Всемирная
организация здравоохранения

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ
Сто тридцать восьмая сессия EB138/19
Пункт 8.1 предварительной повестки дня 8 января 2016 г.

Осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 г.)

Доклад Генерального директора

1. В соответствии с пунктом 1 статьи 54 Международных медико-санитарных правил (2005 г.) и резолюцией WHA61.2 (2008 г.) государства-участники и Генеральный директор ежегодно представляют Ассамблее здравоохранения доклады об осуществлении Правил. В настоящем докладе содержится отчет о действиях, предпринятых Секретариатом в рамках Правил в отношении международного реагирования в 2015 г. на события и чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, в частности на болезнь, вызванную вирусом Эбола, Ближневосточный респираторный синдром (БВРС), полиомиелит и птичий грипп. Доклад также содержит информацию о созыве Комитета по обзору роли Международных медико-санитарных правил (2005 г.) в связи со вспышкой Эболы и реагированием на нее и о первой поправке к Международным медико-санитарным правилам (2005 г.) в отношении вакцинации против желтой лихорадки.

ОСНОВНЫЕ СОБЫТИЯ И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 2015 г.

2. За период с 1 марта по 15 октября 2015 г. было зарегистрировано 161 «событие в области общественного здравоохранения». За этот период ВОЗ разместила на информационном сайте о событиях, предназначенном для национальных координаторов по ММСП, 170 сообщений, касающихся 48 событий в области общественного здравоохранения (включая уведомления о совещаниях Комитета по чрезвычайной ситуации и региональную обновленную информацию). Большинство сообщений относились к болезни, вызванной вирусом Эбола, в Западной Африке, БВРС и птичьему гриппу среди людей.

Болезнь, вызванная вирусом Эбола

3. Со времени объявления в 2014 г. чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, Комитет ММСП по чрезвычайной ситуации в отношении вспышки Эболы в Западной Африке провел восемь совещаний. В октябре 2015 г. Комитет отметил, что Либерия во второй раз была объявлена свободной от передачи болезни, вызванной вирусом Эбола, что общие показатели заболеваемости в Гвинее и Сьерра-Леоне составили менее 10 случаев в неделю, а в столице Сьерра-Леоне Фритауне передача инфекции отсутствовала на

протяжении более 42 дней. Тем не менее, Комитет отметил, что риск передачи инфекции сохраняется, в том числе в связи с продолжающимся выявлением случаев заболевания среди людей, не зарегистрированных ранее в числе лиц, имевших контакты, из-за противодействия мерам по реагированию, оказываемого в некоторых районах, и продолжающегося перемещения пациентов и лиц, имевших с ними контакты, в свободные от Эболы районы. Комитет также отметил, что в небольшом числе случаев заболевания в качестве источника инфекции нельзя исключать вирус, переданный от выздоровевшего человека; что хотя устойчивость вируса считается ограниченной по времени, необходимы дальнейшие исследования ее последствий. Комитет проинформировал, что вспышка продолжает представлять чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение, и предложил ряд новых и пересмотренных Временных рекомендаций в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.); Генеральный директор одобрила рекомендации Комитета и выпустила Временные рекомендации[1]. Подробная информация о развитии вспышки болезни, мерах реагирования и текущей ситуации приводится в докладе об ответных мерах ВОЗ в случае тяжелых широкомасштабных чрезвычайных ситуаций[2].

4. В июле 2015 г. был выпущен доклад Группы по промежуточной оценке Эболы, подготовленный независимыми экспертами, которые рассмотрели ответные действия ВОЗ в связи со вспышкой Эболы. Рекомендации касаются обзора Международных медико-санитарных правил (2005 г.), потенциала ВОЗ в области реагирования на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения, а также роли ВОЗ и ее сотрудничества с более широкими медико-санитарными и гуманитарными системами. Доклад Группы и ответ ВОЗ на этот доклад размещены на веб-сайте ВОЗ[3].

5. Комитет по обзору роли Международных медико-санитарных правил (2005 г.) в связи со вспышкой Эболы и реагированием на нее, учрежденный и созванный Генеральным директором в соответствии с решением WHA68(10) (2015 г.), провел свое первое совещание 24–25 августа 2015 г. и два межсессионных совещания 5–9 октября и 9–13 ноября 2015 года. Последующие межсессионные совещания запланированы на декабрь 2015 г. и февраль 2016 года. Доклад первого совещания Комитета по обзору, а также доклады двух межсессионных совещаний, проведенных на сегодняшний день, размещены на веб-сайте ВОЗ[4].

Ближневосточный респираторный синдром

6. Коронавирус БВРС, выявленный три года назад, до сих пор циркулирует на Аравийском полуострове. К октябрю 2015 г. ВОЗ была уведомлена о 1600 лабораторно

---

[1] Доступны на http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihr-ebola-7th-meeting/en/ (по состоянию на 8 декабря 2015 г.).

[2] Документ EB138/23.

[3] Доступны на http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report/en/ (по состоянию на 8 декабря 2015 г.).

[4] См. http://www.who.int/ihr/review-committee-2016/en/ (по состоянию на 8 декабря 2015 г.).

подтвержденных случаях инфицирования в 26 странах Ближнего Востока, Северной Америки, Европы и Азии; как минимум, 580 из этих случаев закончились смертельным исходом. Крупные вспышки произошли в больницах в Республике Корея в мае-августе 2015 г. и в Саудовской Аравии в августе 2015 года.

7. С 2013 г. Комитет ММСП по чрезвычайной ситуации в отношении БВРС провел 10 совещаний, последнее из которых было проведено в сентябре 2015 года[1]. На последнем совещании Комитет проинформировал, что сложившаяся ситуация не представляет собой чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение. Однако вирус продолжает распространяться от верблюдов людям и от человека человеку в медицинских учреждениях. Сохраняются такие проблемы, как ненадлежащая отчетность о бессимптомных случаях с позитивными результатами тестирования на вирус, отсутствие обмена информацией и ненадлежащее принятие мер в области инфекционного контроля. Комитет особо указал, что оснований для введения ограничений на торговлю и поездки в целях предотвращения распространения БВРС с точки зрения общественного здравоохранения нет, и что нет необходимости вводить скрининг в пунктах въезда. Тем не менее, настоятельно рекомендовалось повышать осведомленность в отношении БВРС и его симптомов среди лиц, совершающих поездки, особенно в связи с Хаджем.

Полиомиелит

8. После объявления 5 мая 2014 г. чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, Комитет ММСП по чрезвычайной ситуации в связи с международным распространением полиовируса провел семь совещаний. В ноябре 2015 г. Комитет согласился, что эпидемиологическая ситуация все еще представляет собой чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение, и рекомендовал продлить действие пересмотренных Временных рекомендаций при уделении особого внимания крупномасштабным перемещениям населения и расширении охвата вакцинацией среди беженцев, лиц, совершающих поездки, и трансграничных групп населения. Комитет отметил, что случаи инфицирования диким полиовирусом в Африке не регистрировались с августа 2014 г.; положен конец региональным вспышкам болезни в Центральной Африке, в Африканском Роге и на Ближнем Востоке; и расширен охват вакцинацией в Пакистане. Тем не менее, Комитет отметил продолжающееся распространение полиовируса между Пакистаном и Афганистаном и вспышки, вызванные полиовирусом вакцинного происхождения, в других местах и призвал к регулярному пересмотру риска международного распространения в районах

[1] См. http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihr-emergency-committee-mers/en/ (по состоянию на 8 декабря 2015 г.).

высокого риска. Генеральный директор одобрила выводы Комитета и выпустила Временные рекомендации в соответствии с Правилами[1].

9. По решению WHA68(9) (2015 г.), Шестьдесят восьмая сессия Ассамблеи здравоохранения предложила Генеральному директору представить Шестьдесят девятой сессии Ассамблеи здравоохранения доклад о ходе работы по снижению риска международного распространения дикого полиовируса[2].

Вирусы птичьего гриппа A(H5N1) и A(H7N9)

10. В связи с постоянно изменяющимися характеристиками вирусов гриппа угроза пандемии гриппа сохраняется. На сегодняшний день эпидемиологическая модель инфекции птичьего гриппа A(H7N9) в 2015 г. представляется аналогичной модели 2014 года. Различные подтипы высокопатогенных вирусов птичьего гриппа A(H5), включая H5N1, H5N2, H5N6 и H5N8, продолжают циркулировать и распространяться среди птиц и приводить к спорадическим случаям инфицирования людей. Вирусологическая и эпидемиологическая оценка вирусов A(H5) свидетельствует о том, что связанный с ними риск остается неизмененным после оценки 2014 года.

11. С учетом распространения вируса A(H5) в Северную Америку и Западную Африку, вызванной вирусом A(H7N9) эпидемии среди домашних птиц и его продолжающейся реассортации с вирусом A(H9N2), а также повторяющихся зоонозных инфекций угроза со стороны вирусов птичьего гриппа A(H5) и A(H7N9) как никогда значительна.

12. В рамках Глобальной системы эпиднадзора за гриппом и ответных мер, охватывающей 112 стран, ВОЗ проводит тщательный мониторинг эволюции и возникновения вирусов гриппа, имеющих потенциальную значимость для общественного здравоохранения.

ПРОГРЕСС В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕЖДУНАРОДНЫХ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПРАВИЛ (2005 г.)

Создание потенциала

13. Система мониторинга основных возможностей по ММСП используется государствами-участниками на протяжении последних пяти лет для информирования Ассамблеи здравоохранения о состоянии и развитии минимальных основных возможностей в области общественного здравоохранения в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.). В 2015 г. государства-участники продолжали предоставлять информацию Секретариату. По состоянию на 29 октября 2015 г. 118 из 196 государств-участников заполнили вопросник по самооценке, направленный им в апреле 2015 года.

---

[1] Доступны на http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihr-polio-17-august-2015/en/ (по состоянию на 8 декабря 2015 г.).

[2] См. документ EB138/25.

14. Анализ информации о самооценке основных возможностей стран по ММСП, представленной государствами-участниками Секретариату, позволяет предположить, что прогресс достигнут в следующих областях: введены в действие надлежащие законы и политика для осуществления Правил; координация и сотрудничество с другими секторами в области создания потенциала; функциональные и улучшенные возможности для выявления при обеспечении раннего предупреждения; скоординированные возможности для обеспечения готовности и реагирования на чрезвычайные ситуации; и улучшенная коммуникация с населением и заинтересованными сторонами. Тем не менее, для поддержания этих возможностей в состоянии готовности потребуется непрерывное усиление кадровых ресурсов. Кроме того, часто все еще отсутствуют возможности для выявления химических и радиологических происшествий и реагирования на них.

15. В соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.) требуется создание, укрепление и поддержание основных возможностей для эпиднадзора и ответных мер в назначенных пунктах въезда. Первоначально срок для создания основных возможностей был установлен на 2012 г., при потенциальном продлении до 2016 года. Несмотря на прогресс, достигнутый в этой области, во многих странах эти возможности не созданы. В 2014 г. Комитет по обзору в отношении второго продления сроков создания национальных основных возможностей в области общественного здравоохранения и осуществления ММСП рекомендовал «Генеральному директору рассмотреть различные подходы к проведению кратко- и долгосрочной оценки и наращивания основных возможностей ММСП»[1].

16. ВОЗ разработала концептуальную записку с описанием нового подхода к мониторингу и оценке основных возможностей после 2016 г., которая была доведена до сведения национальных координаторов по ММСП и опубликована на веб-сайте ВОЗ[2]; она будет представлена Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Эти рамки включают инструмент для самооценки, ретроспективный обзор, моделирование ситуаций и независимую (внешнюю) оценку. На эту концептуальную записку получены положительные отзывы региональных комитетов ВОЗ, а государства-участники попросили упростить ежегодную самоотчетность и изучить вопрос о включении компонента внешней оценки. В этой связи Секретариат разработал проект инструмента Совместной внешней оценки ММСП. ВОЗ работает с Глобальной повесткой дня по безопасности в области здравоохранения для содействия тому, чтобы проделанная в этом контексте работа могла систематически способствовать проведению объективной оценки ключевых элементов основных возможностей по ММСП в действующих совместно странах. Кроме того, Секретариат изучает, каким образом проект Совместной внешней оценки ММСП связан с другими инструментами оценки, такими как инструмент Всемирной организации здравоохранения животных для оценки эффективности ветеринарных служб, и как он будет соотноситься с возможностями для обеспечения готовности, необходимыми в

[1] См. документ A68/22 Add.1, пункт 43.

[2] Доступна на http://www.who.int/ihr/publications/concept_note_201507/en/ (по состоянию на 8 декабря 2015 г.).

соответствии с Сендайской рамочной программой по снижению риска бедствий на 2015-2030 гг. (такими как безопасные больницы).

17. Техническая консультация ВОЗ по мониторингу и оценке функциональных основных возможностей для осуществления Международных медико-санитарных правил (2005 г.) была проведена в Лионе, Франция, 20-22 октября 2015 года. В число участников вошли эксперты из государств-членов, представители международных организаций и глобальных инициатив, таких как Глобальная повестка дня по безопасности в области здравоохранения, и персонал ВОЗ, включая шесть региональных бюро. Участники совещания согласовали основные характеристики совместных внешних оценок, которые включают: добровольное участие стран; совместные группы по оценке с участием внешних технических экспертов из различных секторов и местных специалистов; усиленную оперативную поддержку с тем, чтобы ВОЗ могла эффективно координировать процессы мониторинга и оценки, а также транспарентность и открытость данных и обмен информацией. Пересмотренный инструмент будет использоваться при проведении совместных внешних оценок для оценки всех основных возможностей в соответствии с Правилами на основе опыта ВОЗ и таких инициатив, как Глобальная повестка дня по безопасности в области здравоохранения. Секретариат будет продолжать работать над процессом мониторинга и оценки для обеспечения повышенного качества и надежности проводимой странами оценки основных возможностей по ММСП.

18. ВОЗ и Правительство Южной Африки совместными усилиями провели совещание партнеров и заинтересованных сторон высокого уровня на тему «Обеспечим безопасности в области здравоохранения, не ограничиваясь Эболой» в Кейптауне, Южная Африка, 13-15 июля 2015 года. На совещании собралось более 200 участников, включая представителей стран, затронутых болезнью, вызванной вирусом Эбола. Его целью было согласование приоритетных действий для укрепления безопасности в области здравоохранения в целях усиления систем здравоохранения и возможностей для осуществления Международных медико-санитарных правил (2005 г.). Участники согласились с необходимостью совместных действий по обеспечению безопасности в области здравоохранения на национальном и глобальном уровнях и изложили свои представления в отношении будущих шагов по синхронизации инициатив различных заинтересованных сторон. Было достигнуто общее согласие в отношении роли ВОЗ в качестве координатора стран и партнеров. ВОЗ предложила стратегию сотрудничества между международными и национальными заинтересованными сторонами для укрепления и поддержания возможностей систем здравоохранения, необходимых для осуществления Правил.

19. Восьмого и 9 октября 2015 г. министры здравоохранения семи ведущих индустриальных стран встретились в Берлине и обсудили вопросы здравоохранения, включая болезнь, вызванную вирусом Эбола. В их заключительной Декларации[1] был затронут ряд ключевых тем и подчеркивались центральный мандат и «приверженность

[1] Доступна на http://www.bmg.bund.de/en/ministry/international-co-operation/g7-presidency/g7-health-ministers-meeting-in-berlin.html, по состоянию на 8 декабря 2015 г.).

лидерства ВОЗ», а также тот факт, что «юридически обязательные Международные медико-санитарные правила (2005 г.) являются основным международным инструментом, предназначенным для содействия в защите стран от международного распространения болезней, включая риски для здоровья населения и чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения». Министры поддержали «[Международные медико-санитарные правила (2005 г.)], обратившись к странам с прямым призывом к сотрудничеству в создании и поддержании основных возможностей для осуществления [Правил]», отметив, что «соблюдение [Правил] в полной мере, в конечном итоге, является обязанностью всех стран».

Первая поправка к Международным медико-санитарным правилам (2005 г.): вакцинация против желтой лихорадки

20. Первая поправка к Международным медико-санитарным правилам (2005 г.) была внесена в 2014 году. Поправка была предложена Генеральным директором в свете рекомендации Стратегической консультативной группы экспертов по иммунизации в отношении того, что одной дозы вакцины против желтой лихорадки достаточно для обеспечения защиты на протяжении всей жизни. В соответствии с этим Шестьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла резолюцию WHA67.13 (2014 г.) для внесения изменений в Приложение 7 Правил в отношении пересмотра периода эффективности вакцинации против желтой лихорадки и срока действия соответствующего свидетельства, изменив их с 10 лет на всю жизнь вакцинированного лица[1]. Эта поправка вступит в силу в июле 2016 года.

21. В ответ на предложение Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, где отмечалось, что вакцинация против желтой лихорадки может требоваться от любого лица, покидающего район, в котором, по определению Организации, присутствует риск передачи желтой лихорадки, Генеральный директор начала публиковать обновленный онлайновый перечень стран, признающих свидетельства о вакцинации против желтой лихорадки, действующие на протяжении всей жизни вакцинированного лица, и учредила научно-техническую консультативную группу по картированию риска желтой лихорадки и обеспечению руководящих указаний в отношении вакцинации лиц, совершающих поездки[2].

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ОБЛАСТИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНЫХ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПРАВИЛ (2005 г.)

Расширение прав и возможностей национальных координаторов по ММСП

22. На сентябрь 2015 г. все 196 государств-участников учредили своих национальных координаторов по ММСП в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.). Все, кроме одного, из 196 национальных координаторов по ММСП сообщили о своей доступности в любое время для связи с контактными

[1] См. WHA67/2014/REC/1, резолюция WHA67.13 (2014 г.) и Приложение 5.

[2] См. резолюцию WHA68.4 (2015 г.).

пунктами ВОЗ. Тем не менее, национальные координаторы по ММСП продолжают испытывать трудности при выполнении своих функций в качестве основных пунктов связи для осуществления Правил из-за недостаточных ресурсов, своего статуса в правительственной иерархии и недостаточного взаимодействия и сотрудничества с другими секторами.

Необоснованные ограничения международных поездок, торговли и перевозок

23. ВОЗ установила, что в период с марта 2014 г. по март 2015 г. была принята 41 мера в отношении болезни, вызванной вирусом Эбола, которая препятствовала поездкам и перевозкам; большинство из них были приняты после объявления чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение. Эти меры, в основном, касались закрытия воздушных, сухопутных или морских границ, но некоторые из них затрагивали выдачу виз и принудительный карантин. Хотя в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.) государства-участники должны информировать ВОЗ о применении таких мер, лишь некоторые из них сделали это. Эти меры выходят за рамки Временных рекомендаций, выпущенных Генеральным директором, часто не обоснованы с точки зрения общественного здравоохранения и имеют значительные последствия для экономики, торговли и ответных медико-санитарных мер стран.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

24. В настоящее время Комитет по обзору роли Международных медико-санитарных правил (2005 г.) в связи со вспышкой Эболы и реагированием на нее рассматривает пути улучшения функционирования Правил. Эффективное осуществление Правил становится как никогда важным с учетом того, что проблемы в области общественного здравоохранения возникают в мире, в котором границы не способны сдерживать связанные с болезнями угрозы. Глобальной безопасности в области здравоохранения по-прежнему уделяется особое внимание в международной повестке дня; Правила лежат в основе как достижения глобальной безопасности в области здравоохранения, так и предотвращения излишних препятствий для поездок и торговли. Неадекватность основных возможностей в области эпиднадзора и реагирования во многих странах продолжает препятствовать возможности обеспечить с помощью Правил защиту мира от чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения, таких как вспышка болезни, вызванной вирусом Эбола. Обеспечение соблюдения Правил, особенно в отношении предотвращения принятия ненадлежащих мер в отношении торговли и поездок, остается одной из значительных проблем. Обновленная и последовательная приверженность со стороны основных участников и соблюдение ими Правил имеют решающее значение для их успешного и эффективного осуществления.

25. ВОЗ приступила к ускоренному процессу реформ для усиления способности международного сообщества, с помощью Организации, быстро и эффективно реагировать на значительные чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения. Этот процесс и другие инициативы служат новым импульсом и возможностью для улучшения осуществления Международных медико-санитарных

правил (2005 г.) в интересах улучшения здоровья людей и глобальной безопасности в области здравоохранения.

ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

26. Исполкому предлагается принять настоящий доклад к сведению.

= = =