

От переосмысления к реформам: перспективы развития для системы глобального здравоохранения

Глобальный синтез пяти
региональных диалогов

Отказ от ответственности

В данном документе представлены результаты пяти региональных диалогов по реформе в области глобального здравоохранения, организованных при поддержке фонда Wellcome и проведенных под руководством региональных партнеров. Мнения и взгляды, выраженные в ходе диалога, принадлежат отдельным участникам и не обязательно отражают официальную политику или позицию Wellcome или региональных партнерских организаций.

Выражение признательности

Прежде всего, в данном документе выражается признательность всем заинтересованным сторонам и лицам, участвовавшим в пяти региональных диалогах, а также организациям, которые их проводили, за уделенное время и внесенный вклад. Документ составлен Фабианом Мозером при поддержке Клэр Бэттл и Бек Смит. Следующие члены организаций, ведущих региональные диалоги, представили экспертные замечания и внесли свой вклад в подготовку документа: Юсеф Хадер (для регионального диалога по Ближнему Востоку и Центральной Азии), Ангкана Лекагул и Афира Рахман-Шеперд (диалог по Азиатско-Тихоокеанскому региону), Пабло Вильялобос Динтрас (диалог по Латинской Америке и Карибскому бассейну), Джулия Ропер и Санне Вендес (диалог по Европе и Северной Америке) и Риспа Валумбе и Фрида Нгалесони (диалог по Африке).

Сокращения

AfCFTA:	African Continental Free Trade Area (Африканская континентальная зона свободной торговли)	LACHCP:	Latin America and the Caribbean Health Catalytic Platform (Каталитическая платформа здравоохранения для Латинской Америки и Карибского бассейна)
Africa CDC:	Africa Centres for Disease Control and Prevention (Африканские центры по контролю и профилактике заболеваний)	MDBs (МБР):	Multilateral Development Banks (Многосторонние банки развития)
AMA:	African Medicines Agency (Африканское агентство по лекарственным средствам)	M&E:	Monitoring and Evaluation (Мониторинг и оценка)
APRM:	African Peer Review Mechanism (Африканский механизм равноправного и взаимного контроля)	OIC (ОИС):	Organization of Islamic Cooperation (Организация исламского сотрудничества)
ASEAN (АСЕАН):	Association of Southeast Asian Nations (Ассоциация государств Юго-Восточной Азии)	ODA (ОПР):	Официальная помощь в целях развития
AU (АС):	African Union (Африканский Союз)	ПАНО (ПАОЗ):	Панамериканская организация здравоохранения
DPIs:	Digital Public Infrastructures (Цифровые общественные инфраструктуры)	PFM:	Public Financial Management (Управление государственными финансами)
GAVI:	Global Alliance for Vaccines and Immunization (Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации)	ПНС (ПМСП):	Primary Health Care (Первичная медико-санитарная помощь)
GHI:	Global Health Initiatives (Глобальные инициативы в области здравоохранения)	PDPs:	Product Development Partnerships (Партнерства в области разработки продуктов)
HEAR CSO:	Health Architecture Reimagined Civil Society Organisations (Переосмысленная архитектура здравоохранения: организации гражданского общества)	PPPs (ГЧП):	Public-Private Partnership (Государственно-частное партнерство)
HTA (ОТЗ):	Health Technology Assessment (Оценка технологий здравоохранения)	REC(s):	Regional Economic Community / Communities (Региональное экономическое сообщество / сообщества)
ICRC (МККК):	International Committee of the Red Cross (Международный комитет Красного Креста)	RPGs:	Regional Public Goods (Региональные общественные блага)
IDA/IBRD:	International Development Association / International Bank for Reconstruction and Development (Международная ассоциация развития / Международный банк реконструкции и развития)	SIDS (МОПАГ):	Малые островные развивающиеся государства
IMF (МВФ):	Международный валютный фонд (International Monetary Fund)	UN (ООН):	United Nations (Организация Объединенных Наций)
LAC (ЛАК):	Латинская Америка и Карибский бассейн	UNGA (ГА ООН):	United Nations General Assembly (Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций)
		UN80:	UN80 reform initiative (Инициатива ООН-80 по реформированию системы ООН)
		WHA (ВАЗ):	World Health Assembly (Всемирная ассамблея здравоохранения)
		WHO (ВОЗ):	Всемирная организация здравоохранения

Содержание

Предисловие	4
Резюме	6
Справочная информация	9
Оценка текущего состояния системы	12
1. Сильные стороны	12
2. Слабые стороны	13
Видение, принципы и функции будущей экосистемы	15
1. Видение	15
2. Принципы	15
3. Функции	16
Основные направления реформы	17
1. Управление	17
2. Финансирование	24
3. Данные, знания и продукты	33
Дальнейшие действия	37
1. Факторы содействия	37
2. Призыв к действию	39
3. Основные вопросы для продвижения вперед	41
4. Заключение	41
Сноски	42
Партнеры	43

Предисловие

2025 год стал мрачным годом для глобального здравоохранения. Серьезные сокращения бюджетов на оказание помощи на международном уровне — наиболее заметные в результате закрытия Агентства США по международному развитию (USAID (U.S. Agency for International Development)), за которым последовали сокращения в европейских странах — подорвали усилия в области здравоохранения во всем мире и унесут миллионы жизней в ближайшие несколько лет.

Эти сокращения ослабили систему, которая давно нуждалась в реформе, но до сих пор сопротивлялась изменениям. За последние два десятилетия сфера глобального здравоохранения обеспечила колоссальный прогресс, спасла множество жизней и улучшила состояние здоровья людей во всем мире. Но мы также получили систему, в которой неравенство и неэффективность стали нормой. Слишком часто глобальное здравоохранение представляло собой то, что делали со странами, а не то, что осуществлялось ими самими или вместе с ними. Сейчас у нас есть беспрецедентная возможность изменить эту ситуацию, поскольку сами страны требуют перемен.

Будучи одним из крупнейших в мире независимых благотворительных фондов, деятельность которого направлена на улучшение здоровья каждого человека, Wellcome не только имеет возможность, но и несет ответственность за то, чтобы помочь ответить на эти призывы. За последнее десятилетие мы поддерживали новые модели глобального сотрудничества, способствовали проведению крупных реформ в области готовности к пандемиям и их финансированию, а также последовательно объединяли различные голоса, чтобы находить общий язык и продвигать изменения в решении неотложных проблем здравоохранения.

Нам предстоит найти ответы на сложные вопросы. Как в условиях меньшего объема финансирования обеспечить, чтобы все страны могли создавать и поддерживать устойчивые, управляемые самими странами системы здравоохранения? Как создать такую архитектуру глобального здравоохранения, которая была бы актуальна и отвечала потребностям всех стран, независимо от уровня доходов и потребностей в области здравоохранения? И как мы можем воплотить эти идеи в реальность?

За последний год Wellcome совместно с партнерами по всему миру собрала лидеров и экспертов из правительственных, многосторонних и глобальных организаций здравоохранения, частного сектора и гражданского общества, чтобы начать изучение этих вопросов и найти пути их решения. Для начала мы



Фото: Вики Коучман / Wellcome

поручили пяти ведущим экспертам сформулировать их видение необходимых реформ — чтобы показать, что подлинное переосмысление глобального здравоохранения действительно возможно. Сейчас настало время для смелых устремлений, а не для незначительных корректировок.

Затем последовали пять региональных диалогов (Латинская Америка и Карибский бассейн, Африка, Азиатско-Тихоокеанский регион, Европа и Северная Америка, Ближний Восток и Центральная Азия), посвященные будущему глобального здравоохранения, разработанные и проводимые местными партнерами. Заинтересованные стороны из 114 стран — которые участвовали в интервью, виртуальных консультациях и очных встречах — обсудили приоритетные направления для перемен и способы реализации реформ. Идеи, высказанные в ходе этих диалогов, были изложены в пяти региональных документах, призванных служить основой для дальнейших обсуждений на региональном и глобальном уровнях.

“

Если нам удастся сделать все правильно, 2026 год войдет в историю как начало новой позитивной эры для глобального здравоохранения.

”

Юн-Арне Рёттинген



Что будет дальше, зависит от нашей готовности
двигаться вперед вместе



Юн-Арне Рёттинген

В данном докладе все эти соображения и рекомендации собраны воедино. Из всего этого ясно просматривается явный запрос на существенные реформы. В разных регионах высказывались разные точки зрения, но их объединяет четкий посыл: нынешняя система глобального здравоохранения перегружена, чрезмерно централизована и не способна удовлетворить потребности мира. Требуются глубокие преобразования, если мы хотим построить более справедливую и согласованную систему глобального здравоохранения, которая действительно будет формироваться самими людьми, которым она призвана служить. Регионы должны быть наделены полномочиями, чтобы играть ведущую роль в глобальном здравоохранении.

Все пять регионов сошлись во мнении относительно трех приоритетных направлений реформ:

- **Управление:** Четко определить и упростить распределение ролей между организациями, а также перераспределить полномочия в пользу регионов и стран с низким и средним уровнем дохода (СНСД).
- **Финансирование:** Обеспечить соответствие международного финансирования потребностям каждой страны и увеличить национальные и региональные инвестиции в здравоохранение.
- **Данные, знания, продукты:** Создать более устойчивые региональные системы данных и формировать рынки так, чтобы каждый мог получить необходимую медицинскую продукцию.

Затем, на глобальном совещании в апреле, мы соберем заинтересованные стороны из всех пяти регионов, чтобы изучить области, в которых формируется консенсус в отношении реформ, и, что особенно важно, пути их воплощения в жизнь. Мы надеемся, что эта работа станет платформой, на которой другие смогут развивать свои инициативы, чтобы хорошие идеи превращались в реальные изменения.

Эта работа идет параллельно с другими важными инициативами по реформированию, включая «Аккрскую перезагрузку» (Accra Reset), процесс переосмысления роли доноров в ЕС, последующие действия в рамках Лусакской повестки, HEAR CSO, Платформу действий в Севилье, а также развивающиеся процессы во Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и более широкий пакет реформ UN80 (ООН-80). Главным вызовом для всех нас в этом году станет объединение этих направлений в единый, согласованный и мощный импульс к переменам.

Если нам удастся сделать все правильно, 2026 год войдет в историю как начало новой позитивной эры для глобального здравоохранения. Момент преобразования, а не упадка. Момент, когда коллективные действия превратили кризис в амбициозный, скоординированный подход. В основе этого подхода лежит принцип справедливости, эффективности и результативности для достижения лучших результатов в области здравоохранения для всех.

Что будет дальше, зависит от нашей готовности двигаться вперед вместе — и воспользоваться этим моментом, чтобы построить более здоровое будущее для всех.

Юн-Арне Рёттинген

Генеральный директор, Wellcome

Резюме

В 2025 году Wellcome поддержал проведение пяти региональных диалогов под руководством партнерских организаций, которые объединили заинтересованные стороны более чем из 114 стран для обсуждения следующих вопросов:

- В чем заключаются основные проблемы нынешней глобальной архитектуры здравоохранения и что работает эффективно?
- Какими должны быть будущие функции и форма глобальной архитектуры здравоохранения и какие реформы необходимы для этого?
- Какие следующие шаги необходимо предпринять для проведения этих реформ и как их можно обеспечить через совместные, согласованные действия?

В данном документе собраны результаты этих региональных диалогов, рассмотрены точки соприкосновения и расхождения мнений, а также то, что это означает для реформы.

Заинтересованные стороны из разных регионов согласились с тем, что существующая экосистема глобального здравоохранения приносит очевидные выгоды, но сохраняющиеся недостатки мешают прогрессу.

К ценным элементам нынешней экосистемы относятся: нормативная функция ВОЗ; техническое сотрудничество для использования международного опыта; многосторонние партнерства, стимулирующие финансирование, инновации и прогресс по конкретным заболеваниям; а также постоянное гуманитарное присутствие для поддержки здравоохранения.

Однако во всех регионах нынешняя глобальная экосистема здравоохранения была признана не отвечающей своему назначению. Все диалоги свидетельствовали о критических недостатках, включая: несогласованность и неэффективность архитектуры; дисбаланс сил при принятии решений, формировании повестки дня и определении нарратива; пробелы в подотчетности и реализации; зависимость от внешнего финансирования; фрагментарность международного финансирования в области здравоохранения, искажающая системы и подрывающая эффективность; пробелы в суверенитете данных и обмене знаниями; уязвимость производственного потенциала и поставок основных товаров.

Для устранения этих узких мест участники пяти региональных диалогов пришли к единому мнению относительно концепции децентрализованной глобальной экосистемы здравоохранения, в которой ведущую роль играют сами страны, а основой служат региональные центры, опирающиеся на более компактную и упорядоченную глобальную архитектуру.

Эта новая глобальная экосистема здравоохранения должна работать над улучшением результатов в области здравоохранения и созданием коллективных ценностей для всех, оказывая поддержку в предоставлении региональных и глобальных общественных благ, обеспечивая оперативную международную координацию и — при необходимости — предоставляя эффективную помощь в соответствии с траекториями развития стран. Эта экосистема должна чутко реагировать на изменения в бремени заболеваний и их детерминантах, а также предусматривать дифференцированные подходы с учетом различных условий и потребностей.

Достижение этого видения требует соблюдения ключевых принципов суверенитета, субсидиарности, справедливости и согласованности. Кроме того, необходимо четко определить важнейшие функции, которые потребуются на региональном и глобальном уровнях. В ходе диалогов была подчеркнута важность определения приоритетов на национальном уровне для обеспечения актуальности и принятия ответственности на местах. На региональном уровне это должно дополняться установлением региональных приоритетов для согласования национальных потребностей и решения общих проблем, техническим сотрудничеством и координацией, предоставлением региональных общественных благ и мобилизацией ресурсов. Роль глобального уровня в этом случае состоит в установлении технических норм и стандартов, обеспечении глобального управления и координации, а также мобилизации скоординированного финансирования.

Помимо этого основополагающего видения, в ходе диалогов во всех пяти регионах были определены ключевые реформы в области управления, финансирования, а также данных, знаний и продуктов.

Каждый региональный диалог позволял выявить уникальные соображения и практический взгляд на то, как должны выглядеть реформы. В ходе диалогов были намечены основные дальнейшие шаги и сформулированы новые вопросы для продвижения этих общих приоритетов реформ в области управления, финансирования, данных, знаний и продуктов.

Управление

В ответ на необходимость сокращения дублирования, конкуренции и размытости разграничения глобальных и региональных ролей региональные диалоги сошлись на двух приоритетных направлениях реформы мандатов:

- Уточнение и восстановление баланса между глобальным и региональным разделением труда.
- Рационализация мандатов, особенно на глобальном уровне.

Было также отмечено, что создание регионального потенциала в области здравоохранения имеет важнейшее значение для повышения оперативности, справедливости, эффективности и устойчивости глобальной архитектуры здравоохранения. На практике это будет означать использование географической близости и местного опыта, а также обеспечение того, чтобы региональные организации могли выступать с согласованной, единой позиции. Углубление мандатов и полномочий по принятию решений организаций, созданных, принадлежащих и возглавляемых на региональном уровне, также рассматривалось как напрямую связанное с укреплением региональной и субрегиональной координации в области здравоохранения, расширением совместных оперативных возможностей и развитием региональных общественных благ.

Параллельно с этим в ходе региональных диалогов было отмечено общее признание того, что для улучшения процесса принятия решений в области глобального здравоохранения потребуются изменить баланс представительства в советах директоров, чтобы поднять статус и авторитет стран и регионов с низким и средним уровнем дохода. Была также подчеркнута необходимость институционального закрепления гражданского общества и других негосударственных субъектов в системе управления. Также был достигнут консенсус относительно необходимости сделать механизмы подотчетности более взаимными, повысить их авторитетность и усилить их практический эффект.

Финансирование

Участники региональных диалогов сошлись во мнении, что страны должны играть ведущую роль в наращивании объема и повышении качества внутреннего финансирования здравоохранения, а также обеспечивать устойчивый переход к новым моделям финансирования. Наряду с этим необходимо также устранить макрофинансовые ограничения.

Все регионы согласились с необходимостью повышения качества международного финансирования в области здравоохранения. В соответствии с Лусакской повесткой регионы призвали к улучшению согласованности, упрощению и повышению предсказуемости внешнего финансирования наряду с изменением роли многосторонних банков развития (МБР). Регионы также предложили укрепить механизмы регионального финансирования для поддержки региональных общественных благ.

Данные, знания и продукты

Заинтересованные стороны из разных регионов согласились с необходимостью укрепления совместимых, управляемых на региональном уровне систем медицинских данных и знаний — опирающихся на мощную цифровую инфраструктуру, четкое управление данными и структурированный обмен знаниями — для обеспечения надежных доказательств и более тесного сотрудничества.

В разных регионах также был достигнут консенсус в отношении того, что рынки здравоохранения должны формироваться в упреждающем порядке для обеспечения справедливого доступа, большей устойчивости и повышения регионального суверенитета после проявлений неравенства, наблюдавшихся во время COVID-19. Это должно включать совместные закупки, а также распределенное и лучше регулируемое производство медицинских товаров.

Кроме того, это рассматривается как возможность создания экономических преимуществ, согласования целей здравоохранения и экономики в общих рамках.

Проведение реформ требует умения ориентироваться в быстро меняющемся глобальном экономическом и политическом контексте.

В то время как региональные диалоги были направлены на достижение консенсуса и определение конкретных последующих шагов, определение механизма проведения реформ, особенно на глобальном уровне, остается сложной задачей. Кроме того, некоторые реформы, намеченные в ходе диалогов, будут зависеть от политически чувствительных изменений и могут встретить сопротивление.

Поэтому для создания более справедливой, эффективной и результативной глобальной экосистемы здравоохранения потребуется несколько важнейших факторов-катализаторов: активное руководство со стороны стран с низким и средним уровнем дохода (СНСД) и регионов; согласование амбициозных технических предложений по реформе с политическими полномочиями высокого уровня; динамичные коалиции между заинтересованными сторонами для продвижения и проведения реформ; итеративный процесс, который может обеспечить быстрые победы и поддержать более масштабные изменения. Это также потребует от партнеров совместной работы над решением ключевых нерешенных вопросов, а также использования предстоящих региональных и глобальных обсуждений реформы в области здравоохранения для обеспечения четкого и единого пути продвижения вперед.

Существенные изменения в области глобального здравоохранения неизбежны. Но успешное реформирование глобальной экосистемы здравоохранения зависит от совместной работы, в которой все регионы принимают активное участие в качестве соархитекторов.

Правительства должны выработать и реализовать общее направление реформ. Они также должны укрепить и согласовать финансирование в рамках единого плана и обеспечить возможность передачи полномочий там, где это выгодно. Региональные организации должны создавать общие системы, брать на себя четкие функции и гармонизировать рынки. Глобальные организации должны стать более компактными и упорядоченными. Они также должны поддерживать региональных участников, согласовывать свои действия со страновыми планами и реформировать финансовые инструменты. Гражданское общество, аналитические центры и научные круги должны усилить влияние, доказательную базу и подотчетность. Благодаря слаженным и согласованным усилиям регионов и групп заинтересованных сторон мы сможем воспользоваться открывающимися возможностями и создать глобальную экосистему здравоохранения, которая будет отвечать потребностям здравоохранения сегодня и завтра.

Справочная информация

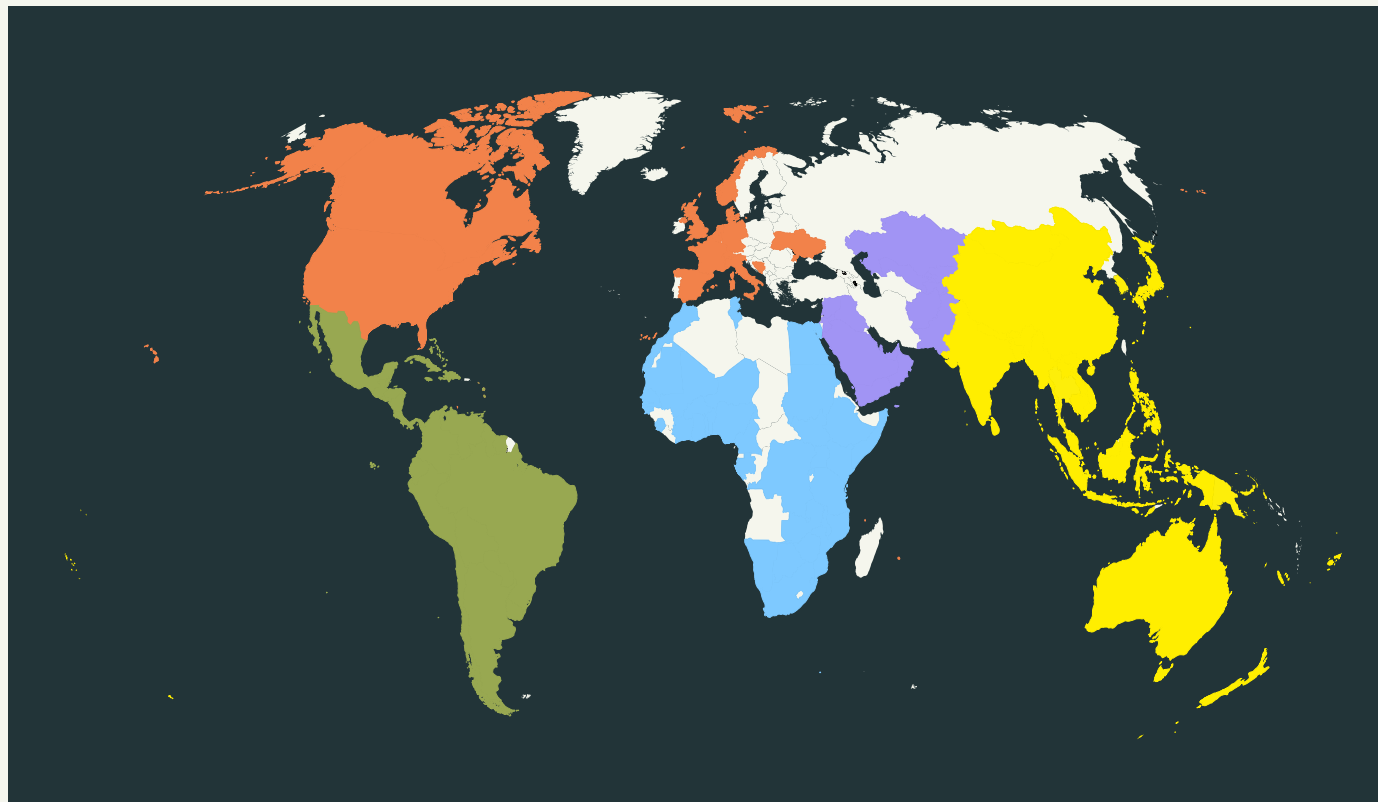
Несомненно, что политические и финансовые сдвиги, произошедшие за последние 12 месяцев, создали беспрецедентный вызов для глобального здравоохранения. Примечательно, что эти сдвиги привели к значительным сокращениям донорской помощи, которые уже стоили людям жизней и поставили под угрозу усиление глобального неравенства. Но даже до этих перемен 4,6 миллиарда человек не имели доступа к основным услугам здравоохранения¹, а мир оставался неподготовленным к будущим пандемиям. Несмотря на то что легкого решения проблемы не существует и перспективы прогресса все еще весьма неопределенны, нынешний кризисный момент можно рассматривать как окно для перемен. В настоящее время существует долгожданная и столь необходимая возможность для проведения преобразующей реформы, которая позволит создать более совершенную и справедливую систему глобального здравоохранения в будущем.

На протяжении последнего десятилетия такие инициативы, как Лусакская повестка и другие, содействовали постепенным преобразованиям в

архитектуре глобального здравоохранения². Однако в этом новом контексте необходимые изменения и возможные изменения кардинально отличаются.

По своей природе реформа в области глобального здравоохранения требует *глобального* ответа. Она не может быть определена одной организацией, страной или регионом; она требует коллективного разума и принятия решений на глобальном уровне. В 2025 году в дополнение к другим инициативам по реформированию Wellcome поддержала пять региональных диалогов по реформе в области глобального здравоохранения в Латинской Америке и Карибском бассейне, Африке, Азиатско-Тихоокеанском регионе, Европе и Северной Америке, а также на Ближнем Востоке и в Центральной Азии³. Эти диалоги проводились под руководством партнерских организаций из каждого региона, которые собрали ключевых участников для откровенного обсуждения того, какие реформы в глобальной архитектуре здравоохранения необходимы и как их можно осуществить.

Страны, участвующие в пяти региональных диалогах по реформе в области глобального здравоохранения



В ходе пяти диалогов были использованы опыт и знания из более чем 114 стран, включая представителей национальных правительств, региональных организаций, ВОЗ и всей системы ООН, МБР, неправительственных организаций (НПО), гражданского общества, благотворительных фондов, частного сектора, общественных организаций и других (см. карту). Хотя каждый диалог был уникальным, все они включали в себя этап консультаций и очное совещание, которое проходило с августа по ноябрь 2025 года (более подробная информация о диалогах представлена во Вставке 1).

Вставка 1

Обзор: Региональные диалоги по реформе в области глобального здравоохранения

Организации, которые разрабатывали, проводили и поддерживали диалоги в каждом регионе:

- **Латинская Америка и Карибский бассейн:** Технологический институт Монтеррея (Мексика) совместно с Институтом клинической эффективности и политики здравоохранения (Аргентина), Университетом Майор (Чили) и Вест-Индским университетом (Ямайка).
- **Африка:** Amref Health Africa (Кения).
- **Азиатско-Тихоокеанский регион:** Стратегический институт РМАС совместно с Фондом международных программ по политике в области здравоохранения (Таиланд), Школой общественного здравоохранения имени Со Сви Хока при Национальном университете Сингапура (Сингапур), Школой общественного здравоохранения имени Ванке и Университетом Цинхуа (Китай).
- **Ближний Восток и Центральная Азия:** Сеть общественного здравоохранения Восточного Средиземноморья (Иордания) в сотрудничестве с Советом по глобальным вопросам Ближнего Востока (Катар) и Медицинской школой Назарбаев Университета (Казахстан).
- **Европа и Северная Америка:** Panorama Strategy (США) и SEEK Development (Германия).

Этап консультаций. Выявление точек зрения и приоритетов страновых и региональных участников, а также определение областей совпадения и расхождения. По регионам:

- В общей сложности 1790 участников были привлечены к участию в онлайн-опросах для получения информации, проверки гипотез и сбора предложений по реформам.
- В общей сложности было опрошено 204 ключевых информанта; в ходе интервью рассматривались проблемы нынешней системы и приоритеты реформ.
- Многие регионы также провели виртуальные обсуждения в фокус-группах или семинары на субрегиональном уровне.
- Консультации дополнялись итеративным анализом политики и обобщением данных ведущими организациями.

Этап очного совещания. Были определены и закреплены области консенсуса, выявлены и обсуждены спорные вопросы для продвижения к региональному сближению приоритетов и конкретных шагов по реформированию.

- Авторитетные и конструктивные группы участников собрались вместе для открытого и всестороннего обсуждения.
- В пяти совещаниях, состоявшихся в Берлине, Аммане, Сингапуре, Кигали и Мехико, собрались 273 представителя заинтересованных сторон.

Хотя диалоги начались с оценки текущей глобальной архитектуры здравоохранения, они были ориентированы на перспективу и затрагивали следующие основные вопросы:

- В чем заключаются основные проблемы нынешней глобальной архитектуры здравоохранения и что работает эффективно?
- Какими должны быть будущие функции и форма глобальной архитектуры здравоохранения и какие реформы необходимы для этого?
- Какие следующие шаги необходимо предпринять для проведения этих реформ и как их можно обеспечить через совместные, согласованные действия?

По итогам консультаций и совещаний в рамках каждого регионального диалога был подготовлен итоговый документ, в котором отражены размышления и рекомендации участников ^{4 5 6 7 8}. В этих пяти документах содержатся различные региональные идеи, а также конкретные предложения по проведению реформ как на региональном, так и на глобальном уровне.

В данном документе собраны результаты этих региональных диалогов, рассмотрены точки соприкосновения и расхождения мнений, а также то, что это означает для реформы. Предполагается, что эти уроки и приоритеты будут дополнять другой анализ (такой как процесс переосмысления роли доноров в ЕС и среди единомышленников) и содействовать текущим усилиям по реформированию, включая Лусакскую повестку, Аккрскую перезагрузку, Севильскую платформу действий, HEAR (организации гражданского общества) и формирующийся процесс, созываемый ВОЗ, а также более широкий процесс ООН-80.

Документ построен следующим образом. В разделе II дается оценка существующей системы; в разделе III излагаются видение, принципы и функции будущей экосистемы; в разделе IV излагаются ключевые области для реформ, предлагаемые дальнейшие шаги и нерешенные вопросы; в разделе V рассматривается коллективный путь вперед и подводятся итоги.

Оценка текущего состояния системы

Во время всех пяти региональных диалогов были представлены оценки функционирования нынешней глобальной экосистемы здравоохранения — как ее сильных сторон, так и сохраняющихся недостатков, препятствующих прогрессу.

1. СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ

Представители всех регионов согласны с тем, что глобальная экосистема здравоохранения в ее нынешнем виде способствовала жизненно важному прогрессу. К числу элементов экосистемы, которые были признаны особенно полезными, относятся:

1.1. Нормативная функция ВОЗ

Роль ВОЗ в обеспечении глобальных технических стандартов и рекомендаций подчеркивается как основополагающая, а также как важнейшее глобальное общественное благо. Несмотря на призывы к тому, чтобы руководящие указания более чутко реагировали на реалии стран и регионов, нормативная функция ВОЗ рассматривается как важный и законный якорь во все более сложной экосистеме.

1.2. Техническое сотрудничество для использования международного опыта

Международное техническое сотрудничество и механизмы обмена знаниями позволили странам получить доступ к опыту и стандартам, которые они, возможно, не в состоянии разработать самостоятельно. В частности, платформы для сотрудничества и обучения создают преимущества для небольших стран или стран с ограниченными ресурсами, позволяя им пользоваться глобальными знаниями.

1.3. Многосторонние партнерства способствуют финансированию, инновациям и прогрессу в области конкретных заболеваний

Инновационное многостороннее сотрудничество помогло нескольким странам добиться ощутимых успехов в приоритетных областях здравоохранения, включая ВИЧ, туберкулез, малярию и иммунизацию, а также в области охраны здоровья матери и ребенка. Эти успехи были достигнуты благодаря многосторонним партнерствам, таким как GAVI, Глобальный фонд, Глобальный финансовый фонд и другие, которые получили признание за мобилизацию и объединение обширных международных ресурсов, механизмы формирования рынка для снижения цен и улучшения доступа к медицинским товарам, а также управление с участием многих заинтересованных сторон.

1.4. Устойчивое гуманитарное присутствие для поддержки здравоохранения

В ходе диалога по Ближнему Востоку и Центральной Азии была подчеркнута ключевая роль, которую нейтральные субъекты — такие как Международный комитет Красного Креста (МККК) и гуманитарные НПО — продолжают играть в обеспечении доступа к основным медицинским услугам и в дополнении более широких усилий по укреплению систем здравоохранения в условиях хрупкости и конфликтов.

Несмотря на эти успехи, все регионы считают нынешнюю глобальную экосистему здравоохранения непригодной для использования по назначению. Если говорить более конкретно, то недостатки в управлении, финансировании, обмене знаниями и поставках продукции указываются как факторы, подрывающие эффективность, результативность и устойчивость.

2. Слабые стороны

2.1. Устаревший нарратив

Глобальное здравоохранение по-прежнему функционирует в рамках нарратива «помощь прежде всего», который формирует экосистему, выставляя страны и регионы — особенно на Глобальном Юге — в качестве получателей, а не соархитекторов. При таком устаревшем подходе принятие решений и технические полномочия принадлежат внешним организациям, что формирует приоритеты извне и усиливает зависимость. Успех определяется с точки зрения соответствия требованиям доноров и реализации вертикальных программ, а не совместного вклада в создание общественных благ, формирование внутреннего лидерства и долгосрочное укрепление системы на национальном, региональном и глобальном уровнях.

2.2. Несогласованность и неэффективность

Глобальная архитектура здравоохранения обширна, но не отличается согласованностью, что усугубляется отсутствием общего видения успеха. Роли между глобальными организациями, а также между глобальными и региональными организациями размыты. Мандаты пересекаются, а участники часто конкурируют, а не дополняют друг друга. Институциональные обязанности неясны, а параллельные инициативы разрастаются вокруг приоритетов стран, вместо того чтобы координироваться с ними. Такая разрозненность и отсутствие общесистемного принятия решений снижают эффективность экосистемы.

2.3. Дисбаланс сил

В управлении здравоохранением по-прежнему доминируют субъекты и регионы с высоким доходом, а на глобальном уровне оно чрезмерно централизовано. Четыре из пяти регионов — Африка, Латинская Америка и Карибский бассейн, Азиатско-Тихоокеанский регион, Ближний Восток и Центральная Азия — в своих диалогах подчеркивали, что их регионы не имеют достаточных полномочий в структурах принятия решений в области глобального здравоохранения, например, в советах директоров и в процессах управления глобальными организациями здравоохранения. Это усиливает зависимость и неравенство, в результате чего правительства стран с низким и средним уровнем дохода (СНСД) и гражданское общество недостаточно представлены и менее влиятельны в определении приоритетов, разработке программ и надзоре. Это также приводит к тому, что некоторые участники чувствуют себя «на обочине» системы, созданной, финансируемой и управляемой с Глобального Севера, которая не учитывает должным образом потребности, опыт и самостоятельность стран и регионов.

2.4. Пробелы в подотчетности

Отсутствие эффективных механизмов подотчетности в глобальном здравоохранении приводит к постоянным пробелам в выполнении обязательств. В отсутствие более жестких механизмов или систем стимулирования коллективные обязательства по предоставлению глобальных общественных благ рассматриваются в качестве желаемых. В ходе нескольких диалогов был также отмечен односторонний характер глобального мониторинга здравоохранения, в рамках которого отслеживаются показатели стран в сравнении с целевыми показателями доноров. В то же время эквивалентные механизмы, позволяющие отслеживать соответствие доноров приоритетам стран, либо слабы, либо отсутствуют — это закрепляет дисбаланс сил и подрывает доверие.

2.5. Сохраняющаяся зависимость от внешнего финансирования

Недостаточные внутренние инвестиции в сферу здравоохранения и чрезмерная зависимость некоторых стран от внешнего финансирования не только ограничивают национальную ответственность стран и их суверенитет в области здравоохранения на национальном уровне, но и подрывают их самостоятельность в глобальной экосистеме здравоохранения. В текущей экосистеме отсутствуют четкие механизмы для наращивания потенциала в области внутреннего финансирования и планирования ответственного перехода от внешнего финансирования. Это усугубляется макрофинансовыми ограничениями, в частности непосильным долговым бременем, несправедливой стоимостью заимствований и незаконными финансовыми потоками, которые ограничивают бюджетное пространство стран.



Нынешняя архитектура не способствует синергии между глобальным, региональным и национальным уровнями. Вместо того чтобы взаимно дополнять существующие возможности, многие международные субъекты действуют параллельно, что ведет к дублированию и вытеснению функций, которые могли бы эффективнее исполняться местными или региональными институтами.



Доклад по итогам диалога по Латинской Америке и Карибскому бассейну

2.6. Разрозненное международное финансирование в области здравоохранения

Распространение разрозненных потоков финансирования по конкретным заболеваниям подрывает согласованность и налагает на страны ненужное административное бремя. Такое финансирование часто идет в обход национальных процессов планирования и составления бюджета, что игнорирует необходимость создания устойчивых систем под национальным руководством, подрывает государственное финансовое управление и препятствует комплексному оказанию первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

2.7. Пробелы в области суверенитета данных и обмена знаниями

Многие страны вносят большой объем данных в глобальные исследования, но не обладают правом собственности на эти данные и взаимным доступом к данным, знаниям и медицинским продуктам. Отсутствие совместимых систем данных, а также ограниченный региональный обмен знаниями и техническое сотрудничество также сдерживают использование данных и опыта для принятия решений на основе фактических данных и быстрого реагирования на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения.

2.8. Нестабильные и неравнодоступные производство и поставки товаров медицинского назначения

Пандемия COVID-19 показала хрупкость сконцентрированных глобальных систем производства и поставок, а также сохраняющее неравенство в доступе к жизненно важным медицинским товарам. Возможности для местного и регионального производства, цепочек поставок и гармонизированных процессов регулирования часто используются недостаточно, что приводит к сохранению зависимости от внешних рынков, а не к развитию самостоятельности и устойчивости в рамках глобальной экосистемы здравоохранения.

Данный анализ показывает, что, хотя заинтересованные стороны в разных регионах признают достижения и активы сегодняшней глобальной экосистемы здравоохранения, они ясно понимают, что эти сильные стороны сосуществуют с глубокими недостатками, которые сдерживают прогресс. Современная глобальная экосистема здравоохранения стала раздробленной, чрезмерно централизованной и не соответствующей приоритетам регионов и стран. Такой диагноз создает основу для общего мнения о том, что значимая реформа должна быть преобразующей и опираться на четкое общее видение.

Видение, принципы и функции будущей экосистемы

1. Видение

В совокупности пять региональных диалогов формируют видение глобальной экосистемы здравоохранения, которая может улучшить результаты в области здравоохранения и принести коллективную пользу для всех, оказывая поддержку в предоставлении региональных и глобальных общественных благ, обеспечивая оперативную международную координацию и — при необходимости — предоставляя эффективную помощь в соответствии с траекториями развития стран. Эта система чутко реагирует на изменения в бремени заболеваний и их детерминантах, а также предусматривает дифференцированные подходы с учетом различных условий и потребностей. Это управляемая странами децентрализованная система, закреплённая в региональных центрах и поддерживаемая более компактной и упорядоченной глобальной архитектурой.

Достижение этого видения требует соблюдения ключевых принципов.

2. Принципы

- **Суверенитет** – Страны осуществляют контроль над своими приоритетами и системами здравоохранения, повышая самодостаточность. Глобальная экосистема здравоохранения формируется суверенными национальными субъектами в партнерстве с региональными органами и негосударственными субъектами, стимулирующими многостороннее сотрудничество, основанное на национальной ответственности, доверии и легитимности.
- **Субсидиарность** – Решения принимаются и реализуются как можно ближе к тем, кого они затрагивают, что позволяет применять гибкие,

дифференцированные подходы, отвечающие разнообразным и меняющимся страновым и региональным реалиям, опираясь на переданные полномочия. Международная координация и внешняя финансовая и техническая поддержка оказываются там и тогда, где это необходимо, укрепляя субъектность национальных и региональных участников в рамках общей глобальной структуры.

- **Справедливость** – Глобальная экосистема здравоохранения катализирует прогресс в направлении достижения справедливых результатов в области здравоохранения внутри стран и между ними. Справедливые процессы, партнерства, механизмы управления и финансирования активно устраняют асимметрию сил и диспропорции между субъектами на национальном, региональном и глобальном уровнях.
- **Согласованность** – Функции на каждом уровне системы ясны и дополняют друг друга, а также четко определены организационные роли. Эффективность достигается за счет укрепления и использования существующих структур и систем, а не за счет создания новых или параллельных структур. Упорядоченные глобальные организации с более четкими — менее пересекающимися — мандатами и обязанностями уважают, дополняют и поддерживают то, что существует на местном и региональном уровнях, объединяя эти системы в согласованную глобальную экосистему, формируемую сетевым сотрудничеством, а не конкуренцией.

3. Функции

Национальный уровень, несомненно, остается главным центром обеспечения и защиты здоровья. Однако прогресс в направлении преобразования глобальной экосистемы здравоохранения также требует большей ясности в отношении функций, которые потребуются на региональном и глобальном уровнях (основное внимание в настоящем документе).

В рамках большинства диалогов были определены следующие функции на **региональном уровне**:

- **Определять региональные приоритеты,** повестки дня и стратегии в области здравоохранения на основе различных потребностей стран в области здравоохранения и общих приоритетов, а также укреплять региональные, межстрановые механизмы подотчетности.
- **Руководить техническим сотрудничеством и координацией в области здравоохранения между странами региона** и, при необходимости, оказывать поддержку странам в реализации программ с учетом конкретных условий.
- **Обеспечивать региональные общественные блага для здоровья,** такие как возможности эпиднадзора и реагирования на вспышки, общие данные и архитектуры знаний, стандарты гармонизации регулирования и другие.
- **Мобилизовать и консолидировать ресурсы** — как финансовые, так и технические — в соответствии со страновыми и региональными приоритетами в области здравоохранения для региональных общественных благ и других форм сотрудничества и поддержки.

Это дополняется следующими функциями на **глобальном уровне**:

- **Устанавливать глобальные технические нормы и стандарты, а также поддерживать и координировать создание глобальных общественных благ** в сфере здравоохранения — таких как научные исследования и разработки, регуляторные рекомендации, клинические и политические руководства, глобальные системы эпидемиологического надзора и другое.
- **Обеспечивать глобальное руководство и координацию** в целях противодействия глобальным угрозам и внешним факторам, таким как глобальные чрезвычайные ситуации в области здравоохранения, а также содействовать обмену информацией и согласованию действий участников в разных регионах в рамках общей глобальной структуры.
- **Мобилизовать скоординированное финансирование** глобальных общественных благ, а также помощь странам, переходящим на внутреннее финансирование здравоохранения, и, при необходимости, в гуманитарных ситуациях.

Данный список функций не является исчерпывающим, он составлен на основе тех, которые наиболее часто выделялись в ходе диалогов, чтобы дать представление о будущем разделении труда на разных уровнях экосистемы здравоохранения. Потребуется дальнейшее коллективное обсуждение, чтобы обеспечить всестороннее распределение функций (признавая, что вид необходимой поддержки и участия будет зависеть от контекста страны) и рассмотреть соответствующие пути в регионах, потенциал, структуры и готовность которых к выполнению таких функций существенно различаются. Размышления о шагах, необходимых для реализации этого дифференцирования функций, изложены в следующем разделе.

Основные направления реформы

Каждый региональный диалог позволял выявить уникальные соображения и точки зрения относительно реформ, необходимых для ускорения прогресса в преобразовании глобальной экосистемы здравоохранения, описанной выше.

В разных регионах наблюдались различия в направленности, акцентах и глубине обсуждений и предложений. Несмотря на это, диалоги во всех пяти регионах сходились на общих направлениях реформ, реагируя на выявленные слабые стороны, описанные в вышеприведенном обзоре. В совокупности в ходе диалогов были предложены ключевые реформы в области управления и финансирования, а также данных, знаний и продуктов. Многие из них перекликаются с существующими приоритетами и изменениями, изложенными в Лусакской повестке⁹, подчеркивая необходимость использовать существующие принципы и обязательства для совместных действий по мере продвижения вперед. Предлагаемые следующие шаги и нерешенные вопросы для продвижения реформ основываются непосредственно на предложениях, полученных в ходе всех диалогов, а также на обобщении общих приоритетов.

1. Управление

1.1. Дифференцировать и упорядочить мандаты для повышения согласованности и эффективности

В ответ на дублирование, конкуренцию и размытость глобально-региональных ролей, о которых говорилось в разделе II, участники региональных диалогов сошлись на двух приоритетных направлениях реформы мандатов: перераспределение разделения труда между глобальным и региональным уровнями и упорядочение мандатов внутри уровней.

1.1.1. Дифференцировать и перераспределять функции и мандаты между глобальным и региональным уровнями

Передача большего числа функций с глобального на региональный уровень выступает ключевым приоритетом реформ в Латинской Америке и Карибском бассейне, Азиатско-Тихоокеанском регионе, Африке, а также на Ближнем Востоке и в Центральной Азии. В основе этого лежит общее

видение авторитетных региональных центров, которые напрямую отвечают на уникальные потребности своих стран, одновременно интегрируясь в глобальную систему и оказывая на нее влияние.

Хотя основное внимание уделяется глобальной системе, заинтересованные стороны из Европы и Северной Америки также выразили значительную поддержку перераспределению ролей и обязанностей между глобальным и региональным уровнями, что позволит повысить принятие ответственности на региональном уровне за здравоохранение и одновременно уточнить, какие функции должны оставаться глобальными.

В ходе большинства диалогов подчеркивалась необходимость того, чтобы ВОЗ вновь сосредоточилась на своем основном мандате по установлению глобальных норм и стандартов, а региональные организации взяли на себя более определенную роль в адаптации к конкретным условиям, техническом сотрудничестве и поддержке реализации. Азиатско-Тихоокеанский регион и Латинская Америка и Карибский бассейн также подчеркнули необходимость реформирования мандатов международных финансовых организаций, включая Международный валютный фонд (МВФ), Всемирный банк и региональные банки развития, для улучшения координации финансирования глобальных и региональных общественных благ (см. подраздел 2.2).

Вместе с тем было также выражено согласие с тем, что не следует недооценивать сложность такого перераспределения функций с глобального на региональный уровень. Региональным организациям здравоохранения потребуется значительная поддержка для того, чтобы они могли принять на себя и реализовывать дополнительные функции, признавая различия в уровнях потенциала и зрелости между регионами (см. подраздел 1.2). Четкие механизмы управления и подотчетности — в том числе между региональными организациями — также будут иметь большое значение для того, чтобы такие изменения не усугубили фрагментацию. Все регионы также согласились с тем, что более широкая регионализация посредством единых совместных рамок должна обеспечить глобальную согласованность.

1.1.2. Уточнить и упорядочить мандаты внутри уровней, особенно на глобальном уровне

В дополнение к любым функциям и мандатам, перераспределяемым между глобальным и региональным уровнями, в ходе диалогов был достигнут твердый консенсус в отношении того, что мандаты нынешних глобальных организаций здравоохранения также должны быть уточнены и упорядочены в целях уменьшения фрагментации и неэффективности.

Дальнейшие предлагаемые действия:

- Глобальные и региональные организации здравоохранения внедряют или совершенствуют протоколы подотчетности и координации с надзором со стороны правительств стран-участниц, включая официальные механизмы совместного планирования и обмена информацией для содействия коллективным действиям и структурам стимулирования, в которых приоритет отдается сотрудничеству и синергии, а не конкуренции.
- Правительства санкционируют проведение независимого общесистемного обзора индивидуальных мандатов и дифференцированных функций глобальных и региональных организаций здравоохранения, выявляя возможности для рекалибровки с целью устранения дублирования, пробелов и неэффективности и обеспечения выполнения ключевых функций, изложенных в разделе III. Такой процесс будет инклюзивным и прозрачным, в нем примут участие как глобальные субъекты (такие как ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и другие, инициативы в области глобального здравоохранения — Gavi, Глобальный фонд, GFF, Unitaids, CEPI и Пандемический фонд, а также различные партнерства), так и региональные (такие как Африканский центр по контролю и профилактике заболеваний и другие).
- В соответствии с выводами этого обзора, правительства и партнеры работают с глобальными организациями здравоохранения над постепенной передачей согласованных ролей и обязанностей, одновременно поддерживая и давая возможность региональным организациям здравоохранения освоить их. Такая передача полномочий должна осуществляться поэтапно и предсказуемо, с тем чтобы укрепить доверие к процессу реформ и повысить авторитетность системы управления.
- Правительства и партнеры работают с глобальными организациями здравоохранения в рамках системы ООН и за ее пределами, чтобы упорядочить мандаты этих организаций с помощью соответствующих механизмов управления, избегая при этом создания новых организаций.

Несмотря на широкое принципиальное согласие, уровень амбиций, понимание того, как это сделать, и поддержка различных вариантов остались менее определенными. Предложения включали более эффективную гармонизацию мандатов глобальных организаций здравоохранения, в том числе ВОЗ, GAVI и Глобального фонда (на это обратили внимание регионы Ближнего Востока и Центральной Азии, а также Европы и Северной Америки); переориентацию организаций на их основные мандаты и функции, в которых они обладают сравнительным преимуществом (Латинская Америка и Карибский бассейн, Европа и Северная Америка, Азиатско-Тихоокеанский регион); а также активное объединение мандатов для устранения дублирования функций между организациями (Африка).

Неурегулированные вопросы и компромиссы:

- Учитывая большое разнообразие региональных возможностей и интеграции, как лучше всего проводить реформы в направлении регионализации, сохраняя при этом согласованность и слаженность действий на глобальном уровне?
- Как с помощью коллективного обсуждения можно более точно определить баланс функций между глобальным и региональным уровнями, учитывая при этом сопутствующие компромиссы?
- Какие субъекты обладают полномочиями и беспристрастностью, чтобы возглавить общесистемный обзор ролей, дублирования и мандатов на глобальном уровне — и каким образом рекомендации будут приняты всеми органами управления?
- Каким образом такие обсуждения могут обеспечить адекватное рассмотрение различных потребностей различных стран (с учетом таких факторов, как статус дохода и уязвимость)?
- Как можно конструктивно преодолеть институциональное сопротивление существенным изменениям мандата?
- Как избежать пробелов в функциях глобального здравоохранения при передаче мандатов, особенно если роли меняются быстрее, чем финансовые или технические возможности?

1.2. Обеспечить условия для развития региональной архитектуры здравоохранения

В рамках диалогов было отмечено, что обеспечение условий для развития регионального потенциала в области здравоохранения имеет важное значение для того, чтобы сделать архитектуру глобального здравоохранения более отзывчивой, справедливой, эффективной и устойчивой за счет использования близости и местного опыта. Представители стран Латинской Америки и Карибского бассейна, Ближнего Востока и Центральной Азии, Африки и Азиатско-Тихоокеанского региона пришли к единому мнению, что их влияние в мире зависит от надежных, слаженных региональных организаций, выступающих с единой позицией.

Углубление мандатов и полномочий региональных организаций по принятию решений потребует укрепления региональной и субрегиональной координации в сфере здравоохранения, расширения совместных оперативных возможностей и усиления поддержки в предоставлении региональных общественных благ. Из-за неоднородности регионов для достижения этой цели не существует универсального подхода. Тем не менее, были выявлены два общих механизма.

1.2.1. Укрепление региональных платформ по координации политики

Усиленные многосторонние региональные и субрегиональные платформы с широким участием заинтересованных сторон должны служить центрами для разработки и утверждения общих приоритетов, повесток дня и региональных стратегий в области здравоохранения, а также для координации действий. Это позволит странам мобилизовать коллективные ресурсы и объединить усилия, чтобы повлиять на принятие решений и политику на глобальном уровне. Они должны направляться национальными, субрегиональными и региональными субъектами и быть подотчетными перед ними в целях решения региональных проблем в области здравоохранения, поддерживая при этом связи с глобальными механизмами.

В регионах уже существуют субъекты, находящиеся под региональным управлением, которые могут осуществлять такую координацию и руководство или заложить основу для них, хотя в большинстве случаев нынешняя конфигурация несовершенна. Участники диалога по Ближнему Востоку и Центральной Азии подчеркнули, что такие организации, как EMRHNET, КДК стран Персидского залива, Лига арабских государств и Организация исламского сотрудничества (ОИС), могут служить центрами координации и лидерства. Регионализация потребует критического анализа существующих механизмов (см. раздел III), а затем согласованных усилий по укреплению ключевого потенциала, признавая, что для этого могут

потребоваться гибкие сетевые модели с переменной геометрией и охватом различных функциональных направлений, а не один-единственный, четко очерченный региональный центр. Для эффективного продвижения здравоохранения на региональном уровне потребуется сотрудничество не только с организациями, занимающимися вопросами здравоохранения, но и — как и на глобальном уровне — с организациями, чьи мандаты распространяются на другие сектора, что отражает межсекторальный характер проблем здравоохранения.

1.2.2. Обеспечение региональных общественных благ и выполнение совместных функций

В соответствии со стремлением к увеличению объемов предоставления общественных благ и совместных функций на региональном уровне (см. раздел III), развитие или укрепление механизмов совместных закупок, регионального производства, гармонизации регулирования и потенциала реагирования на чрезвычайные ситуации — с целью использования эффекта масштаба и снижения зависимости от внешних систем — также стало общим приоритетом для всех регионов (см. Вставку 2).

Вставка 2

Например. Предложение для Каталитической платформы здравоохранения стран Латинской Америки и Карибского бассейна (LAC-HCP)

В ходе диалога стран Латинской Америки и Карибского бассейна было предложено создать Каталитическую платформу здравоохранения ЛАК (LAC-HCP), которая должна изменить и укрепить регион, способствуя сотрудничеству и обеспечивая скоординированные инвестиции в двух различных, но взаимосвязанных областях:

- 1) разработка региональных общественных благ (РОБ), таких как архитектуры данных о здравоохранении, методологии оценки технологий здравоохранения (ОТЗ), совместное генерирование и аналитический потенциал для решений на основе данных с применением ИИ, и региональные хранилища знаний.
- 2) сотрудничество Юг-Юг в области совместного производства и услуг (не относящихся к категории РОБ (региональных общественных благ)), таких как совместные/координированные закупки, региональное производство и совместное укрепление нормативно-правовой базы. Такая платформа функционировала бы как объединяющий, недублирующий механизм, который дополнял бы полномочия ПАОЗ, субрегиональные механизмы и многосторонние банки развития.

Дальнейшие предлагаемые действия:

- На основе глобального обзора, предложенного в подразделе 1.1., правительства и организации в регионах определяют и согласовывают, какая (какие) региональная организация (организации) будет выполнять ключевые функции на региональном уровне, и работают вместе, чтобы обеспечить наличие соответствующих мандатов и финансирования. Конкретные пути достижения этой цели будут разными и должны быть определены и согласованы на региональном уровне.
- Глобальные организации и их региональные бюро уважают центральную роль организаций под региональным руководством, принцип subsidiarity и развивают с ними равноправные партнерские отношения.
- Доноры согласовывают финансирование и техническую помощь с региональными приоритетами и стратегиями.



Роль стран Африки в глобальных инициативах, таких как Глобальный фонд и Gavi, должна смещаться от символического участия к реальному влиянию и соавторству в управлении.

Так страны Африки получают подлинное влияние и полноценное представительство, а формальное участие превратится в реальное равенство.



Отчет об итогах диалога по Африке

Неурегулированные вопросы и компромиссы:

- Как следует разграничивать регионы — например, по политической географии, экономическим блокам или функциональным сетям здравоохранения — с учетом пересекающегося членства и различных уровней интеграции?
- Как региональные организации могут работать со своими государствами-членами над формированием повестки дня, надзором и финансированием, не дублируя глобальные или национальные функции, учитывая, что операционные границы могут оставаться спорными, а глобальные организации могут не захотеть уступать место?
- С помощью каких практических шагов регионы могут разработать и согласовать подход к обеспечению региональных общественных благ для здоровья, включая определение механизмов, которые наиболее эффективно способствовали бы расширению такого обеспечения?
- Как региональные организации здравоохранения, находящиеся на совершенно разных уровнях институционального развития и интеграции, могут подключиться к согласованной глобальной архитектуре здравоохранения и быть подотчетными в ней?
- Что повлечет за собой эффективная передача функций от глобальных организаций здравоохранения, включая их региональные бюро? Каковы будут последствия для управления и цепочек подотчетности региональных бюро ВОЗ?
- Каким образом можно эффективно содействовать коллегиальному обучению в рамках региональных организаций и сетей здравоохранения в их усилиях по укреплению потенциала?

1.3. Перераспределить структуры и практику принятия решений

Во всех регионах были выделены два приоритета для улучшения процесса принятия решений в области глобального здравоохранения. Этими приоритетами являлись:

- Перераспределение представительства в советах директоров и практики управления в целях расширения права голоса и полномочий стран с низким и средним уровнем дохода.
- Институциональное закрепление гражданского общества и других негосударственных субъектов в системе управления на всех уровнях.

1.3.1. Перераспределение состава и практики глобальных советов здравоохранения в целях повышения эффективности

В ходе диалогов было достигнуто общее согласие в том, что глобальные организации здравоохранения должны обеспечить, чтобы их советы управляющих были более представительными для стран с низким и средним уровнем дохода (СНСД), чтобы полномочия по принятию решений лучше отражали страны, которым организации намерены служить.

Диалоги в Африке и Азиатско-Тихоокеанском регионе призвали к существенным изменениям, которые обеспечат паритет в полномочиях по принятию решений и практике управления и финансирования глобального здравоохранения, выходя за рамки финансовых взносов и более полно отражая бремя болезней, долю и ответственность в глобальном здравоохранении.

Диалог в Европе и Северной Америке поддержал улучшение представительства стран с низким и средним уровнем дохода в глобальных советах по здравоохранению. В нем подчеркивается необходимость повышения эффективности и согласованности действий советов директоров за счет разъяснения процессов принятия решений советами директоров, а также улучшения подготовки и проведения заседаний совета, наряду с обеспечением того, чтобы организации представляли последовательную позицию в различных советах по глобальному здравоохранению.

1.3.2. Обеспечить инклюзивное управление на всех уровнях

Все регионы сошлись на рекомендации по институционализации систематического и значимого участия негосударственных субъектов, особенно гражданского общества и общин, в управлении здравоохранением во всех организациях и на всех уровнях, включая принятие решений и надзор. Африканский диалог конкретно призвал к гендерному паритету в управлении.

В двух или более диалогах подчеркивалась необходимость следующего:

- Формальные механизмы участия вместо неофициальных договоренностей в целях повышения транспарентности и укрепления законного влияния.
- Последовательность и обратная связь вместо разовых консультаций для предотвращения «символического» подхода.
- Участие на всем протяжении политического процесса вместо точечного вовлечения для обеспечения того, чтобы решения отвечали жизненному опыту.
- Институционализация таких механизмов на национальном, региональном и глобальном уровнях управления здравоохранением.

В ходе диалогов чаще всего упоминались гражданское общество, молодежь, научные круги, а также сообщества и группы пациентов. В диалогах по Ближнему Востоку и Центральной Азии и Европе и Северной Америке прямо упоминался частный сектор. Заинтересованные стороны из стран Ближнего Востока и Центральной Азии также подчеркнули необходимость участия беженцев.



Участники подчеркнули, что для того, чтобы региональные приоритеты могли влиять на принятие решений на глобальном уровне, необходимо усилить представительство БВЦА на международных форумах.



Отчет об итогах диалога по Ближнему Востоку и Центральной Азии

Дальнейшие предлагаемые действия:

- Независимые аналитические центры и гражданское общество анализируют недостатки в текущем составе советов директоров ключевых организаций, а затем консультируются с правительствами и партнерами, чтобы предложить новые целевые показатели представительства для стран с низким и средним уровнем дохода (СНСД), региональных организаций и гражданского общества. Этот анализ позволит создать общую доказательную базу для продвижения коллективных обсуждений реформ.
- Правительства уполномочивают рабочую группу по реформе глобальных советов по здравоохранению, состоящую из межрегиональных представителей правительств, гражданского общества, финансирующих организаций и других держателей мест в советах. Рабочая группа будет коллективно рассматривать варианты изменений, компромиссы, правовые ограничения в уставах и взаимозависимость между ключевыми глобальными советами по здравоохранению, предлагая дальнейший курс действий для повышения прозрачности, административной целесообразности и согласованности.
- Правительства и региональные организации выявляют и поддерживают лидеров в области глобального здравоохранения из стран с низким и средним уровнем дохода (СНСД) и малых островных государств, чтобы те могли выступать и отстаивать свои интересы на глобальных форумах.
- Глобальные и региональные организации внедряют или укрепляют официальные механизмы участия гражданского общества на всех уровнях управления.
- Глобальные партнеры (включая фонды и другие финансирующие организации) и правительства предоставляют ресурсы гражданскому обществу, чтобы обеспечить значимое участие в глобальном и региональном управлении здравоохранением.

Неурегулированные вопросы и компромиссы:

- Какие показатели должны определять паритет, справедливое представительство и «значимое» участие, и как найти соответствующий баланс?
- Как сбалансировать более широкое участие с необходимостью эффективного принятия решений?
- Как лучше понять ожидания доноров в отношении контроля и надзора и эффективно работать с ними в рамках более инклюзивных и эффективных моделей управления?
- Как глобальные организации здравоохранения могут справляться с корыстными интересами и возможными правовыми ограничениями (например, в уставах учредителей) для перераспределения мест в совете директоров или права голоса, чтобы добиться более справедливого представительства?
- Какие практические шаги и процессы — например, в области принятия решений и других аспектов институционального управления — могут предпринять председатели советов, секретариат и владельцы мест, чтобы сделать советы более эффективными как индивидуально, так и коллективно?

1.4. Сделать подотчетность взаимной и действенной

Хотя региональные предложения по реформированию механизмов подотчетности различались по акцентам и глубине, был достигнут консенсус в отношении того, чтобы сделать механизмы подотчетности более взаимными и повысить их авторитетность.

1.4.1. Сделать механизмы подотчетности более взаимными

В ходе диалогов в Африке и Азиатско-Тихоокеанском регионе подчеркивалась необходимость выйти за рамки одностороннего мониторинга стран-получателей и обеспечить отслеживание результатов деятельности доноров по согласованным приоритетам. Эта асимметрия должна активно уравниваться путем внедрения или укрепления механизмов, обеспечивающих взаимную подотчетность всех участников — доноров, финансирующих организаций, правительств, исполнителей и других — за выполнение согласованных обязательств. Другие регионы согласились с этим принципом, но не обсудили его столь детально.

1.4.2. Повысить авторитетность механизмов подотчетности и усилить практические последствия за несоблюдение обязательств

Для замены существующих недостаточных механизмов участники диалога согласились с тем, что для усиления подотчетности необходимы более четкие правила, большая прозрачность, более надежные системы стимулирования, а также значимые последствия за несоблюдение. Несмотря на то, что участники диалога согласились с тем, что в отсутствие глобального правительства официальное обеспечение выполнения обязательств часто является политически нереалистичным, эти меры крайне важны для того, чтобы сделать глобальные обязательства в области здравоохранения более авторитетными и обязывающими. Ближний Восток и Центральная Азия особо отметили необходимость увязать четко сформулированные взаимные обязательства между глобальными, региональными и страновыми субъектами с практическими механизмами, которые могут функционировать в политически сложных условиях, — расширением таких инструментов, как публичные оценочные листы или панели мониторинга, независимые аудиты и финансирование, привязанное к результатам.

Дальнейшие предлагаемые действия:

- Правительства, региональные организации, гражданское общество, академические круги и другие организации предпринимают шаги с учетом региональной специфики по укреплению взаимной подотчетности, например:
 - Африка: i) расширить межстрановые обзоры, используя Африканский механизм коллегиального обзора (APRM); ii) разработать и ввести в действие механизмы «внешнего» обзора для мониторинга обязательств глобальных заинтересованных сторон и их реализации в соответствии с согласованными приоритетами (например, Механизм мониторинга и подотчетности Лусакской повестки).
 - Азиатско-Тихоокеанский регион: i) создать надежные механизмы картирования ресурсов и отслеживания расходов на национальном и региональном уровнях для точного и динамичного отслеживания расходования и выделения финансовых ресурсов из всех источников (например, от правительств, благотворительных организаций и помощи); ii) разработать и возглавить параллельные механизмы мониторинга и оценки, например, сочетание самооценки, экспертной оценки, независимой внешней оценки и участия сообщества, с четко определенными показателями, которые основаны на достижении справедливости в области здравоохранения.
- Правительства, глобальные и региональные организации изучают возможность разработки более обязательных правил и структурированных стимулов в качестве предварительного условия для будущих партнерств регионального и глобального сотрудничества, таких как льготный доступ к объединенному финансированию, техническое сотрудничество или руководящие роли для участников, которые демонстрируют соответствие согласованным приоритетам и прозрачную отчетность.

Неурегулированные вопросы и компромиссы:

- Какие внешние обязательства следует отслеживать — например, финансирование, представительство и ход реформ — и каким образом показатели могут обеспечить баланс между сопоставимостью и актуальностью на местном уровне?
- Согласятся ли основные действующие лица — в частности, суверенные доноры — на более жесткие ограничения? Если нет, то какие системы стимулирования могут эффективно их заменить?
- Какие механизмы подотчетности (обязательные правила, стимулы и прозрачность) фактически изменят поведение в текущем геополитическом климате, и где они могут быть эффективно закреплены?
- Как опыт применения таких инструментов, как публичные оценочные карточки, информационные панели или независимые аудиты, может послужить основой для их более эффективного использования?

В дополнение к ключевым реформам управления, ряд финансовых реформ также был определен как критически важный для эффективной эволюции глобальной экосистемы здравоохранения.

2. Финансирование

2.1. Нарращивание внутреннего финансирования

Участники региональных диалогов согласились с тем, что страны должны играть ведущую роль в наращивании объема и повышении качества внутреннего финансирования здравоохранения, а также управлять устойчивыми переходами. Наряду с этим необходимо также устранить макрофинансовые ограничения.

2.1.1 Увеличение объема и качества внутреннего финансирования здравоохранения, переориентация систем здравоохранения на первичную медико-санитарную помощь

Для увеличения объема финансирования здравоохранения два и более диалогов рекомендуют правительствам увеличить бюджетные ассигнования, расширить базу государственных доходов и привлечь частное финансирование (с соблюдением общественных интересов).

Для повышения качества финансирования здравоохранения во всех диалогах подчеркивалась необходимость привязать реформы финансирования к ПМСП, чтобы уменьшить фрагментацию в оказании услуг системами здравоохранения, укрепить институциональный потенциал для эффективного и справедливого распределения ресурсов и, в рамках этого, увеличить расходы на профилактику и укрепление здоровья.

Дальнейшие предлагаемые действия:

- Правительства институционализируют мониторинг финансовых потоков, чтобы обеспечить своевременную и прозрачную отчетность о мобилизации и распределении внутренних ресурсов, а также укрепить национальные механизмы подотчетности.
- Региональные организации отслеживают выполнение обязательств по внутреннему финансированию и поощряют коллегиальную подотчетность среди стран-членов (например, отслеживание обязательств по Абуджийской декларации с помощью показателей на душу населения и региональных механизмов коллегиального обзора).
- Правительства переориентируют реформы национального финансирования на ПМСП, интегрируя вертикальные программы в единую платформу и направляя внутренние инвестиции в ключевые компоненты ПМСП, включая инфраструктуру, кадры, услуги и лекарственные средства.
- Правительства, при поддержке партнеров, где это необходимо, укрепляют возможности управления государственными финансами, стратегических закупок и оценки медицинских технологий для повышения эффективности и справедливости.

Неурегулированные вопросы и компромиссы:

- Как страны могут защитить или расширить бюджетное пространство для здравоохранения в условиях, когда общая бюджетная маржа ограничена и перераспределение средств создает риск вытеснения других секторов?
- Какие возможности и политические стимулы необходимы для обеспечения эффективного применения механизмов отслеживания выполнения обязательств по внутреннему финансированию, таких как оценочные листы и механизмы экспертной оценки, и как можно свести к минимуму риск имитации исполнения требований или поверхностного выполнения обязательств?

2.1.2. Управление устойчивыми переходными процессами, при этом партнеры играют дополняющую и согласованную роль

В ходе всех диалогов подчеркивалась важность ответственного перехода к финансируемым за счет внутренних источников и интегрированным системам здравоохранения, при этом особо отмечались следующие предложения:

- Расширение требований к внутреннему софинансированию в рамках сотрудничества в области здравоохранения (по результатам нескольких диалогов).
- Использовать национальные координационные платформы, встроенные в существующие координационные комитеты сектора здравоохранения, для разработки национальных планов инвестиций в сферу здравоохранения. Они должны быть согласованы с «единым национальным планом» (см. следующий подраздел 2.2), отображать текущие ресурсы и опираться на четкие планы перехода от внешнего финансирования, чтобы наметить пути к внутреннему финансированию. Может потребоваться расширение мандатов комитетов для обеспечения участия всех соответствующих субъектов, включая министерства финансов, климатический сектор и маргинализированные группы (по результатам диалога в Азиатско-Тихоокеанском регионе).

В более широком смысле, в ходе нескольких диалогов¹⁰ подчеркивалась необходимость отражения в планах того, что страны находятся на разных этапах переходного периода; в частности, многие нестабильные и затронутые конфликтом государства по-прежнему далеки от полного внутреннего финансирования и нуждаются в устойчивой внешней поддержке. Кроме того, партнеры, включая доноров, должны играть дополняющую роль, укрепляющую самодостаточность, и работать над преодолением стимулов для сохранения зависимости.

Дальнейшие предлагаемые действия:

- Правительства укрепляют национальные планы инвестиций в сферу здравоохранения и переходный период, а также интегрируют их в существующие механизмы стратегического планирования и координации в секторе здравоохранения, чтобы структурировать последовательный переход от систем, управляемых донорами, к системам, финансируемым из внутренних источников.
- Партнеры согласовывают внешнее финансирование с путями перехода, определенными самими странами, обеспечивая постепенное и скоординированное свертывание поддержки, при этом роль партнеров со временем адаптируется, чтобы усилить последовательный переход к внутреннему финансированию.
- Нормативные организации, такие как ВОЗ, Всемирный банк, МВФ, аналитические центры, научные круги и другие, тесно сотрудничают с правительствами и финансовыми партнерами, чтобы предоставить рекомендации по надлежащему использованию различных типов и инструментов финансирования из внутренних и партнерских источников для поддержки планов перехода.

Неурегулированные вопросы и компромиссы:

- Что можно почерпнуть из существующих стратегий перехода? В частности, как страны могут обеспечить разработку и реализацию планов переходного периода таким образом, чтобы избежать увеличения расходов из собственных средств, недостатка услуг или фискальных потрясений в условиях сокращения внешнего финансирования?
- Каким образом партнеры с различными мандатами и давлением, связанным с уходом, могут быть подотчетны за соблюдение определенных страной путей перехода, чтобы их уход был постепенным, предсказуемым и не приводил к нарушению предоставления услуг или финансовым потрясениям?

2.1.3. Устранение макрофинансовых ограничений для разблокировки бюджетного пространства

Почти во всех диалогах прямо указывалось на необходимость решения проблемы непосильного долгового бремени и несправедливой стоимости заимствований, чтобы стимулировать увеличение внутренних инвестиций в здравоохранение. Африка сосредоточила внимание на долговых свопах, а Латинская Америка и Карибский бассейн — на инструментах повышения кредитоспособности (для снижения стоимости займов) и изменении критериев исключения из списка, подчеркнув, что нынешние критерии относят некоторые страны — например, малые островные развивающиеся государства (МОРАГ) — к странам с высоким уровнем дохода, упуская из виду их особую уязвимость. Азиатско-Тихоокеанский регион признал, что бюджетные проблемы, связанные с климатом, также определяют осуществимость внутреннего финансирования здравоохранения. В целом, участники диалога призвали к более тонкому подходу к критериям отбора, руководствуясь такими факторами, как гуманитарная и экологическая уязвимость, бремя болезней и эффективность работы сектора.



Реформированная глобальная архитектура здравоохранения должна включать в себя финансовую справедливость — через облегчение долгового бремени, справедливое кредитование и справедливое фискальное управление — в качестве основы для справедливости в области здравоохранения.



Отчет об итогах диалога по Африке

Дальнейшие предлагаемые действия:

- Министерства финансов и здравоохранения работают вместе, а также с соответствующими межправительственными организациями (такими как Экономическая комиссия ООН для Африки) и Всемирным банком, чтобы совместно оценить, адаптировать и, где это целесообразно, реализовать механизмы конверсии задолженности, соответствующие национальным и региональным приоритетам в области здравоохранения. Извлеченные уроки и передовой опыт документируются, становятся предметом обмена и выносятся на рассмотрение на предстоящих Весенних заседаниях.
- Глобальные и региональные партнеры (такие как Всемирный банк и другие) пересматривают использование уровня дохода в качестве основного критерия для льготного финансирования или помощи в области здравоохранения на основе грантов.
- Глобальные и региональные партнеры (например, Межамериканский банк развития, благотворительные фонды и другие) сотрудничают в расширении инструментов, способствующих кредитованию, таких как гарантии займов¹¹ — для снижения стоимости заимствований в странах и привлечения дополнительных инвестиций в сферу здравоохранения.

Неурегулированные вопросы и компромиссы:

- Какие механизмы управления необходимы для того, чтобы обязательства по обмену долговыми обязательствами на средства здравоохранения привели к реальному, устойчивому увеличению бюджета, а не к символическим или краткосрочным ассигнованиям?
- Можно ли разработать инструменты стимулирования кредитования для поддержки долгосрочных внутренних инвестиций без усиления зависимости от внешнего финансирования или увеличения фискального риска?

2.2. Повышение качества международного финансирования

В соответствии с Лусакской повесткой все регионы призывают к более согласованному, упрощенному и более предсказуемому внешнему финансированию наряду с трансформацией роли МБР.

2.2.1. Согласование поддержки с приоритетами страны, реализация принципа «один план, один бюджет, одна система мониторинга и оценки (M&E)» и укрепление интегрированных систем ПМСП

Все считали, что обеспечение страновой ответственности является главным организующим принципом глобальной поддержки здравоохранения — обеспечение соответствия всей внешней помощи приоритетам, стратегиям и планам, определенным на национальном уровне. В соответствии с Лусакской повесткой это означает переход от вертикальных программ по борьбе с конкретными заболеваниями, ориентированных на поставки, к программам первичной медико-санитарной помощи и системам, ориентированным на конкретные страны¹². Страны должны возглавить разработку, координацию и надзор за единым планом, единым бюджетом и единой системой мониторинга и оценки (M&E), обеспечив их авторитетность и совместную ответственность министерств здравоохранения и финансов. В свою очередь, доноры должны направлять поддержку на реализацию единого национального плана, единого бюджета и единой рамочной программы M&E вместо того, чтобы раздроблять национальные программы и администрацию здравоохранения.

Заинтересованные стороны в Европе и Северной Америке отмечают, что усилия по согласованию часто срываются, когда национальным планам не хватает деталей или фактов. Они также признают, что политические циклы двусторонних доноров, давление подотчетности и административные ограничения часто ограничивают возможности их практического взаимодействия, в то время как глобальные инициативы в области здравоохранения ограничены их собственными циклами планирования и пополнения ресурсов.



Глобальная поддержка работает только тогда, когда она следует национальным приоритетам — в противном случае она разрушает наши системы и отвлекает энергию от того, что действительно нужно людям.



Участник диалога по Ближнему Востоку и Центральной Азии

Дальнейшие предлагаемые действия:

- Правительства создают и внедряют надежную систему «единый план, единый бюджет, единая система мониторинга и оценки (M&E)» в области здравоохранения, совместно управляемую министерствами здравоохранения и финансов, с четким набором национальных приоритетов в области здравоохранения.
- Правительства укрепляют и консолидируют платформы координации в области здравоохранения для согласования поддержки и изучения успешных механизмов (как, например, в Руанде)
- Партнеры (включая многосторонних и двусторонних доноров) придерживаются принципа «один план, один бюджет, одна система мониторинга и оценки (M&E)», отказываясь от параллельных планов или договоров.
- Партнеры (включая многосторонних и двусторонних доноров) обеспечивают большую гибкость циклов и механизмов финансирования, чтобы снизить административную нагрузку на страны и проекты.

Неурегулированные вопросы и компромиссы:

- Каков наилучший путь перехода от вертикальных подходов к подходам, ориентированным на ПМСП, чтобы обеспечить интеграцию и укрепление системы без ущерба для результатов лечения заболеваний, особенно среди маргинализированных групп?
- Как страны могут укрепить свой суверенитет в области здравоохранения и создать для доноров мощные политические, операционные и репутационные стимулы для согласования действий, чтобы следование приоритетам, определяемым страной, стало стандартом, а не необязательной передовой практикой?
- Как странам и партнерам избежать увеличения числа конкретных договоров и условий, выдвигаемых донорами, которые могут подорвать усилия по согласованию и слаженности?
- Признавая ограниченный успех предыдущих усилий по согласованию, как можно преодолеть препятствия на пути к реализации концепции «один план, один бюджет, одна система мониторинга и оценки (M&E)»?

2.2.2. Объединение, интеграция и упрощение международного финансирования

В ходе всех диалогов заинтересованные стороны пришли к выводу о необходимости расширения механизмов совместного и интегрированного финансирования для снижения фрагментации и лучшей координации многосторонних донорских инвестиций в системы здравоохранения, а также в региональные и глобальные общественные блага.

Предпочтения различались по направленности и амбициям. Заинтересованные стороны в Азиатско-Тихоокеанском регионе подчеркнули важность согласованного финансирования с четкими структурами координации и реформами мандатов — между МБР, двусторонними донорами, благотворительными организациями и частными субъектами — для выравнивания инвестиций в региональные и глобальные общественные блага. В рамках диалога стран Латинской Америки и Карибского бассейна был разработан объединенный региональный механизм, размещенный в МБР, призванный задействовать существующие региональные фонды здравоохранения для поддержки общественных благ и реагирования на чрезвычайные ситуации (см. также следующий раздел). Заинтересованные стороны в Европе и Северной Америке поддержали расширение пула в принципе, но при этом сделали больший акцент на операционной гармонизации и разошлись во мнениях относительно ее масштабов: согласие по «прагматичным» шагам — таким как гармонизация циклов финансирования и взаимодействия на уровне стран, согласование моделей распределения средств, совместные дорожные карты переходного периода и уточнение разделения труда между Gavi, Глобальным фондом, Глобальным финансовым фондом и Всемирным банком — но при этом не согласие по структурным реформам, таким как общие советы, консолидация или оговорки о прекращении действия. Это также относится к финансированию готовности к пандемиям, где предпочтения варьируются между одним механизмом и лучшей координацией между несколькими инструментами.



Заинтересованные стороны в Азиатско-Тихоокеанском регионе подчеркнули важность согласованного финансирования с четкими структурами координации и реформами мандатов — между МБР, двусторонними донорами, благотворительными организациями и частными субъектами — для выравнивания инвестиций в региональные и глобальные общественные блага.



Дальнейшие предлагаемые действия:

- Правительства санкционируют проведение независимого обзора роли и способов финансирования основных региональных и глобальных финансовых механизмов с точки зрения как поддержки стран, так и региональных/глобальных общественных благ. Данный обзор позволит выявить, где финансовые функции дублируются, и определить возможности и шаги по гармонизации, интеграции и/или объединению.
- Правительства оценивают результаты этого обзора и проводят необходимые реформы в соответствии с выводами.

Такие шаги должны быть тесно связаны с анализом организационных мандатов, изложенным в разделе «Управление» (см. подраздел 1.1.).

Неурегулированные вопросы и компромиссы:

- Как далеко должны заходить объединенные и комплексные механизмы финансирования для повышения эффективности и согласованности? Достаточно ли постепенной гармонизации циклов финансирования и разделения труда, или необходима более глубокая структурная консолидация (например, создание общих советов директоров или объединение функций)?
- Существует ли противоречие между консолидацией механизмов на глобальном уровне и необходимостью уделять первостепенное внимание страновой ответственности и согласованию с приоритетами стран на национальном уровне? Если да, то как можно смягчить эту ситуацию?

2.2.3. Обеспечить стабильность и предсказуемость структуры финансирования

Заинтересованные стороны во всех регионах согласны с необходимостью перехода от краткосрочных циклов финансирования к предсказуемому, многолетнему международному финансированию, которое позволит странам эффективно планировать и укреплять свои системы, а также надежно финансировать глобальные и региональные общественные блага, такие как готовность к пандемии.

Например, в рамках диалога по Африке более длительные и лучше согласованные бюджетные циклы доноров рассматривались как необходимое условие для эффективного составления национальных программ и поддержания комплексных подходов, ориентированных на ПМСП. Европа и Северная Америка поддержали эту необходимость и признали, что доноры должны работать над преодолением своих собственных политических и административных ограничений, которые часто ограничивают предсказуемость; они также подчеркнули важность надежного и коллективного финансирования готовности к пандемии в мирное время, а не разрозненных фондов для чрезвычайных ситуаций. Заинтересованные стороны из стран Латинской Америки и Карибского бассейна подчеркнули, что финансирование должно быть более долгосрочным, чтобы поддерживать структурные реформы, а не краткосрочные, изолированные проекты. Аналогичным образом, участники Азиатско-Тихоокеанского диалога призвали к долгосрочному финансированию в области глобального здравоохранения, а заинтересованные стороны из стран Ближнего Востока и Центральной Азии подчеркнули важность многолетних обязательств и прозрачности.

Дальнейшие предлагаемые действия:

- Секретариаты основных многосторонних и региональных фондов здравоохранения (под контролем и при поддержке их советов) и двусторонние фонды работают с правительствами стран и другими участниками над пересмотром инструментов финансирования здравоохранения, чтобы обеспечить многолетние и системно-ориентированные обязательства, согласование циклов и расширение окон выплат.

Неурегулированные вопросы и компромиссы:

- Как можно устранить юридические, административные и политические ограничения, чтобы глобальные фонды здравоохранения изменили свои инструменты, обеспечив более стабильную и многолетнюю предсказуемость?
- По мере того как страны отказываются от внешней поддержки, каким образом в моделях финансирования можно найти баланс между потребностью в предсказуемых многолетних внешних обязательствах и ожиданием постоянного увеличения внутреннего финансирования?

2.2.4. Развитие и повышение уровня финансирования здравоохранения многосторонними банками развития

По мере того как финансирование в области глобального здравоохранения отходит от вертикальных программ, основанных на грантах, и переходит к долгосрочному укреплению систем, заинтересованные стороны из разных регионов подчеркивают необходимость повышения стратегической роли как региональных, так и глобальных МБР. Несмотря на наличие признанных рисков, таких как увеличение объема обслуживания долга и финансиализация, МБР все чаще рассматриваются как организации, способные поддерживать многолетние национальные стратегии в таких масштабах, которые не под силу традиционным донорам.

Регионы акцентировали различные аспекты. Африканские заинтересованные стороны подчеркнули важность переговоров об улучшении условий инвестирования МБР, включая увеличение инвестиций в социальные услуги через МАР/МБРР, а также использование МБР для поддержки обсуждений о выходе из программы и оговорки об истечении срока действия. Диалог по Азиатско-Тихоокеанскому региону подчеркнул роль МБР в координации стратегий финансирования и инвестиций в глобальные и региональные общественные блага, а также в проведении регулярного картирования ресурсов для здравоохранения — особенно на региональном уровне. Европейские и североамериканские заинтересованные стороны рассматривали МБР как важнейшее средство обеспечения устойчивости, подчеркивая важность укрепления Управления государственными финансами (УГФ) и льготного финансирования ПМСП и систем.

Дальнейшие предлагаемые действия:

- МБР работают с правительствами и другими участниками над совершенствованием механизмов устойчивого льготного финансирования под руководством стран для поддержки справедливой и эффективной первичной медико-санитарной помощи и общественных благ.
- Правительства, МБР, Глобальные инициативы в области здравоохранения (ГИЗ) и другие участники изучают пакеты финансирования МБР под руководством стран, которые сочетают льготные кредиты с грантами ГИЗ и внутренним финансированием для поддержки эффективных переходных процессов.
- Правительства, МБР и другие участники рассматривают вопрос о том, могут ли региональные механизмы совместного финансирования трансграничных общественных благ и готовности к ним, действующие при поддержке МБР, повысить предсказуемость, эффективность и согласованность финансирования с региональными приоритетами.

Неурегулированные вопросы и компромиссы:

- Как страны могут инвестировать в укрепление систем здравоохранения, не перегружая себя обязательствами по обслуживанию долга, и где должна проходить граница между льготным заимствованием и финансированием на основе грантов, особенно с учетом различий в бюджетном потенциале разных стран?
- Как МБР могут расширить финансирование и при этом снизить риски финансиализации, такие как перестройка национальных программ здравоохранения в сторону банковских проектов за счет основных и справедливых систем здравоохранения?
- Как страны могут использовать смешанное финансирование — например, гранты GHI в сочетании с займами МБР и внутренним финансированием — таким образом, чтобы усилить ответственность страны и поддержать долгосрочные, комплексные реформы системы здравоохранения?

2.3. Развитие региональных механизмов финансирования

Участники диалога предложили укрепить региональные механизмы финансирования региональных общественных благ и поддержки стран. В соответствии с принципом субсидиарности¹³, размещение финансовых функций на региональном уровне, как ожидается, повысит самодостаточность и суверенную ответственность, обеспечит близость к контекстуальным потребностям и будет способствовать принятию своевременных мер. В то же время, это может сохранить достаточный масштаб для обеспечения эффективности, укрепления солидарности и поддержки региональных инвестиций в общественные блага, превышающих возможности отдельных государств.

2.3.1. Объединение и координация различных региональных источников финансирования

Общий подход заключается в объединении многочисленных источников и потоков финансирования — внутренних государственных бюджетов, региональных многосторонних банков развития, благотворительности, диаспоры, двусторонних доноров и (при необходимости) частного капитала — в механизмы совместного финансирования, которые могут координировать региональные инвестиции в сферу здравоохранения. Это способствует созданию общей ресурсной базы, гармонизации финансовых потоков и повышению эффективности, обеспечивая согласованное инвестирование в региональные общественные блага и поддержку стран на основе солидарности.

При этом регионы делали разные акценты: в рамках африканского диалога особое внимание уделялось мобилизации ресурсов из национальных казначейств, благотворительности и диаспоры в фонды, связанные с региональными экономическими сообществами (РЭС) или Африканским союзом (АС), чтобы уменьшить фрагментацию и усилить готовность и реагирование. Участники Азиатско-Тихоокеанского диалога подчеркнули важность координации потоков МБР, двусторонних и благотворительных средств для поддержки региональных общественных благ, обеспечивая при этом, чтобы эта координация не брала на себя функции определения приоритетов или реализации. Европейские и североамериканские заинтересованные стороны поддержали региональные механизмы финансирования для совместных закупок и предварительных рыночных обязательств, приведенных в соответствие с глобальными стандартами. В рамках диалога стран Латинской Америки и Карибского бассейна было предложено создать Региональный фонд солидарности в области здравоохранения — объединенный, каталитический

механизм финансирования, который будет находиться в ведении многостороннего банка развития и управляться странами, для координации и использования региональных фондов здравоохранения.

Капитализированный за счет налогов, связанных со здоровьем, и перенаправленных многосторонних профицитов, фонд повысил бы эффективность за счет объединения ресурсов от нескольких доноров, сокращения административных расходов и распределения финансового риска, а также поддержки региональной солидарности путем выделения средств там, где они наиболее необходимы — особенно в связи с тем, что многие страны больше не имеют права на получение традиционной помощи. В то же время участники из стран Ближнего Востока и Центральной Азии выступили за создание предсказуемых, привязанных к региону потоков совместных инвестиций, подкрепленных совместным мониторингом, для координации финансирования ПМСР и региональных общественных благ.

2.3.2. Внедрить общие принципы для эффективного регионального финансирования

Общими характеристиками эффективных региональных механизмов финансирования здравоохранения, отмеченными в ходе двух или более диалогов, являются:

- **Под руководством правительства и в рамках региональной ответственности:** Механизмы подотчетны правительствам и передают полномочия по принятию решений в руки стран региона, обеспечивая суверенный контроль и политическую легитимность.
- **Прозрачность:** Общие системы мониторинга и регулярное картирование ресурсов обеспечивают четкое и предсказуемое отслеживание взносов, ассигнований и результатов работы, укрепляя доверие и подотчетность во всем регионе.
- **Эффективность за счет скоординированного объединения** (см. выше).
- **Солидарность как руководящий принцип:** В условиях сокращения или отсутствия традиционной помощи для многих стран распределение ресурсов должно обеспечивать их поступление туда, где региональные потребности наиболее велики.
- **Совместное инвестирование для достижения общих целей:** Механизмы должны стимулировать коллективные инвестиции стран, используя договоренности, способствующие увеличению вклада и укреплению приверженности региональным приоритетам.
- **Опирайтесь на существующие организации и интегрировать их:** Использовать существующие региональные или многосторонние структуры, чтобы избежать дублирования и максимально использовать институциональный потенциал. Это может означать размещение в МБР, укрепление континентального фонда (например, Африканского эпидемического фонда) или работу через субрегиональные организации.

Дальнейшие предлагаемые действия:

- По всей Африке правительства и региональные организации объединяют усилия для увеличения совместного финансирования мер реагирования на чрезвычайные ситуации через Африканский фонд по борьбе с эпидемиями.
- Правительства стран Латинской Америки и Карибского бассейна, аналитические центры, научные круги и другие субрегиональные и региональные организации совместно с выбранным МБР изучают возможности создания регионального фонда солидарности в области здравоохранения, включая его правление, модель капитализации и потенциальные инструменты финансирования.
- В Азиатско-Тихоокеанском регионе аналитические центры и научные круги работают с правительствами, партнерами и региональными организациями над созданием регулярной многосекторальной функции картирования ресурсов, согласованной с региональными стратегиями здравоохранения, для информирования о развитии региональных механизмов совместного финансирования.
- Региональные организации и партнеры совместно работают над созданием структурированного межрегионального обмена знаниями о региональных механизмах финансирования здравоохранения, включая модели управления и структуру доходов, на базе нейтральной платформы или МБР.

Неурегулированные вопросы и компромиссы:

- Какие стимулы убедят правительства присоединиться к региональному механизму финансирования здравоохранения, и как регионы могут управлять риском того, что страны будут воздерживаться, если краткосрочные выгоды кажутся неопределенными?
- Как сбалансировать региональную ответственность и строгий суверенный контроль с необходимостью совместимости с глобальными фондами и МБР и взаимодействия с внешними партнерами?

Помимо общих приоритетов для эволюции управления и финансирования здравоохранения, диалоги затронули ключевые реформы в области данных, знаний, разработки и поставки продуктов.

3. Данные, знания и продукты

3.1. Расширение региональных систем данных и знаний

Регионы согласились с настоящей необходимостью укрепления совместимых, управляемых на региональном уровне систем медицинских данных и знаний, опирающихся на мощную цифровую инфраструктуру, четкое управление данными и структурированный обмен знаниями, чтобы обеспечить надежные доказательства и более тесное сотрудничество.

3.1.2. Создание или укрепление региональных систем цифровых данных и узлов с широкой совместимостью

Общие приоритеты включают создание региональных систем данных, которые гарантируют национальный суверенитет в области данных, обеспечивая сохранение за странами полномочий по сбору, хранению и обмену данными. В частности, в рамках диалога по Африке была подчеркнута необходимость обеспечения условий распределения выгод и самих выгод (различных видов, таких как передача технологий) в рамках системы доступа к патогенам и распределения выгод (PABS (Pathogen Access and Benefits Sharing)).

В ходе диалогов также была подчеркнута необходимость создания единой, совместимой цифровой инфраструктуры для данных о показателях здоровья человека, финансировании здравоохранения и эффективности программ, а также наблюдения за заболеваниями. Они должны опираться на доверенные региональные организации, позволяющие объединять данные из различных систем, и создавать региональные центры данных, обеспечивающие соблюдение согласованных стандартов и позволяющие проводить анализ в режиме реального времени в разных странах. Последние должны поддерживаться цифровыми панелями для обеспечения прозрачности и принятия эффективных решений. Участники африканских диалогов рассмотрели роль, которую может сыграть ИИ, рассматривая его как «основу» новой цифровой инфраструктуры здравоохранения для повышения эффективности работы, сокращения расходов и повышения производительности.

Конкретные примеры включают:

- Африканская система управления данными в области здравоохранения для укрепления обмена данными и систем. Такая структура обеспечит хранение, управление и использование данных о здоровье африканцев в пределах континента, чтобы защитить национальный суверенитет и обеспечить возможность монетизации за счет увеличения стоимости (например, клинических испытаний).
- Хранилище данных о здравоохранении АСЕАН для того, чтобы страны Юго-Восточной Азии могли проводить сравнительный анализ инвестиций в системы здравоохранения и выявлять передовой опыт в области устойчивого финансирования. Хранилища должны принадлежать странам, а их размещение на субрегиональном уровне могло бы осуществляться при содействии национальных многосторонних форумов заинтересованных сторон, что позволило бы распределять административную нагрузку и усилить роль субрегиональной координации в обслуживании национальных приоритетов.

3.1.3. Институционализация структурированных механизмов обмена знаниями

Для дальнейшего развития взаимного обмена знаниями и технического сотрудничества в регионах участники диалога предложили более систематические механизмы обмена, основанные на региональном управлении и поддерживаемые цифровыми инструментами.

Например, предложенный в рамках диалога стран Латинской Америки и Карибского бассейна Центр инноваций стран ЛАК будет опираться на значительный потенциал, уже существующий в странах региона; потенциал, который зачастую используется недостаточно или недостаточно признается другими. Благодаря ежегодным конкурсам, определению региональных приоритетов, а также использованию и расширению существующего потенциала посредством структурированных обменов между странами, Хаб будет устранять барьеры, которые в настоящее время препятствуют техническому сотрудничеству Юг-Юг. В Азиатско-Тихоокеанском регионе это можно сделать с помощью региональных и субрегиональных центров знаний, которые собирают данные о передовой практике для межсекторального и межстранового обучения, используя существующие организации, такие как ВОЗ, Глобальный фонд, Всемирный банк, АБР, АСЕАН и академические организации.

Дальнейшие предлагаемые действия:

- В странах Латинской Америки и Карибского бассейна заинтересованные правительства начинают предварительные переговоры с ПАОЗ и другими партнерами о совместной разработке Инновационного центра ЛАК, а также создают Региональный комитет и специальную рабочую группу для определения приоритетов.
- По всей Африке правительства и региональные партнеры разрабатывают информационную систему данных об Африке на базе Африканского ЦКПЗ в качестве цифровой общественной инфраструктуры (ЦОИ) для африканских стран.
- На всем Ближнем Востоке и в Центральной Азии правительства и региональные партнеры создают региональный центр медико-санитарных данных для обеспечения трансграничного обмена данными и передового анализа; укрепляют существующие региональные органы для координации эпиднадзора, лабораторных сетей и трансграничной готовности; и создают региональные платформы для обмена знаниями, которые поддерживают совместные исследования, мониторинг и наращивание потенциала.

Неурегулированные вопросы и компромиссы:

- Как совместить строгий национальный контроль над медицинскими данными с необходимостью быстрого трансграничного обмена данными во время чрезвычайных ситуаций?
- Как обеспечить согласованность внутри регионов и между ними, чтобы сильные региональные системы были согласованы и на глобальном уровне?
- Как цифровые инструменты и политика открытого доступа могут способствовать использованию знаний, не подрывая при этом защиту данных и интеллектуальной собственности?

3.2. Формировать рынки, объединять закупки и распределять производство

Все регионы сходятся во мнении, что рынки здравоохранения необходимо активно формировать для обеспечения справедливого доступа, повышения устойчивости и укрепления регионального суверенитета. Это должно включать совместные закупки, а также более регулируемое и распределенное производство и гармонизированные процессы регулирования. Кроме того, это рассматривается как возможность создания экономических преимуществ, стимулирования инноваций, роста, промышленного развития и производительности, а также согласования целей здравоохранения и экономики в общих рамках.

3.2.2. Формирование рынков с помощью совместных закупок и прогрессивных условий

В ходе диалогов постоянно упоминались совместные закупки, переговоры о ценах и стандартизированные требования к продукции как важнейшие инструменты для снижения цен, обеспечения надежности поставок и расширения доступа — особенно для стран с ограниченными возможностями для заключения сделок.

У регионов были различные отправные точки и точки зрения для продвижения вперед на региональном и глобальном уровнях. Заинтересованные стороны в Латинской Америке и Карибском бассейне отметили положительное влияние Револьверного фонда ПАОЗ в регионе, но призвали к его модернизации и расширению. В рамках Африканского диалога было рекомендовано ввести в действие общеконтинентальные совместные закупки посредством инвентаризации существующих мощностей и пилотирования санкционированных АС механизмов в целях обеспечения предсказуемого спроса.

В рамках Азиатско-Тихоокеанского диалога было рекомендовано согласовать совместные закупки (сначала на субрегиональном уровне, например, в Тихоокеанском регионе или АСЕАН) с финансовыми реформами и планами перехода. Заинтересованные стороны на Ближнем Востоке и в Центральной Азии предложили координировать закупки, накопление запасов и логистику на региональном уровне, чтобы стандартизировать закупки и обеспечить быстрый доступ к основным поставкам в разных странах, в том числе в нестабильных условиях. В ходе диалога в Европе и Северной Америке особое внимание уделялось поддержанию глобальной совместимости и общих стандартов, чтобы избежать фрагментации рынков и доступа; участники предложили гармонизировать растущие региональные механизмы и одновременно укрепить глобальные механизмы, включая совместные закупки, предварительные рыночные обязательства и положения о раннем справедливом доступе в партнерствах НИОКР.

“
В ходе диалога в Европе и Северной Америке особое внимание уделялось поддержанию глобальной совместимости и общих стандартов, чтобы избежать фрагментации рынков и доступа.
”

3.2.3. Укрепление распределенного производственного потенциала с использованием региональных механизмов

Регионы пришли к единому мнению о необходимости наращивания местного и регионального производственного потенциала, укрепления цепочек поставок и гармонизации регуляторных процессов. Многие считали, что расширение производства имеет важнейшее значение для обеспечения своевременного доступа в период кризисов и уменьшения зависимости от внешних рынков.

В рамках этого появляются различные мотивы и направления. Заинтересованные стороны на Ближнем Востоке и в Центральной Азии сосредоточились на создании региональных производственных и логистических хабов при поддержке государственно-частного партнерства (ГЧП) и цифровой модернизации цепочек поставок. Участники со всей Африки подчеркнули наиболее комплексную повестку дня: инвестиции в местное производство и НИОКР; гармонизация регулирования в рамках Африканского агентства по лекарственным средствам (ААЛС); укрепление цепочки поставок в рамках Африканской континентальной зоны свободной торговли (АКЗСТ); наращивание потенциала для принудительного лицензирования; и содействие развитию самодостаточной промышленности, способной обслуживать как региональные, так и глобальные рынки.

В рамках диалога стран Латинской Америки и Карибского бассейна было предложено углубление моделей совместного производства, интеграция региональных цепочек поставок и использование венчурных механизмов для финансирования инноваций в сфере здравоохранения. В ходе диалога в Европе и Северной Америке особое внимание уделялось приведению производственных инициатив в соответствие с глобальными рамками, совершенствованию глобальных процессов НИОКР, чтобы они лучше отражали приоритеты стран.



Страны Африки заявляют: мы хотим не только получать вакцины, но и располагать собственными мощностями для их производства... Миру придется адаптироваться к этой новой реальности.



Участник диалога по Африке

Дальнейшие предлагаемые действия:

- Правительства и региональные организации реализуют региональные планы по расширению совместных закупок.
- Региональные организации обмениваются опытом и передовой практикой в области совместных закупок между регионами, например, опираясь на Револьверный фонд ПАОЗ и другие успешные модели, и изучают совместные возможности.
- Правительства и региональные организации способствуют гармонизации нормативно-правовой базы для поддержки масштабируемого регионального производства. Это может включать ускоренную работу соответствующих организаций (например, внедрение АМА (ААЛС)), создание механизмов взаимного признания, а также согласование стандартов продукции и путей лицензирования, чтобы продукция регионального производства могла эффективно перемещаться через границы.

Неурегулированные вопросы и компромиссы:

- Как сбалансировать роли глобальных и региональных закупок, чтобы регионы могли действовать быстрее, не раздробляя стандарты и не теряя масштабных преимуществ глобальных механизмов?
- Какие инструменты формирования рынка можно применять более систематически, в том числе при разработке ГЧП, чтобы максимизировать отдачу от здравоохранения?
- Каким образом региональные производственные структуры могут обеспечить общие преимущества для здравоохранения и экономики — за счет согласованного регулирования и интеграции цепочек поставок — и при этом обеспечить справедливую выгоду для всех стран, включая малые или нестабильные государства?
- Как национальные и региональные организации могут наладить партнерские отношения с производителями и другими участниками (частным сектором), чтобы преодолеть препятствия в текущем промышленном ландшафте и создать эффективные производственные системы?

Дальнейшие действия

1. Благоприятные факторы

Продвижение этих реформ будет непростым.

В то время как региональные диалоги были направлены на достижение консенсуса и определение конкретных последующих шагов, определение механизма проведения реформ, особенно на глобальном уровне, остается сложной задачей.

Было также широко признано, что многие из намеченных реформ — которые включают внедрение новых методов работы, перераспределение полномочий и изменение фундаментальных представлений о том, что такое глобальное здравоохранение и кто имеет право принимать решения, — встретят сопротивление, и возможно, что усилия по проведению реформ будут блокироваться или кооптироваться устоявшимися структурами. По сути, поворот к регионализации сам по себе отражает сложность проведения реформ на глобальном уровне.

Кроме того, некоторые тенденции в быстро меняющемся глобальном экономическом и политическом контексте также могут сдерживать осуществление реформ. Как отмечается в диалоге стран Латинской Америки и Карибского бассейна, глобальный кризис в области здравоохранения является «отражением более масштабного раскола в геополитике и международном сотрудничестве». В настоящее время усилия по проведению реформ сталкиваются с фрагментарным ландшафтом, в котором власть распространяется на все большее число участников, идеологическая поляризация углубляется, а конкурирующие модели порядка и растущий националистический популизм ослабляют консенсус и совместные действия. Сокращение международного финансирования в области здравоохранения вряд ли удастся обратить вспять в краткосрочной перспективе, а многосторонние соглашения часто уступают место транзакционным двусторонним подходам.

Такая оценка должна восприниматься как реалистичная, а не пессимистичная. Чтобы добиться успеха в этом контексте, реформы должны активно проводиться в условиях быстро меняющейся геополитической обстановки. Подлинные преобразования потребуют внешнего давления и новых, более эффективных подходов, которые сделают

фундаментальные, долгосрочные изменения неизбежными.

В ходе диалогов были определены следующие благоприятные факторы, которые, вероятно, будут играть решающую роль:

1. Лидерство стран с низким и средним уровнем дохода и регионов

Страны и регионы, наиболее близкие к практической реализации, должны находиться в центре реформ, тогда как страны с высоким уровнем дохода и глобальные организации должны играть вспомогательную роль, поддерживая повестки реформ под руководством стран и в рамках региональной ответственности. Реформа глобальной экосистемы здравоохранения должна сопровождаться совместными действиями по развитию сотрудничества на региональном и национальном уровнях, что возможно только в том случае, если страны и группы заинтересованных сторон из всех регионов мира будут активно участвовать в обсуждении реформы и играть в ней ведущую роль.

2. Политическое и техническое согласование

Проведение реформ потребует эффективного взаимодействия между амбициозными техническими предложениями по реформам, подготовленными экспертами, и механизмами принятия политических решений. Такие механизмы должны включать влиятельных министров из секторов здравоохранения и развития и за их пределами, обеспечивая политические полномочия высокого уровня со стороны министров финансов и глав государств/правительств, а также других региональных и глобальных лидеров. Коалиции должны мобилизовать политических чемпионов и использовать региональные и глобальные политические моменты и процессы — такие как саммиты АС, саммиты Америк, встречи ACEAN, Лига арабских государств, G20, Генеральная Ассамблея ООН (ГА ООН) и Всемирная ассамблея здравоохранения WHA — для продвижения принятия решений и подотчетности на высоком уровне по технически обоснованным предложениям. Председателям и членам советов директоров глобальных и региональных организаций здравоохранения также придется приложить усилия, чтобы обеспечить согласованность между заявлениями на высоком уровне и принятием стратегических и оперативных решений.

3. Динамичные коалиции для проведения реформ

Эффективные и гибкие коалиции будут иметь решающее значение для достижения прогресса. Региональные коалиции, такие как Азиатско-Тихоокеанская коалиция по реформе в области глобального здравоохранения, предложенная Азиатско-Тихоокеанским региональным диалогом, способны стать важнейшими многосторонними платформами для совместного определения приоритетов и апробации реформ на региональном уровне. Кроме того, ключевую роль в продвижении программы реформ будут играть союзы между региональными блоками — например, для совместного влияния на глобальных форумах, таких как G20. Необходимо также изучить политические возможности для объединения глав государств из стран с низким и средним уровнем дохода с главами государств из традиционных стран-доноров. Все участники должны работать вместе, чтобы обеспечить согласованность текущих и новых инициатив по реформе — таких как Лусакская повестка, Аккрская перезагрузка, Севильская платформа действий, HEAR CSO и новый процесс под эгидой ВОЗ, а также более широкий процесс UN80 — для обеспечения технического и политического импульса для реформы, чтобы не допустить фрагментации.

4. Быстрый и прагматичный прогресс

Реформа — это итеративный процесс, а не один скачок. Быстрые победы будут иметь решающее значение для создания импульса и доверия. Несмотря на нерешенные вопросы, реформы следует начинать поэтапно, не дожидаясь полной ясности и консенсуса. Приоритетные реформы в области управления, финансирования и других ключевых областях должны осуществляться на практике путем заключения прагматичных соглашений между различными участниками, основанных на четких и общих выгодах от сотрудничества. Региональные и глобальные встречи по вопросам здравоохранения следует использовать для обмена информацией о первых результатах реформ, создания коалиций и поддержания приверженности.

“
Реформа — это итеративный процесс, а не один скачок. Быстрые победы будут иметь решающее значение для создания импульса и доверия.
”

2. Призыв к действию

В разделе IV освещаются основные дальнейшие шаги, необходимые для обеспечения реформирования глобальной экосистемы здравоохранения в важнейших тематических областях. Для их реализации потребуются коллективные усилия, поэтому в данном разделе кратко описаны основные действия, необходимые для всех групп заинтересованных сторон, которые были отмечены в ходе региональных диалогов. Они не претендуют на всеобъемлющий характер, и другие участники, такие как филантропия и частный сектор, также будут играть важную роль.

1. Правительства. Установить и реализовать общее направление реформ, укрепить и согласовать финансирование в рамках единого плана и обеспечить передачу полномочий там, где это создает добавленную ценность.

- Продолжать добиваться прогресса в выполнении обязательств Лусакской повестки, включая:
 - [Правительства стран с низким и средним уровнем дохода] Мобилизовать новые финансовые средства для перехода к внутреннему финансированию систем здравоохранения и переориентировать оказание медицинской помощи в сторону ПМСП.
 - [Правительства стран с низким и средним уровнем дохода] Институционализировать принцип «один план, один бюджет, одна система мониторинга и оценки (M&E)», совместно контролируемый министерствами здравоохранения и финансов; укрепить платформы координации донорской деятельности.
 - [Правительства-доноры] Ввести в действие принцип «один план, один бюджет, одна система мониторинга и оценки (M&E)». Пересмотреть инструменты двустороннего финансирования и внедрить более гибкие циклы и механизмы, чтобы снизить административную нагрузку на страны и обеспечить возможность принятия многолетних, ориентированных на систему обязательств с согласованными циклами и более длительными сроками освоения средств.
- [Все правительства] Признать жизненно важную роль различных субъектов, включая гражданское общество и сообщества, в управлении здравоохранением и обеспечить эффективные механизмы участия на национальном, региональном и глобальном уровнях.
 - [Все правительства] Санкционировать независимый (-ые) обзор (-ы) и создать механизм (-ы) принятия решений, основанный (-ые) на фактических данных и ограниченный (-ые) по времени, с тем чтобы:

- Согласовать шаги по рационализации функций, мандатов и способов финансирования глобальных организаций, а также взаимодействия между глобальными и региональными организациями (включая региональные и глобальные финансовые институты).
- Согласовать дорожную карту для предсказуемой, поэтапной передачи соответствующих мандатов, прав принятия решений и ресурсов региональным организациям.
- Рассмотреть варианты изменений, правовые ограничения и компромиссы для улучшения представительства в советах директоров и практики ключевых глобальных советов здравоохранения и предложить путь продвижения вперед.

2. Региональные организации: взять на себя уточненные функции, создать общие системы и гармонизировать рынки.

- Совместными усилиями и совместно с правительствами:
 - Определить и согласовать, какое региональное учреждение (учреждения) возглавляет работу по выполнению ключевых функций здравоохранения, а также обеспечить полномочия по принятию решений и стабильное финансирование, необходимое для осуществления (в том числе из региональных механизмов финансирования, таких как МБР и другие).
 - Создать региональные платформы данных и доказательной базы для обеспечения трансграничного обмена и аналитики в интересах региональных стратегий.
 - Расширять совместные закупки, опираясь на проверенные модели (например, Револьверный фонд ПАОЗ) и обмениваясь опытом между регионами, чтобы повысить предсказуемость и эффективность расходования средств.
 - Увеличить совместное производство товаров медицинского назначения путем содействия гармонизации регулирования и других мер.

3. Глобальные организации: упорядочить мандаты, поддерживать региональных участников, согласовывать действия со страновыми планами и реформировать финансовые инструменты.

- [Все] Уважать региональные организации и проактивно обеспечивать субсидиарность: выстраивать партнерство на справедливой основе, согласовывать техническую помощь и финансирование с региональными стратегиями и уступать пространство для передачи функций; укреплять подотчетность и координацию с региональными организациями.
- [Глобальные организации здравоохранения] В соответствии с Лусакской повесткой принять более гибкие, долгосрочные циклы финансирования и механизмы совместного финансирования для снижения административной нагрузки на страны и ввести в действие принцип «один план, один бюджет, одна система мониторинга и оценки (M&E)».
- [Глобальные организации здравоохранения] Совместными усилиями и совместно с правительствами рационализировать организационные мандаты и механизмы (см. выше).
- [МБР] Работать с правительствами и партнерами над пересмотром и рационализацией условий финансирования, а также над уточнением и расширением долгосрочных, ориентированных на систему инструментов льготного финансирования, которые дополняют внутренние и другие ресурсы (включая гранты GHI), под четким руководством стран, не усугубляя финансиализацию или непосильное долговое бремя.
- [Международные финансовые институты] Устранить несправедливые ограничения бюджетного пространства, в том числе пересмотреть критерии отбора по уровню дохода, которые не учитывают критические факторы уязвимости (как, например, в случае с МОРПГ), и работать с правительствами, благотворительными организациями и региональными МБР над масштабированием каталитических инструментов стимулирования кредитования (например, гарантий по кредитам) для снижения стоимости заимствований.

4. Гражданское общество, аналитические центры и научные круги: усиление влияния, доказательной базы и подотчетности.

- [Гражданское общество] Отстаивать и обеспечивать значимое участие в управлении здравоохранением на всех уровнях, способствуя прозрачности и подотчетности в достижении справедливых результатов и процессов.

- [Все] Работать с правительствами и другими организациями, чтобы предложить научно обоснованные целевые показатели представительства стран с низким и средним уровнем дохода/регионов и механизмы справедливого участия в глобальных советах по здравоохранению.
- [Аналитические центры и научные круги] Предоставлять аналитические материалы, которые помогут правительствам и глобальным организациям здравоохранения совместно разработать четкое руководство по инструментам финансирования переходного периода для соотнесения внутренних и партнерских источников (включая МБР и благотворительные организации) с потребностями в финансировании.
- [Все] Использовать картирование потоков финансирования здравоохранения для обеспечения подотчетности участников и формирования эффективной и справедливой системы финансирования на страновом, региональном и глобальном уровнях.

3. Основные вопросы для продвижения вперед

Как уже отмечалось выше, совместная работа по продвижению реформы в области глобального здравоохранения должна начаться уже сейчас. Но хотя мы не должны позволить нерешенным вопросам отговорить нас от принятия мер, мы также должны четко понимать, где необходим дополнительный анализ и обсуждения, чтобы обеспечить четкий и единый путь вперед.

В разделе IV по каждой области реформ выделены конкретные нерешенные вопросы. В совокупности они также указывают на более широкий круг основополагающих вопросов, требующих безотлагательного дальнейшего рассмотрения:

1. Существует ли консенсус в отношении концепции экосистемы глобального здравоохранения, которая включает в себя международную координацию, внешнюю помощь и предоставление региональных и глобальных общественных благ, чтобы улучшить результаты в области здравоохранения и обеспечить коллективную ценность для всех?
2. В достаточной ли мере функции, изложенные в разделе III, отражают ключевые функции переосмысленной экосистемы глобального здравоохранения? Достигнуто ли согласие в отношении предлагаемого баланса функций на региональном и глобальном уровнях?
3. В рамках каждого уровня, где должна лежать ответственность за каждую из этих различных функций? Каким образом можно уточнить мандаты организаций и при необходимости укрепить институциональный потенциал для обеспечения упорядоченной, согласованной и эффективной экосистемы?
4. Какая дополнительная информация — например, об альтернативных издержках или компромиссах для различных сценариев реформ — необходима для определения приоритетов и последовательности реформ?
5. Какие решения должны быть приняты, где и кем, чтобы реализовать ключевые реформы? Как можно использовать различные процессы и форумы на разных уровнях для стимулирования изменений?
6. Какие действия необходимо предпринять различным заинтересованным группам для достижения прогресса? Как можно усовершенствовать, усилить и применить на практике вышеупомянутый призыв к действию?

Очень важно, чтобы предстоящие региональные и глобальные обсуждения реформы в области здравоохранения были направлены на постепенное решение этих вопросов.

4. Заключение

Существенные изменения в области глобального здравоохранения неизбежны. Вопрос не в том, изменится ли система. Вопрос в том, когда, в каком направлении и кто будет формировать эту будущую систему. Это требует коллективного мышления и действий. Дополняя другие инициативы на региональном и глобальном уровнях, данная работа вносит свой вклад в ответы на эти вопросы.

Правительства и неправительственные организации из более чем 114 стран высказали свое мнение в ходе тщательного и систематического обсуждения. Они обсуждали, как должна выглядеть будущая система и как к ней прийти. Чтобы воспользоваться коллективным мнением всего мира и обеспечить всем странам и регионам, особенно странам с низким и средним уровнем дохода, весомый голос в определении дальнейших действий, эти обсуждения проходили одновременно в странах Латинской Америки и Карибского бассейна, Африки, Европы и Северной Америки, Ближнего Востока и Центральной Азии, а также Азиатско-Тихоокеанского региона. Разнообразные и экспертные участники из этих регионов тщательно проанализировали и объединились вокруг приоритетов реформ.

В совокупности эти диалоги определили четкие дальнейшие шаги, в центре которых находится смещение полномочий и принятия решений с глобального уровня на страны и регионы для создания более гибкой и справедливой глобальной экосистемы здравоохранения, которая децентрализована и в то же время взаимосвязана. Они также освещают ряд важнейших нерешенных вопросов. Решение этих проблем и успех более широких инициатив по реформам в области глобального здравоохранения зависят от совместной работы и использования общих знаний, при этом все регионы выступают полноправными соархитекторами. Реформа глобальной экосистемы здравоохранения требует слаженных и согласованных усилий между регионами и группами заинтересованных сторон, с тем чтобы воспользоваться открывающимися возможностями и создать глобальную экосистему здравоохранения, которая будет отвечать потребностям здравоохранения сегодня и завтра.



**Вопрос не в том, изменится ли система.
Вопрос в том, когда, в каком направлении и
кто будет формировать эту будущую систему.**



Сноски

1. Отслеживание всеобщего охвата услугами здравоохранения: отчет о глобальном мониторинге за 2025 год.
2. Часто под этим понимают совокупность систем, структур, институтов, правил и процессов, которые совместно направляют, координируют, финансируют и обеспечивают реализацию усилий по улучшению результатов в области здравоохранения на глобальном уровне, включая многосторонние и многосубъектные глобальные и региональные учреждения и механизмы, двусторонние партнерства и другие формы сотрудничества.
3. Таким диалогам предшествовали пять смелых предложений по переосмыслению глобальной архитектуры здравоохранения от отдельных лидеров мнений, которые, наряду со многими другими материалами, послужили толчком к началу дискуссий.
4. Латинская Америка и Карибский бассейн: диалог по вопросам реформирования глобальной архитектуры здравоохранения: Итоговый документ диалогов
5. Reimagining Global Health Reform in the Asia Pacific: Nationally Designed, Regionally Coordinated, and Globally Aligned. Заключительный отчет.
6. Реформа глобальной архитектуры здравоохранения: Африканский региональный диалог. Итоговый документ
7. Реформирование архитектуры глобального здравоохранения. Приоритеты и точки зрения из Регионального диалога по Европе и Северной Америке
8. Региональный диалог по вопросам реформы в области глобального здравоохранения в странах Ближнего Востока и Центральной Азии
9. <https://futureofghis.org/final-outputs/lusaka-agenda/>
10. Этот вопрос был особенно остро поставлен в ходе диалогов на Ближнем Востоке и в Центральной Азии, а также в Европе и Северной Америке.
11. Кредитные гарантии являются каталитическим или льготным капиталом для разделения риска долговых инвестиций и привлечения дополнительного капитала. (<https://thedocs.worldbank.org/en/doc/164f0203d738919baef24f0a1a2fb788-0140022024/original/Development-Bank-Working-Group-Joint-Roadmap-JUNE-12-2024-FINAL.pdf>)
12. Это особенно подчеркивается в диалогах по Африке, Европе и Северной Америке, а также Ближнему Востоку и Центральной Азии.
13. Диалог Европы и Северной Америки выразил общую поддержку субсидиарности, открытости к большей регионализации и использованию региональных банков развития и других механизмов финансирования. Однако регион не обсуждал подробно конкретные механизмы регионального финансирования.
14. Более подробную информацию о проекте «Переосмысление архитектуры здравоохранения: организации гражданского общества» можно найти здесь: <https://hearcsso.org/>

Партнеры

Африка:



Азиатско-Тихоокеанский регион:



Saw Swee Hock
School of Public Health



Европа и Северная Америка:



Латинская Америка и Карибский бассейн:



THE UNIVERSITY OF THE WEST INDIES

Ближний Восток и Центральная Азия:



Wellcome supports science to solve the urgent health challenges facing everyone. We support discovery research into life, health and wellbeing, and we're taking on three worldwide health challenges: mental health, infectious disease, and climate and health.

**Wellcome Trust, 215 Euston Road, London NW1 2BE, United Kingdom
T +44 (0)20 7611 8888, E contact@wellcome.org, wellcome.org**

The Wellcome Trust is a charity registered in England and Wales, no. 210183.
Its sole trustee is The Wellcome Trust Limited, a company registered in England and Wales, no. 2711000
(whose registered office is at 215 Euston Road, London NW1 2BE, UK). SP-7725.4/03-2026/RK