану здоровья важнейшим компонентом права на достаточный уровень жизни для всех людей. В статье 25 (1) говорится: «Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, и право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам».¹¹

Это задает тон лежащим в основе права на здоровье договорам по правам человека свода документов системы ООН и региональных договорных систем всего мира, центральное место среди которых занимает

⁵ http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/About_IHP/_mgt_arrangemts_docs/UHC_Alliance/UHC_2030_Alliance_Concept_Note.pdf

⁶ <http://www.world-psi.org/en/working-health-and-growth-investing-health-workforce>

⁷ См. рабочий список соответствующих инструментов и документов в приложении. World Health Organization. "The Right to Health Fact Sheet No. 31." Geneva: WHO. pp: 41-45. http://www.who.int/hhr/activities/Right_to_Health_factsheet31.pdf (2008).

⁸ Martins S.P., (2013), "Introduction: the Emergence and Scope of the Human Right to Health", In J.M. Zuniga, S.P. Marks, L.O. Gostin (Eds.) *Advancing the Human Right to Health*, Oxford University Press, New York

⁹ <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>

¹⁰ ВОЗ, 1946

¹¹ Генеральная Ассамблея ООН, 1948

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах 1966 года.¹² Взаимосвязанность прав, касающихся здоровья, других основополагающих социальных предпосылок показателей здоровья и здравоохранения не может быть переоценена. Наряду с постепенным осуществлением права на здоровье государства-участники несут общие и конкретные юридические обязательства *уважать, защищать и осуществлять* право человека на здоровье. Так, правительства государств-участников должны «воздерживаться от прямого или косвенного посягательства на право на здоровье», «принимать меры для недопущения посягательств на предусмотренные в статье 12 гарантии» и «принимать соответствующие законодательные, административные, бюджетные, судебные, стимулирующие и иные меры для полного осуществления права на здоровье».

В основе статьи 12 лежат следующие гарантии:

- *наличие*. Центральное место здесь уделяется «функционирующим **общественным** медицинским учреждениям, товарам и услугам, а также соответствующим программам», включающим в себя «основополагающие предпосылки здоровья, такие, как инфраструктура для снабжения безопасной питьевой водой и адекватными санитарными услугами, больницы, поликлиники и другие медицинские учреждения, **подготовленный врачебный и медицинский персонал, получающий конкурентоспособное на внутреннем уровне вознаграждение**, и важнейшие лекарственные средства» в «достаточном количестве» в каждом государстве-участнике (выделено PSI);
- *доступность*. Всеобщий доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам должен учитывать четыре взаимосвязанных аспекта, таких как недискриминация, физическая доступность, экономическая доступность (т.е. доступность с точки зрения расходов), доступность информации. Это служит концептуальной основой **Всеобщего охвата медицинскими услугами**;
- *приемлемость*. Медицинские учреждения, товары и услуги должны соответствовать «принципам медицинской этики, учитывать культурные особенности». Это предполагает уважение к культуре отдельных людей, народов и сообществ, включая меньшинства, а также гендерные требования и требования, связанные со всем жизненным циклом, обеспечивать соблюдение конфиденциальности, а также улучшать состояние их здоровья;
- *качество*. Медицинские учреждения, товары и услуги должны быть приемлемыми в культурном отношении, быть хорошего качества и с научной, и с медицинской точки зрения. «Наличие квалифицированного медицинского персонала, научно проверенных и пригодных медикаментов и медицинского оборудования, безопасной питьевой воды и адекватных санитарных услуг» являются одними из основных требований для обеспечения необходимого **качества** здравоохранения, без которого право на здоровье находится под угрозой.

Реализация права человека на здоровье в равной степени требует соблюдения *процессуальных принципов*, которые, как правило, применяются к правам человека в целом.¹³ К ним относятся:

- *недискриминация*. Доступ к здравоохранению и предоставление медицинских услуг должны исключать всякую намеренную или фактическую дискриминацию на основании состояния здоровья, дохода, расы, национальности, языка, религии, пола, сексуальной ориентации, инвалидности, национальности или социального положения;
- *прозрачность*. Информация о состоянии здоровья должна быть на доступном языке и доступной всем, что позволит отдельным лицам и населению быть в достаточной мере осведомленными в вопросах защиты своего здоровья. Финансирование, организация и предоставление медицинских услуг должно прозрачно осуществляться учреждениями и ответственным за них персоналом;
- *участие*. Необходимо энергично содействовать активному участию отдельных лиц и сообществ в процессах принятия решений по вопросам, оказывающим влияние на их здоровье. Это должно включать в себя организацию и реализацию медицинских услуг;
- *ответственность*. Государственные учреждения и частные структуры, участвующие в разработке и осуществлении политики, а также предоставлении медицинских услуг должны быть ответственными, а также соблюдать обязательные стандарты, правила и осуществлять независимый контроль за соблюдением.

Право на здоровье определено и гарантируется в региональных договорах по правам человека, большинство из которых были заключены в период между 1960-х и 1980-х годами и остаются в силе на законных основаниях.

¹² Существует общее мнение, что в Замечаниях общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам (созданного для мониторинга МПЭСКП) 2000 года отражена нормативная сущность права человека на здоровье. В них перечислены 14 прав человека, являющихся «неотъемлемыми компонентами права на здоровье». К ним относятся «право на питание, жилище, труд, образование, человеческое достоинство, жизнь, недискриминацию, равенство, запрещение пыток, частную жизнь, доступ к информации, а также свободу объединения, собраний и передвижения».

¹³ <http://www.nesri.org/programs/what-is-the-human-right-to-health-and-health-care>

Кроме того, «право на здоровье или медицинскую помощь признается в конституциях, по крайней мере, 115 стран», а в конституциях не менее шести других стран четко оговорены обязанности государства в отношении здоровья, такие, как развитие здравоохранения или выделение конкретных бюджетных ассигнований на цели здравоохранения.¹⁴ Они предоставляют возможности для проведения кампаний за реализацию права, не считая некоторые успехи, уже достигнутые на настоящий момент некоторыми правительствами.¹⁵

Комиссии по правам человека, созданные в различных регионах с целью контроля за соблюдением, успешно привлекают к ответственности государства за отрицание права своих граждан на здоровье. Так, например, в 2001 году в Сальвадоре после вмешательства Межамериканской комиссии по правам человека была немедленно оказана помощь 27 лицам, живущим с ВИЧ и нуждавшимся в тройной терапии. Подобные юридические победы достойны высокой оценки и укрепляют основу для действий в судебной практике. Следует также отметить, что обобщение подобных преимуществ требует мер *политического* характера, направленных на повышение осведомленности общественности, лоббирование на основе фактических данных исследований, с сильной взаимосвязью между исследованиями и действиями. Это одна из задач кампании за право человека на здоровье (ПЧЗ). Государства, признающие право на здоровье, также создают дополнительные возможности для действий с точки зрения подтверждения актуальности. Успешные судебные дела были зафиксированы в Аргентине, Колумбии, Бразилии, ЮАР, Эквадоре, Коста-Рике и Венесуэле, и это лишь некоторые из примеров. Этот опыт поможет нам понять, как работать с союзниками, целевыми группами, ОГО и создавать стратегические коалиции, необходимые для того, чтобы наша деятельность была успешной.

IV. На пути к реализации права на здоровье: противоречивая динамика

Невзирая на повсеместное и *официальное* признание, право человека на здоровье подвергается атакам. Достижения прошлого сводятся на нет *коммерческими* интересами частных поставщиков и фармацевтических корпораций, частных медицинских страховых компаний и компаний по управлению медучреждениями. Аутсорсинг и заключение контрактов с персоналом о предоставлении услуг ведут к снижению качества и уменьшению доступности медицинских услуг, с одной стороны, и небезопасному снижению уровня эффективности персонала и заработной платы, потере рабочих мест медицинских работников, с другой стороны. В таких условиях трудно понять, как реализация Целей устойчивого развития (ЦУР) будет способствовать сокращению бедности и обеспечению всеобщего охвата медицинским обслуживанием.

Приватизация и коммерциализация медицинского обслуживания. Свидетельства указывают на провал приватизации медицинских служб. В документе ДЭСВ ООН «Соответствуют ли государственно-частные партнерства задачам Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года?» указывается на то, что «ГЧП имеют меньше шансов обеспечить повышение эффективности в социальном секторе, например, в больницах и школах, где доступ и справедливость вызывают серьезную озабоченность».

В публикации «Почему государственно-частные партнерства не работают» Международного исследовательского центра общественного обслуживания (МИЦОО) оценивается опыт ГЧП как в богатых, так и в бедных странах. Автор публикации приходит к выводу, что ГЧП – это дорогостоящий и неэффективный способ финансирования инфраструктуры и услуг, скрывающий государственные заимствования, обеспечивая при этом долгосрочные государственные гарантии прибыли частным компаниям. Внедрение ГЧП ведет к существенному сужению потенциала общественного сектора, в особенности в развивающихся странах. ГЧП присуща слабая прозрачности и ограниченный контроль со стороны общественности, подрывающие демократическую подотчетность. ГЧП ведут к постоянному росту задолженности правительств и негибким соглашениям об услугах с 20-процентным дополнением к основному финансированию всякий раз при их пересмотре в случае изменения потребностей населения. Кроме того, задолженность правительств может также оказывать отрицательное влияние на предоставление других общественных услуг из-за сокращения ресурсов, а также на здоровье населения как такового.

¹⁴ <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>

¹⁵ Статья 11 Европейской социальной хартии 1961 года (в редакции 1996 года) закрепляет обязательство государств принимать необходимые меры по «устранению, насколько это возможно, причин нарушения здоровья» и «обеспечить, чтобы любому лицу, которое не имеет достаточных средств к существованию [...] предоставлялись соответствующая помощь, а в случае болезни – необходимый в его состоянии уход». Статья 16 Африканской хартии прав человека и народов предусматривает «право на максимально достижимый уровень физического и психического здоровья». В ней также говорится, что государства-участники Хартии «должны принять необходимые меры для защиты здоровья своих народов и обеспечить, чтобы они получали медицинскую помощь в случае болезни». В статье 10 Дополнительного протокола к Американской конвенции о правах человека в области экономических, социальных и культурных прав 1988 года также подтверждается, что «каждый человек имеет право на здоровье для достижения наивысшего уровня физического, психического и социального благополучия». В пункте 1 Арабской хартии по правам человека 2004 года говорится, что «государства-участники признают право каждого члена общества на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, а также право гражданина на бесплатное базовое медицинское обслуживание, а также доступ к медицинским объектам без какой-либо дискриминации».

PSI предлагает избегать продвижения ГЧП в предоставлении медицинских услуг параллельно с созданием стандартов для ГЧП в секторе здравоохранения при участии всех органов власти (включая местные) и основных заинтересованных сторон (потребителей медицинских услуг, работников сектора здравоохранения и пр.). PSI также предлагает разработать критерии оценки и периодической проверки ГЧП, уже существующих в секторе здравоохранения.

PSI выступает за пересмотр корпоративной налоговой системы, позволяющей в настоящее время корпорациям уклоняться от уплаты более 3 триллионов долларов налогов ежегодно. Это позволило бы обеспечить столь необходимые поступления для расширения общественного обслуживания в соответствии с Целями устойчивого развития ООН. Что нам необходимо, так это четкие обязательства и инвестиции в общественные блага и демократическое и прозрачное предоставление услуг с гарантиями всеобщего доступа и качества. На сегодняшний день ГЧП в секторе здравоохранения, образования и водоснабжения не удалось достичь стандартов, необходимых для осуществления ЦУР. Что касается налоговой справедливости, то мы хотим обеспечить, чтобы увеличение финансовых ресурсов из уже существующих и новых источников в результате налоговой реформы использовались для повышения заработной платы и улучшения условий труда медицинских работников, начиная с имеющейся глобальной рабочей силы сектора здравоохранения.

Невзирая на признание присутствия частного сектора, мы испытываем насущную необходимость в укреплении системы управления, передовых методах и моделях, которые можно было бы применить на глобальном уровне, а также определении глобальных игроков и вовлечении их в процесс глобальной реформы. Результаты опроса членских организаций PSI работников сектора медицинского и социального обслуживания показал, что большинство медицинских и социальных услуг, в том числе основных и вспомогательных, переводятся в настоящее время на аутсорсинг. Международные компании выиграли, по крайней мере, четверть контрактов в секторе здравоохранения, поэтому при подключении национальных дочерних компаний влияние международных компаний на системы общественного медицинского и социального обслуживания быстро растет. Имеют место изменения в виде появления различных форм финансирования здравоохранения, а в некоторых странах зафиксированы более высокие показатели оплаты услуг пользователями и снижение доли государственных расходов на общественное здравоохранение в общих расходах на медицину.

Многонациональные медицинские компании. Крупные компании используют различные стратегии для выхода на мировые рынки. Удивление вызывают компании, перемещающиеся из Африки, Австралии или Азии в Европу. Реформы, проводимые Всемирным банком, МФК и региональными банками развития, в том числе маркетизация, децентрализация и корпоратизация государственного сектора, позволяют многонациональным компаниям входить в сектор общественного здравоохранения. Рост коммерциализации медицинских и социальных услуг ведет к их включению в торговые соглашения, которые открывают эти услуги конкуренции между глобальными компаниями по предоставлению услуг. PSI придерживается мнения о том, что поставщики медицинских (и социальных) услуг не должны брать деньги из системы и делиться ими с акционерами, находящимися в финансовом раю. Возможные доходы должны оставаться в системе и инвестироваться в системы здравоохранения, что также означает, что они должны использоваться для улучшения качества условий труда и рабочих мест медицинских работников.

Влияние международной торговли на здравоохранение. Торговые цели в секторе здравоохранения должны быть совместимы с другими законными социальными целями, такими как обеспечение всеобщего доступа. Регулирование сектора здравоохранения необходимо для защиты пациентов, в том числе от злоупотребления служебным положением и использования их персональных данных. Любое содействие мобильности пациента должно включать три основных компонента: финансирование (компенсация), предоставление услуг (качество и стандарты) и, наконец, ответственность после лечения. С экономической точки зрения влияние на системы здравоохранения стран происхождения осуществляется следующим образом: в случае, когда люди, нуждающиеся в лечении за границей, финансируют его самостоятельно, деньги вымываются из национальных систем здравоохранения, чей низкий уровень инвестирования нередко служит обоснованием лечения за границей, тем самым усугубляя проблему. Одновременно это служит обоснованием сокращения инвестиций в систему здравоохранения, а также подготовки и найма рабочей силы в секторе здравоохранения, а средства налогоплательщика, вложенные в медицинские услуги, предоставляемые отдельным пациентам, оказываются в системе частного здравоохранения другой страны. Экономика страны происхождения теряет преимущества от расходов на здравоохранение, которые растут, вместо того, чтобы вливаться в экономику поставщика.

Страны-экспортеры медицинских услуг сталкиваются с оттоком квалифицированных кадров каналами экспорта медицинских услуг в места с более высокой заработной платой и лучшими учреждениями, что подрывает кадровую базу государственных учреждений и закрепляет неравенство в системе здравоохранения. Образование и обучение, финансируемые странами происхождения, используются в интересах иностранных пользователей медицинских услуг, а не местных граждан и налогоплательщиков. Любой «необходимый уход после лечения» является обязанностью местного учреждения или, вероятнее всего, системы общественного здравоохранения, но возникает ситуация, когда принимающие страны и их налогоплательщики несут расходы на финансирование восстановительного лечения в случае возникновения осложнений, требующих нахождения в

специализированных учреждениях. Если в стране подобных учреждений нет, то восстановительное лечение приходится оплачивать в других местах.

Достойный труд и условия труда. Всеобщий охват медицинскими услугами невозможен без медицинских работников. А для предоставления качественных медицинских услуг медицинским работникам должны быть обеспечены достойные условия труда, а также безопасность и гигиена труда. Важное значение также имеет свобода объединения и право на ведение коллективных переговоров для работников здравоохранения. Миграция профессионалов, покидающих государственную систему из-за низкой заработной платы и плохих условий труда, угрожает гарантиям предоставления медицинских услуг, в том числе педиатрических, во всем мире.

Сокращение государственного финансирования делает эти системы и работу нестабильными, а инвестиции в здравоохранение способствуют росту и улучшению качества жизни. Работники по уходу на дому за лицами пожилого возраста, вспомогательный персонал, медсестры, младшие и другие медицинские работники, уборщики ведут борьбу за повышение оплаты труда и признание профессиональных навыков, квалификации и своих трудовых прав.

Достойному труду присуще немало характерных черт. Прожиточный минимум, право вступать в профсоюзы и участвовать в профсоюзной деятельности, право на безопасное рабочее место, доступ к непрерывному образованию и поддержке, достаточное время простоя и безопасная продолжительность смен, возможности профессионального развития и роста – лишь некоторые из них. Достойный труд также требует, чтобы медицинские работники имели возможность говорить свободно, не опасаясь последствий, о системе здравоохранения, в которой они работают. Более того, рассказывая о своей рабочей среде, они в первую очередь способствуют реализации права пациентов на эффективную, безопасную и качественную медицинскую помощь независимо от правительственной политики.

В этой связи можно привести пример Либерии, где широко распространены репрессии и запугивание профсоюзов. Несмотря на ратификацию Либерией Конвенции МОТ № 98 о праве на организацию, в этой стране государственным служащим по-прежнему запрещено вступать в профсоюзы. Смерти многих медицинских работников и людей можно было бы избежать, если бы правительство прислушалось к профсоюзам, говорившим о том, что ситуация, связанная с Эболой, возникла в результате развала системы общественного здравоохранения уже в 2014 году. Призывы к дальнейшей приватизации системы здравоохранения Либерии могут привести лишь к глобальной катастрофе. Во многих развивающихся странах, в том числе Южной Азии, частный сектор здравоохранения регулируется ненадлежащим образом, что ведет к появлению специальных вознаграждений, условий труда, трудовых договоров и пособий, а также созданию барьеров для вступления в профсоюзы из страха потерять работу.

Подобной ситуации характерны следующие черты: а) первичный работодатель, т.е. больницы, в которых или на которые они работают, не нанимает работников напрямую, поэтому прозрачные отношения между работодателем и наемным работником напрочь отсутствуют; б) трудовые соглашения нередко носят неформальный характер; в) занятость также носит временный характер. Несмотря на то, что это касается работников, предоставляющих прямые медицинские услуги (медицинских работников), эта тенденция выглядит еще более удручающей в случае работников, оказывающих косвенные медицинские услуги (немедицинских работников). Мы нуждаемся не только в стратегиях, которые позволили бы формализовать неофициальную занятость, но и мерах по сдерживанию информализации официальной занятости в секторе здравоохранения.

В уменьшении расходов на здравоохранение особую роль играют инвестиции в первичную и профилактическую медицинскую помощь, т.к. в настоящее время слишком много тратится на неотложную медицинскую помощь, что, возможно, связано с интересами медико-фармацевтической промышленности, т.е. крупными фармацевтическими компаниями и производителями медицинского оборудования. Первичную и профилактическую медицинскую помощь лучше всего оказывают медицинские работники на местном уровне. Вместе с тем, необходимо подчеркнуть, что как раз здесь имеет место низкая оплата труда, недостаточная профессиональная подготовка, эксплуатация, а также отсутствия стабильного финансирования.

Если мы хотим добиться лучших показателей здоровья, мы должны обеспечить включение политики, нормативных актов и законов, касающихся соотношения количества пациентов и медицинских работников, численности пациентов, в планы и программы создания рабочих мест в секторе здравоохранения, а также стали вопросами, подлежащими согласованию на международном уровне наряду с образованием, квалификацией и полномочиями медицинских работников. Это окажет непосредственное влияние на условия труда и жизни миллионов работников-мигрантов сектора здравоохранения и борьбу с расцветом социального демпинга.

Инвестиции в сектор здравоохранения. Инвестиции в сектор здравоохранения, например, в эпидемиологический надзор и реагирование, укрепляют способность стран защищать свое население от инфекционных заболеваний и других опасностей (таких, как вирусные эпидемии Эбола и Зика, а также эпидемии неинфекционных заболеваний). Последствия таких эпидемий обходятся странам чрезвычайно дорого. Инвестиции в кадровые

ресурсы здравоохранения должны сделать гарантии индивидуальной и глобальной медицинской безопасности приоритетной задачей во имя мира, развития и экономического роста.

Реальность многих стран такова, что им приходится бороться с подобными проблемами в условиях непрекращающихся конфликтов, постконфликтного восстановления или трудностей, связанных с текущими или недавними стихийными бедствиями (такими как наводнения, голод и землетрясения). Около миллиарда человек продолжают жить в нестабильных условиях, в настоящее время перемещены больше людей, чем когда-либо после Второй мировой войны. Что касается здоровья матери и ребенка, то почти две трети случаев материнской смертности и более половины смертей детей в возрасте до 5 лет имеют место в условиях гуманитарного кризиса. Во многих странах, являющихся партнерами учреждений по сотрудничеству в области развития, царит нестабильность. Зачастую эти страны не имеют возможности обеспечить базовые медицинские и социальные услуги своим гражданам. Их медицинские работники и учреждения становятся новыми целями в условиях конфликта.

Гуманитарный кризис также перекинулся на страны назначения беженцев. Отсутствие доступа к медицинским услугам для незарегистрированных мигрантов и беженцев ведет к масштабным последствиям. С одной стороны, ограничение или отсутствие доступа к медицинским услугам крайне вредно как для психического, так и физического здоровья. В свою очередь, когда здоровье мигрантов ухудшается, и они лишены доступа к необходимым медицинским услугам, это оказывает негативное воздействие и на здоровье населения, и на систему общественного здравоохранения.

Кроме того, имеют место дополнительные социальные издержки в виде воздействия на семьи и общества, члены которых находятся в плохом состоянии здоровья. Ограничительная политика в секторе здравоохранения оказывает отрицательное воздействие на медицинских работников, чьи обязательства в соответствии с медицинской этикой противоречат требованиям отказывать в помощи больным из-за их статуса пребывания. В ответ на это многие медицинские работники и другие поставщики услуг стремятся обеспечить базовое медицинское обслуживание для всех, нередко работая в трудных условиях.

V. Цели и задачи кампании

Главная цель кампании – создание массового глобального движения, которое сможет повлиять на конкретную политику, направленную на достижение Всеобщего охвата общественными медицинскими услугами (ВОМУ).

Основными задачами кампании за ПЧЗ являются:

- (a) активизация усилий PSI в секторе на национальном и региональном уровнях по проведению кампании за улучшение финансирования здравоохранения и подотчетности бюджета с целью обеспечения всеобщего охвата общественными медицинскими услугами;
- (b) включение отстаивания прав профсоюзов, борьбы с приватизацией и межсекторальных вопросов (например, миграция и изменение климата) в агитацию и борьбу за ВОМУ;
- (c) выделение решающей роли государства в обеспечении прав человека, в том числе доступа к медицинскому обслуживанию;
- (d) повышение осведомленности о финансировании правительствами общественных услуг как благоприятного для рынка решения;
- (e) расширение участия в механизмах, процессах и структурах глобального управления, способствующих активизации работы по осуществлению цели ЦСР 3.8 и Плана действий по докладу Комиссии ООН высокого уровня по вопросам занятости в секторе здравоохранения и экономического роста;
- (f) работа с другими глобальными федерациями профсоюзов, организациями, не являющимися членскими, национальными профцентрами, организациями гражданского общества и другими союзниками.

VI. Мероприятия

Кампания будет включать мероприятия PSI на глобальном, региональном, субрегиональном, национальном и местном уровнях. Эти мероприятия будут непосредственно связаны с кампанией и другими, смежными с ней, в рамках работы в секторе здравоохранения или поддержки борьбы членских организаций и союзников, связанной с целью кампании. Нам необходимо обстоятельно объяснить, что управление качественным общественным здравоохранением необходимо для того, чтобы бросить вызов правительствам и соблюдению ими права человека на здоровье, подняв одновременно планку для частных субъектов в секторе здравоохранения во всех странах мира и обеспечив достойные условия труда для медицинских работников и качественные медицинские услуги для всех.

- Проведение старта кампании 13 декабря на заседании ЦРГМСО при поддержке медиа-кампании.

- Подготовка совместных медиа- и информационных акций с PSI и его членскими организациями в первом квартале 2017 года.
- Проведение *ежеквартальных* мероприятий на глобальном уровне, таких как глобальные политические медицинские мероприятия, выпуск публикаций, общественные мероприятия, международные гостевые лекции, симпозиумы, семинары, митинги и демонстрации, включение текущих проектов PSI для сектора здравоохранения.
- Подготовка стратегии/отчета о кампании перед уставными органами PSI (СУБРАКи, РИКи).
- Подбор приоритетных тем для региональных/субрегиональных мероприятий и подготовка учебных материалов для специализированных семинаров.
- Изготовление плакатов, листовок, флаеров.
- Выпуск информационного бюллетеня «*Право человека на здоровье*».
- Взаимодействие с ВОЗ/МОТ/ОЭСР по соответствующим вопросам политики в области здравоохранения, лоббирование и предоставление доказательств.
- Расширение членства (суб)региональных сетей сектора здравоохранения и сферы их деятельности.
- Создание, укрепление коалиций с НПО и ОГО, занимающими аналогичную позицию, с целью обмена информацией и опытом проведения совместных акций.
- Опираясь на первоначальный опыт кампании, представить соответствующую резолюцию на 30-м Всемирном конгрессе.

VII. Ожидаемые результаты

Ниже приведены ожидаемые результаты кампании:

- *на международном уровне:*
 - ⇒ укрепление членских организаций ИОО, объединяющих медицинских работников, и улучшение условий их труда и занятости;
 - ⇒ укрепление приверженности достижению ЦСР 3.8;
 - ⇒ поддержка кампании за налоговую справедливость как источник финансирования систем общественного здравоохранения;
 - ⇒ усиление роли PSI в глобальной дискуссии по вопросам здравоохранения и разработки/осуществления пактов и политики в области здравоохранения;
 - ⇒ осуществление Плана действий доклада ComHEEG по поддержке общественного здравоохранения;
 - ⇒ углубление сотрудничества с МОТ, ВОЗ и ОЭСР по вопросам политики в секторе здравоохранения;
- *на региональном и национальном уровнях:*
 - ⇒ мобилизация усилий членских организаций и их участие в кампании за обеспечение достижения всеобщего охвата общественными медицинскими услугами;
 - ⇒ усиление роли PSI и его членских организаций из различных регионов в разработке и осуществлении политики в секторе медицинского и социального обслуживания;
 - ⇒ проведение акций в поддержку законодательства и политики, направленных на расширение всеобщего доступа к общественным медицинским услугам и укрепление национальных систем здравоохранения;
 - ⇒ содействие количественному и качественному увеличению кадровых ресурсов здравоохранения, в том числе расширению занятости молодых работников здравоохранения;
 - ⇒ содействие полному осуществлению конвенций и законов о безопасности и гигиене труда медицинских работников;
 - ⇒ подготовка предложений к законам, политике и нормативным положениям, касающимся проблем медицинских работников женщин (например, создание яслей в медицинских учреждениях);
 - ⇒ активизация усилий по немедленному снижению уровня насилия на рабочих местах;
 - ⇒ усиление роли PSI и его членских организаций в обсуждении, разработке, осуществлении политики в секторе здравоохранения на национальном уровне;
 - ⇒ увеличение членства в членских организациях и их количества в секторе здравоохранения.