



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

---

# **ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ**

## **Сто двадцать шестая сессия**

**ЖЕНЕВА, 18-23 ЯНВАРЯ 2010 г.**

**РЕЗОЛЮЦИИ И РЕШЕНИЯ**

**ПРИЛОЖЕНИЯ**





ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

---

# **ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ**

## **Сто двадцать шестая сессия**

**ЖЕНЕВА, 18-23 ЯНВАРЯ 2010 Г.**

**РЕЗОЛЮЦИИ И РЕШЕНИЯ**

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

**ЖЕНЕВА  
2010 Г.**

---

## СОКРАЩЕНИЯ

В число сокращений, используемых в документах ВОЗ, входят следующие:

ККНИОЗ	– Консультативный комитет по научным исследованиям в области здравоохранения	МБЭ	– <i>Международное эпизоотическое бюро</i>
АСЕАН	– Ассоциация стран Юго–Восточной Азии	ЮНЭЙДС	– Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ
КССР	– Координационный совет старших руководителей системы ООН (ранее АКК)	ЮНКТАД	– Конференция ООН по торговле и развитию
СММНО	– Совет международных медицинских научных организаций	ЮНДСП	– Международная программа ООН по контролю над наркотическими средствами
ФАО	– Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН	ПРООН	– Программа развития ООН
МАГАТЭ	– Международное агентство по атомной энергии	ЮНЕП	– Программа ООН по окружающей среде
МАИР	– Международное агентство по изучению рака	ЮНЕСКО	– Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры
ИКАО	– Международная организация гражданской авиации	ЮНФПА	– Фонд ООН для деятельности в области народонаселения
ИФАД	– Международный фонд сельскохозяйственного развития	УВКБ	– Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев
МОТ	– Международная организация труда (Бюро)	ЮНИСЕФ	– Детский фонд ООН
МВФ	– Международный валютный фонд	ЮНИДО	– Организация Объединенных Наций по промышленному развитию
ИМО	– Международная морская организация	БАПОР	– Ближневосточное агентство ООН для помощи палестинским беженцам и организации работ
МСБН	– Международный совет по борьбе с наркотиками	ВПП	– Всемирная продовольственная программа
МСЭ	– Международный союз электросвязи	ВОИС	– Всемирная организация интеллектуальной собственности
ОЭСР	– Организация экономического сотрудничества и развития	ВМО	– Всемирная метеорологическая организация
ПАОЗ	– Панамериканская организация здравоохранения	ВТО	– Всемирная торговая организация

---

Используемые в настоящем издании обозначения и изложение материала не отражают мнения Секретариата Всемирной организации здравоохранения о правовом статусе какой-либо страны, территории, города или района, их правительств или другого органа власти или об их государственных границах. Когда в рубрике таблицы приводится наименование "страны или районы", имеются в виду страны, территории, города или районы.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Сто двадцать шестая сессия Исполнительного комитета была проведена в штаб-квартире ВОЗ, Женева, с 18 по 23 января 2010 года. Материалы сессии публикуются в двух томах. Настоящий том содержит резолюции и решения, соответствующие приложения, а также подробности, касающиеся членского состава комитетов. Протоколы состоявшихся во время сессии Исполкома дискуссий и список участников и должностных лиц приводятся в документе EВ126/2010/REC/2.

---



## СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Введение.....	iii
Повестка дня.....	ix
Список документов.....	xiii
Комитеты и рабочие группы.....	xvii

## РЕЗОЛЮЦИИ И РЕШЕНИЯ

### Резолюции

EB126.R1	Назначение Директора Регионального бюро для стран Африки.....	1
EB126.R2	Назначение Директора Европейского регионального бюро.....	1
EB126.R3	Выражение признательности д-ру Marc Danzon.....	1
EB126.R4	Мониторинг достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем.....	2
EB126.R5	Питание детей грудного и раннего возраста.....	8
EB126.R6	Врожденные пороки.....	11
EB126.R7	Продвижение инициатив по безопасности пищевых продуктов.....	14
EB126.R8	Порядок работы Исполнительного комитета.....	19
EB126.R9	Утверждение поправок к Правилам о персонале.....	20

	<b>Стр.</b>
EB126.R10 Оклады сотрудников на неклассифицируемых должностях и Генерального директора .....	20
EB126.R11 Стратегии сокращения вредного употребления алкоголя.....	21
EB126.R12 Улучшение здоровья посредством обеспечения безопасного и экологически обоснованного удаления отходов .....	22
EB126.R13 Укрепление здоровья посредством безопасного удаления вышедших из употребления пестицидов и других вышедших из употребления химических веществ.....	25
EB126.R14 Наличие, безопасность и качество продуктов крови .....	31
EB126.R15 Ускорение прогресса в достижении 4-ой Цели тысячелетия в области развития – Сокращения детской смертности: профилактика и лечение пневмонии .....	36
EB126.R16 Вирусный гепатит.....	39
EB126.R17 Отношения с неправительственными организациями.....	43
 <b>Решения</b>	
EB126(1) Назначение членов Независимого консультативного надзорного комитета экспертов .....	44
EB126(2) Назначение представителей Исполнительного комитета на Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения .....	44
EB126(3) Предварительная повестка дня и продолжительность Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения .....	44
EB126(4) Дата и место проведения Сто двадцать седьмой сессии Исполнительного комитета .....	45

	<b>Стр.</b>
EB126(5) Обзор неправительственных организаций, состоящих в официальных отношениях с ВОЗ .....	45
EB126(6) Присуждение премии Фонда д-ра А.Т. Шуша.....	46
EB126(7) Присуждение премии здравоохранения Сасакавы.....	46
EB126(8) Присуждение премии Фонда здравоохранения Объединенных Арабских Эмиратов .....	46
EB126(9) Присуждение Мемориальной премии д-ра ЛИ Чон-вука в области общественного здравоохранения .....	47

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

1. Врожденные пороки .....	51
2. Текст поправок к Правилам процедуры Исполнительного комитета.....	59
3. Утверждение поправок к Правилам о персонале.....	60
4. Проект глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя.....	63
5. Неправительственные организации, с которыми были установлены или сохранены официальные отношения с ВОЗ, в соответствии с резолюцией EB126.R17 и решением EB126(5).....	89
6. Руководящие положения для проведения ВОЗ обзора психоактивных веществ в целях международного контроля.....	92
7. Доклад о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюций, предлагаемых для принятия Исполнительным комитетом или Ассамблеей здравоохранения .....	124



## ПОВЕСТКА ДНЯ<sup>1</sup>

1. Открытие сессии и утверждение повестки дня
2. Доклад Генерального директора
3. Доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам
4. Технические вопросы и вопросы здравоохранения
  - 4.1 Обеспечение готовности к пандемическому гриппу: обмен вирусами гриппа и доступ к вакцинам и другим преимуществам
  - 4.2 Осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 г.)
  - 4.3 Общественное здравоохранение, инновации и интеллектуальная собственность: глобальная стратегия и план действий
  - 4.4 Мониторинг достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем
  - 4.5 Международный наем медико-санитарного персонала: проект глобального кодекса практики
  - 4.6 Питание детей грудного и раннего возраста: четырехлетний доклад о ходе работы
  - 4.7 Врожденные пороки
  - 4.8 Безопасность пищевых продуктов
  - 4.9 Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними: осуществление глобальной стратегии
  - 4.10 Стратегии сокращения вредного употребления алкоголя
  - 4.11 Борьба с туберкулезом
    - Ход работы и долгосрочное планирование
    - Профилактика туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью и борьба с ним

---

<sup>1</sup> Утверждена Исполкомом на его первом заседании (18 января 2010 г.).

- 4.12 Вирусный гепатит
- 4.13 Борьба с лейшманиозом
- 4.14 Глобальная ликвидация кори
- 4.15 Ликвидация оспы: уничтожение запасов вируса натуральной оспы
- 4.16 Наличие, безопасность и качество продуктов крови
- 4.17 Стратегический подход к международному регулированию химических веществ
- 4.18 Руководящие положения для проведения ВОЗ обзора психоактивных веществ в целях международного контроля: предлагаемый пересмотр
- 4.19 Медико-санитарные последствия землетрясения в Гаити
- 4.20 Лечение и профилактика пневмонии
- 4.21 Лепра (болезнь Хансена)
5. Программные и бюджетные вопросы
  - 5.1 Одиннадцатая общая программа работы, 2006-2015 гг.
6. Финансовые вопросы
  - 6.1 Шкала обязательных взносов
  - 6.2 [исключен]
7. Вопросы управления
  - 7.1 Охрана и безопасность сотрудников и служебных помещений, а также Генеральный план капитальных затрат
  - 7.2 Назначение членов Независимого консультативного надзорного комитета экспертов
  - 7.3 Порядок работы руководящих органов
  - 7.4 Предварительная повестка дня Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, а также дата и место проведения Сто двадцать седьмой сессии Исполнительного комитета
  - 7.5 Доклады комитетов Исполкома
    - Постоянный комитет по неправительственным организациям
    - Фонды и награды

8. Кадровые вопросы
  - 8.1 Назначение Директора Регионального бюро для стран Африки
  - 8.2 Назначение Директора Европейского регионального бюро
  - 8.3 Назначение Внутреннего ревизора
  - 8.4 Кадровые ресурсы: ежегодный доклад
  - 8.5 Утверждение поправок к Положениям о персонале и Правилам о персонале
  - 8.6 Заявление представителя ассоциаций персонала ВОЗ
  - 8.7 Доклад Комиссии по международной гражданской службе
9. Вопросы для информации
  - 9.1 Доклады консультативных органов
    - Консультативный комитет по научным исследованиям в области здравоохранения
    - Комитеты экспертов и исследовательские группы
10. Доклады о ходе работы
  - A. Полиомиелит: механизм преодоления потенциальных рисков для ликвидации (резолюция WHA61.1)
  - B. Борьба с африканским трипаносомозом человека (резолюция WHA57.2)
  - C. Репродуктивное здоровье: стратегия по ускорению хода работы в направлении достижения международных целей и задач в области развития (резолюция WHA57.12)
  - D. Быстрое увеличение масштабов подготовки работников здравоохранения (резолюция WHA59.23)
  - E. Укрепление сестринского и акушерского дела (резолюция WHA59.27)
  - F. Обеспечение устойчивой ликвидации нарушений, связанных с недостаточностью йода (резолюция WHA60.21)
  - G. Многоязычие: осуществление плана действий (резолюция WHA61.12)
  - H. Здоровье мигрантов (резолюция WHA61.17)

- I. Изменение климата и здоровье (резолюция WHA61.19)
  - J. Первичная медико-санитарная помощь, включая укрепление систем здравоохранения (резолюция WHA62.12)
11. Закрытие сессии
-

## СПИСОК ДОКУМЕНТОВ

EB126/1 Rev.1	Повестка дня <sup>1</sup>
EB126/1 Add.1 и EB126/1 Add.2	Предложение по дополнительному пункту повестки дня
EB126/2	Доклад Генерального директора Исполнительному комитету на его Сто двадцать шестой сессии
EB126/3	Доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам
EB126/4	Обеспечение готовности к пандемическому гриппу: обмен вирусами гриппа и доступ к вакцинам и другим преимуществам
EB126/5	Осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 г.)
EB126/6	Общественное здравоохранение, инновации и интеллектуальная собственность: глобальная стратегия и план действий
EB126/6 Add.1	Общественное здравоохранение, инновации и интеллектуальная собственность: доклад Рабочей группы экспертов по финансированию исследований и разработок
EB126/7	Мониторинг достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем
EB126/8	Международный наем медико-санитарного персонала: проект глобального кодекса практики
EB126/9	Питание детей грудного и раннего возраста: четырехлетний доклад о ходе работы
EB126/10 и EB126/10 Add.1	Врожденные пороки <sup>2</sup>
EB126/10 Add.2	Доклад о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюций, предлагаемых для принятия Исполнительным комитетом или Ассамблеей здравоохранения <sup>3</sup>
EB126/11	Безопасность пищевых продуктов
EB126/12	Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними: осуществление глобальной стратегии
EB126/13	Стратегии сокращения вредного употребления алкоголя: проект глобальной стратегии <sup>4</sup>
EB126/13 Add.1	Доклад о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюций, предлагаемых для принятия Исполнительным комитетом или Ассамблеей здравоохранения <sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> См. стр. ix.

<sup>2</sup> См. Приложение 1.

<sup>3</sup> См. Приложение 7.

<sup>4</sup> См. Приложение 4.

EB126/14	Борьба с туберкулезом
EB126/15	Вирусный гепатит
EB126/16	Борьба против лейшманиоза
EB126/17	Глобальная ликвидация кори
EB126/18	Ликвидация оспы: уничтожение запасов вируса натуральной оспы
EB126/19 и EB126/19 Add.1	Наличие, безопасность и качество продуктов крови
EB126/19 Add.2	Доклад о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюций, предлагаемых для принятия Исполнительным комитетом или Ассамблеей здравоохранения <sup>1</sup>
EB126/20	Стратегический подход к международному регулированию химических веществ
EB126/21	Руководящие положения для проведения ВОЗ обзора психоактивных веществ в целях международного контроля: предлагаемый пересмотр <sup>2</sup>
EB126/22	Одиннадцатая общая программа работы, 2006-2015 гг.
EB126/23	Шкала обязательных взносов
EB126/24	Охрана и безопасность сотрудников и служебных помещений, а также Генеральный план капитальных затрат
EB126/25	Назначение членов Независимого консультативного надзорного комитета экспертов
EB126/26	Порядок работы руководящих органов ВОЗ <sup>3</sup>
EB126/27	Предварительная повестка дня Шестидесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
EB126/28	Доклады комитетов Исполнительного комитета: Постоянный комитет по неправительственным организациям <sup>4</sup>
EB126/28 Add.1	Доклад о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюций, предлагаемых для принятия Исполнительным комитетом или Ассамблеей здравоохранения <sup>1</sup>
EB126/29	Награды
EB126/30	Назначение Директора Регионального бюро для стран Африки
EB126/31	Назначение Директора Европейского регионального бюро
EB126/32	Назначение Внутреннего ревизора
EB126/33, EB126/33 Add.1 и EB126/33 Add.1 Corr.1	Кадровые ресурсы: ежегодный доклад
EB126/34	Заявление представителя ассоциаций персонала ВОЗ

---

<sup>1</sup> См. Приложение 7.

<sup>2</sup> См. Приложение 6.

<sup>3</sup> См. Приложение 2.

<sup>4</sup> См. Приложение 5.

## СПИСОК ДОКУМЕНТОВ

---

EB126/35	Доклад Комиссии по международной гражданской службе
EB126/36	Доклады консультативных органов: Консультативный комитет по научным исследованиям в области здравоохранения
EB126/37	Доклады Комитетов экспертов и исследовательских групп
EB126/37 Add.1	Доклады консультативных органов: комитеты экспертов и исследовательские группы - Списки экспертов-консультантов и комитеты экспертов и их членский состав
EB126/38	Доклады о ходе работы
EB126 Add.1	
EB126/39	Утверждение поправок к Положениям о персонале и Правилам о персонале <sup>1</sup>
EB126/39 Add.1	Доклад о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюций, предлагаемых для принятия Исполнительным комитетом или Ассамблеей здравоохранения <sup>2</sup>
EB126/40	Лечение и профилактика пневмонии
EB126/41	Лепра (болезнь Хансена)

### **Информационные документы**

EB126/INF.DOC./1	Обеспечение готовности к пандемическому гриппу: обмен вирусами гриппа и доступ к вакцинам и другим преимуществам
EB126/INF.DOC./2	Доклад Комиссии по международной гражданской службе
EB126/INF.DOC./3	Осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 г.)

### **Разное**

EB126/DIV/1 Rev.1	Список членов и других участников
EB126/DIV/2	Предварительное ежедневное расписание работы
EB126/DIV/3	Решения и список резолюций
EB126/DIV/4	Список документов

---

<sup>1</sup> См. Приложение 3.

<sup>2</sup> См. Приложение 7.



## КОМИТЕТЫ И РАБОЧИЕ ГРУППЫ<sup>1</sup>

### 1. Комитет Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам

Д-р М. Dahl-Regis (Багамские Острова, Председатель), профессор А.Ф.М.Р. Haque (Бангладеш), д-р Р.М. Buss (Бразилия), профессор D. Houssin (Франция), д-р М. Kókény (Венгрия), г-жа К. Sujatha Rao (Индия), д-р S. Omi (Япония), д-р S. Kabuluzi (Малави), г-н Т. Ryall (Новая Зеландия), д-р А. Djibo (Нигер), д-р А.А. Mohamed (Оман), д-р А.А. Bin Shakar (Объединенные Арабские Эмираты), д-р S. Zaramba (Уганда), Председатель Исполнительного комитета, член *ex officio*, профессор Sohn Myongsei (Республика Корея), заместитель Председателя Исполнительного комитета, член *ex officio*.

**Одиннадцатое заседание, 14 и 15 января 2010 г.:** д-р М. Dahl-Regis (Багамские Острова, Председатель), г-н S.A. Ali (заместитель профессора А.Ф.М.Р. Haque, Бангладеш), д-р L.F. Beskow (заместитель д-ра Р. Buss, Бразилия), г-н А. Allo (заместитель г-на D. Houssin, Франция), д-р А. Meszago (заместитель д-ра М. Kókény, Венгрия), г-н Р. Satpathy (заместитель г-жи К. Sujatha Rao, Индия), д-р М. Mugitani (заместитель д-ра S. Omi, Япония), г-жа D. Roche (заместитель г-на Т. Ryall, Новая Зеландия), д-р А. Djibo (Нигер), д-р А.А. Mohamed (Оман, заместитель Председателя), д-р F. Al Braik (заместитель д-ра S. Al Darmaki, Объединенные Арабские Эмираты), д-р S. Zaramba (Уганда), Председатель Исполнительного комитета, член *ex officio*, профессор Sohn Myongsei (Республика Корея), Председатель Исполнительного комитета, член *ex officio*.

### 2. Постоянный комитет по неправительственным организациям

Профессор А.Ф.М.Р. Haque (Бангладеш), д-р А.А. Mohamed (Оман), г-н С. Vallejos (Перу), г-жа G.A. Gidlow (Самоа), д-р J.A.N. dos Ramos (Сан-Томе и Принсипи).

**Заседание от 19 января 2010 г.:** профессор А.Ф.М.Р. Haque (Бангладеш), д-р А.А. Mohamed (Оман, Председатель), г-н С. Vallejos (Перу), г-н А. Peteru (заместитель г-жи G.A. Gidlow, Самоа), д-р J.A.N. dos Ramos (Сан-Томе и Принсипи).

---

<sup>1</sup> Показан их нынешний членский состав и перечень фамилий тех членов Исполнительного комитета, которые присутствовали на заседаниях, проведенных после предыдущей сессии Исполкома.

**3. Группа по отбору кандидатов Фонда Ихсана Дограмачи по охране здоровья семьи**

Председатель Исполнительного комитета, представитель Международного детского центра, Анкара, а также президент Билкентского университета, или же назначенное им/ею лицо.

**Заседание, 19 января 2010 г.:** д-р S. Zaramba (Уганда, Председатель), профессор P.L. Erdogan (назначенный профессор I. Dogramaci, Президент Билкентского университета) и профессор M. Bertan (представитель Международного детского центра, Анкара).

**4. Группа по отбору кандидатов на Премию здравоохранения Сасакавы**

Председатель Исполнительного комитета и представитель учредителя Фонда и член Исполнительного комитета.

**Заседание от 20 января 2010 г.:** д-р S. Zaramba (Уганда, Председатель), профессор K. Kiikuni (представитель учредителя Фонда), профессор Sohn Myongsei (Республика Корея).

**5. Группа по отбору кандидатов Фонда здравоохранения Объединенных Арабских Эмиратов**

Председатель Исполнительного комитета и представитель учредителя Фонда, а также член Исполнительного комитета и члена государства – члена Региона ВОЗ Восточного Средиземноморья.

**Заседание от 19 января 2010 г.:** д-р S. Zaramba (Уганда, Председатель), д-р S. Al Darmaki (представитель учредителя Фонда, а также д-р H. Abdeselem (Тунис).

**6. Группа по отбору кандидатов на Мемориальную премию д-ра ЛИ Чон-вука в области общественного здравоохранения**

Председатель Исполнительного комитета, представитель учредителя Фонда; член Исполнительного комитета от государств – членов Региона Западной части Тихого океана.

**Заседание от 20 января 2010 г.:** д-р S. Zaramba (Уганда, Председатель), г-жа Chung Kyeong-hee (представитель учредителя Фонда), г-жа P.T. Toelure (заместитель г-жи G.A. Gidlow, Самоа).

# **РЕЗОЛЮЦИИ И РЕШЕНИЯ**



## РЕЗОЛЮЦИИ

### **EB126.R1 Назначение Директора Регионального бюро для стран Африки**

Исполнительный комитет,

учитывая положения Статьи 52 Устава ВОЗ;

учитывая предложение по кандидатуре, сделанное Региональным комитетом для стран Африки на его пятьдесят девятой сессии,

1. НАЗНАЧАЕТ д-ра Luis Gomes Sambo Директором Регионального бюро для стран Африки на повторный срок начиная с 1 февраля 2010 г.;
2. УПОЛНОМОЧИВАЕТ Генерального директора заключить с д-ром Luis Gomes Sambo контракт сроком на пять лет начиная с 1 февраля 2010 г., в соответствии с Положениями о персонале и Правилами о персонале.

(Третье заседание, 19 января 2010 г.)

### **EB126.R2 Назначение Директора Европейского регионального бюро**

Исполнительный комитет,

учитывая положения Статьи 52 Устава ВОЗ;

учитывая предложение по кандидатуре, сделанное Европейским региональным комитетом его пятьдесят девятой сессии,

1. НАЗНАЧАЕТ г-жу Zsuzsanna Jakab на пост Директора Европейского регионального бюро начиная с 1 февраля 2010 г.;
2. УПОЛНОМОЧИВАЕТ Генерального директора заключить с г-жой Zsuzsanna Jakab контракт сроком на пять лет начиная с 1 февраля 2010 г. с учетом Положений о персонале и Правил о персонале.

(Третье заседание, 19 января 2010 г.)

### **EB126.R3 Выражение признательности д-ру Marc Danzon**

Исполнительный комитет,

желая по случаю выхода на пенсию д-ра Marc Danzon с поста Директора Европейского регионального бюро выразить свою признательность за его служение Всемирной организации здравоохранения;

принимая во внимание, что всю свою жизнь он был предан делу международного здравоохранения, и особо напоминая о его пребывании в течение 10 лет на посту Директора Европейского регионального бюро,

1. **ВЫРАЖАЕТ** свою глубокую благодарность и признательность д-ру Marc Danzon за его бесценный вклад в работу ВОЗ;
2. **НАПРАВЛЯЕТ** ему в этой связи свои искренние добрые пожелания еще многих лет служения человечеству.

(Третье заседание, 19 января 2010 г.)

**ЕВ126.R4      Мониторинг достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем**

Исполнительный комитет,

рассмотрев доклад “Мониторинг достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем”<sup>1</sup>,

**РЕКОМЕНДУЕТ** Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения принять следующую резолюцию:

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад “Мониторинг достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем”;

напоминая резолюцию WHA61.18 о мониторинге достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем;

напоминая об итогах крупных конференций Организации Объединенных Наций и встреч на высшем уровне в экономической, социальной и относящихся к ним областях, особенно имеющих отношение к глобальному здоровью, в частности об Итоговом документе Всемирного саммита 2005 года и обязательствах международного сообщества достичь Цели тысячелетия в области развития и о новых обязательствах, принятых в ходе Мероприятия высокого уровня Организации Объединенных Наций по Целям тысячелетия в области развития (Нью-Йорк, 25 сентября 2008 г.);

подчеркивая важное значение достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем, особенно для того, чтобы обеспечить социально-экономическое развитие;

выражая обеспокоенность по поводу того факта, что достижение Целей тысячелетия в области развития варьируется от страны к стране и от цели к цели;

---

<sup>1</sup> Документ ЕВ126/7.

приветствуя заявление министров, принятое в 2009 г. в ходе ежегодного обзора на уровне министров, проводимого Экономическим и Социальным Советом, по поводу осуществления согласованных на международном уровне целей и обязательств в отношении глобального общественного здравоохранения;

ссылаясь на резолюцию 64/108 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (от 10 декабря 2009 г.) о здоровье на глобальном уровне и внешней политике;

признавая, что Цели тысячелетия в области развития взаимосвязаны, и вновь подтверждая приверженность Ассамблеи здравоохранения постоянной активизации и укреплению глобального партнерства в интересах развития в качестве важнейшего элемента достижения этих Целей, особенно Целей, относящихся к здоровью, в частности, посредством создания потенциала, передачи технологии, обмена наилучшей практикой и извлеченными уроками, сотрудничества Юг-Юг и предсказуемости ресурсов;

напоминая о Монтеррейском консенсусе, принятом в марте 2002 г., о том, чтобы "настоятельно призвать развитые страны, которые еще не сделали этого, предпринять конкретные усилия для достижения целевого показателя в 0,7% от валового национального продукта (ВНП) в качестве ОПР и "призвать развивающиеся страны наращивать прогресс, достигнутый в обеспечении того, чтобы ОПР использовалась эффективно для содействия достижению целей и целевых показателей в области развития";

вновь подтверждая обязательства многих развитых стран достичь к 2015 году целевой показатель в отношении выделения на официальную помощь развитию 0,7% валового национального дохода и добиться к 2010 году выделения на официальную помощь развитию 0,56% валового национального дохода, а также достичь целевой показатель в 0,15%-0,20% в отношении наименее развитых стран;

приветствуя растущие усилия по повышению качества официальной помощи развитию и увеличению ее воздействия на развитие, такие как Форум Экономического и Социального Совета по сотрудничеству в целях развития, принципы, содержащиеся в Парижской декларации и Аккрском плане действий, а также опыт Международного партнерства в области здравоохранения и других в целях укрепления национальной приверженности, согласованности, гармонизации и управления с целью достижения результатов;

отмечая работу Инициативной группы по инновационному финансированию в целях развития и Рабочей группы высокого уровня по инновационному международному финансированию систем здравоохранения, дополнительные обязательства, принятые несколькими странами в целях расширения финансирования здравоохранения, и заявления, сделанные несколькими странами на Встрече высокого уровня по вопросам здравоохранения Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (Нью-Йорк, 23 сентября 2009 г.) относительно достижения всеобщего доступа к приемлемой по цене базовой медицинской помощи, включая обеспечение бесплатных услуг женщинам и детям в месте использования по усмотрению стран, и финансовые механизмы, направленные на обеспечение социальной защиты здоровья;

выражая обеспокоенность по поводу относительно медленного прогресса в достижении Целей тысячелетия в области развития, особенно в странах Африки к югу от Сахары;

выражая глубокую обеспокоенность по поводу того, что охрана здоровья матерей, новорожденных и детей и обеспечение всеобщего доступа к службам репродуктивного здоровья по-прежнему сдерживаются ввиду нарушений принципа справедливости в области здоровья, и по поводу медленного прогресса в достижении 4-й и 5-й Целей тысячелетия в области развития в деле улучшения охраны здоровья детей и матерей;

с удовлетворением отмечая вклад всех соответствующих партнеров и достигнутый прогресс в продвижении к цели обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, помощи и поддержке в связи с ВИЧ/СПИДом;

вновь подтверждая ведущую роль ВОЗ в качестве основного специализированного учреждения Организации Объединенных Наций в области здравоохранения, включая ее роли и функции в отношении политики в области здравоохранения в соответствии с ее мандатом;

приветствуя доклад ВОЗ о женщинах и здоровье<sup>1</sup> в качестве имеющего важное значение для продвижения прав женщин и гендерного равенства, подчеркивая необходимость обеспечения здоровья женщин с помощью всесторонних стратегий, нацеленных на коренные причины дискриминации, обращая особое внимание на важность укрепления систем здравоохранения, чтобы лучше удовлетворять потребности женщин в области здоровья в плане доступа и всеобъемлемости;

признавая, что важное значение для достижения устойчивых улучшений в состоянии здоровья имеют системы здравоохранения, опирающиеся на принципы преодоления неравенства в здравоохранении путем обеспечения всеобщего доступа, ставящие людей в центр процесса оказания помощи, интегрирующие охрану здоровья в более широкую государственную политику и обеспечивающие всестороннее руководство в области здравоохранения;

признавая также возрастающее во всем мире бремя неинфекционных болезней и напоминая о значении профилактики инфекционных болезней, которые по-прежнему являются тяжелым бременем, особенно в развивающихся странах, об отрицательных последствиях для населения, в частности для беднейших и наиболее уязвимых групп населения, продовольственного, экологического, экономического и финансового кризисов, которые могут привести к усилению уровня недостаточности питания и обратить вспять достижение 1-й Цели тысячелетия в области развития (Ликвидация крайней нищеты и голода) и связанных со здоровьем Целей, а также прогресс, достигнутый за последние два десятилетия,

---

<sup>1</sup> *Женщины и здоровье: сегодняшние проблемы – повестка дня на завтра*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

(1) укреплять системы здравоохранения, с тем чтобы они обеспечивали справедливые результаты в отношении здоровья в качестве основы комплексного подхода к достижению 4-й, 5-й и 6-й Целей тысячелетия в области развития, подчеркивая необходимость строительства устойчивых национальных систем здравоохранения и укрепления национального потенциала путем уделения внимания, в частности, обеспечению услуг, финансированию систем здравоохранения, кадрам здравоохранения, системам медицинской информации, закупкам и распределению лекарств, вакцин и технологий, медицинской помощи в области сексуального и репродуктивного здоровья и политической воле в осуществлении лидерства и управления;

(2) провести обзор мер политики, в том числе в отношении найма, подготовки и удержания кадров, которые усугубляют проблему нехватки работников здравоохранения и их несбалансированного распределения внутри стран и во всем мире, в частности нехватку в странах Африки к югу от Сахары, что подрывает системы здравоохранения развивающихся стран;

(3) вновь подтвердить ценности и принципы первичной медико-санитарной помощи, включающие справедливость, солидарность, социальную справедливость, всеобщий доступ к услугам, многосекторальные действия, прозрачность, подотчетность, децентрализацию и участие общин и расширение их возможностей, в качестве основы укрепления систем здравоохранения путем поддержки здравоохранения и развития;

(4) учитывать принцип обеспечения справедливости в отношении здоровья во всех национальных мерах политики, оказывающих воздействие на социальные детерминанты здоровья, и рассмотреть возможность разработки и укрепления универсальных всеобъемлющих мер политики в области социальной защиты, включающих содействие укреплению здоровья, профилактику инфекционных и неинфекционных болезней и оказание медицинской помощи, а также обеспечение наличия товаров и услуг, имеющих важное значение для здоровья и благополучия и доступа к ним;

(5) возобновить свою приверженность профилактике и ликвидации смертности и заболеваемости матерей, новорожденных и детей с помощью эффективного непрерывного оказания медицинской помощи и укрепления систем здравоохранения, а также комплексных и интегрированных стратегий и программ реагирования на коренные причины гендерного неравенства и отсутствия доступа к надлежащей медицинской помощи и репродуктивному здоровью, включая планирование размеров семьи и обеспечение сексуального здоровья; содействуя соблюдению прав женщин и расширяя усилия по достижению интегрированного управления оказанием медицинской помощи новорожденным и детям, включая меры, направленные на основные причины детской смертности;

(6) значительно расширить усилия, направленные на достижение к 2010 году цели обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, помощи и поддержке в связи с ВИЧ, а также на достижение к 2015 году цели остановить и обратить вспять распространение ВИЧ/СПИДа;

(7) повышать в максимальной степени синергизм между ответными мерами, принимаемыми в отношении ВИЧ/СПИДа, и укреплением систем здравоохранения и социальной поддержки;

(8) укреплять меры политики, направленные на решение связанных с малярией проблем, включая мониторинг резистентности к лекарственным препаратам в ходе комбинированной терапии на базе артемизинина;

(9) поддерживать и укреплять достижения в борьбе с туберкулезом и разрабатывать инновационные стратегии профилактики, выявления и лечения туберкулеза, включающие средства реагирования на новые угрозы, например коинфицирование ВИЧ, туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью или туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью;

(10) сохранять обязательства в отношении поддержки ликвидации полиомиелита;

(11) включать наилучшую практику укрепления служб здравоохранения в двусторонние и многосторонние инициативы, направленные на достижение Целей тысячелетия в области развития, особенно в инициативы по сотрудничеству Юг-Юг;

(12) оказывать поддержку развивающимся странам в их национальных действиях по достижению Целей тысячелетия в области развития, особенно Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем в частности, посредством создания потенциала, передачи технологии, обмена извлеченными уроками и наилучшей практикой, сотрудничества Юг-Юг и предсказуемости ресурсов;

(13) выполнить свои обязательства в отношении официальной помощи развитию к 2015 году;

## 2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) продолжать играть лидирующую роль в мониторинге достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем, в том числе прогресса в направлении достижения всеобщего охвата услугами, имеющими важное значение для этих Целей;

(2) в рамках Среднесрочного стратегического плана ВОЗ на 2008-2013 гг. продолжать тесное сотрудничество со всеми другими организациями Организации Объединенных Наций и международными организациями, участвующими в процессе достижения Целей тысячелетия в области развития, и делая сильный акцент на эффективное использование ресурсов на основе

соответствующих мандатов и основных сфер компетенции каждой организации избегая дублирования усилий и фрагментации помощи и содействуя координации работы между международными учреждениями;

(3) оказывать государствам-членам поддержку в их усилиях, направленных на то, чтобы укрепить свои системы здравоохранения, решить проблему нехватки работников здравоохранения, вновь подтвердить ценности и принципы первичной медико-санитарной помощи, вновь воздействовать на социальные детерминанты здоровья и укреплять их меры государственной политики, нацеленные на обеспечение полного доступа к охране здоровья и социальной защите, включая улучшение доступа к качественным лекарствам, необходимым для поддержки оказания медицинской помощи, в частности для наиболее уязвимых слоев общества;

(4) повышать согласование и координацию глобальных мероприятий по укреплению систем здравоохранения, кладя в их основу подход с позиций первичной медико-санитарной помощи, в сотрудничестве с государствами-членами, соответствующими международными организациями, международными инициативами в области здравоохранения и другими заинтересованными сторонами с целью усилить синергизм между международными и национальными приоритетами;

(5) сформулировать и представить Ассамблее здравоохранения в рамках ее плана действий по обновлению первичной медико-санитарной помощи меры, которые, как предусматривает Секретариат, усилят его поддержку в достижении 4-й, 5-й и 6-й Целей тысячелетия в области развития;

(6) вести работу со всеми соответствующими партнерами, чтобы добиться высоких показателей охвата иммунизацией с использованием доступных по цене вакцин гарантированного качества;

(7) направлять работу со всеми соответствующими партнерами, содействуя обеспечению того, чтобы деятельность по достижению Целей тысячелетия в области развития стала одной из основных тем Пленарного заседания высокого уровня Организации Объединенных Наций по Целям тысячелетия в области развития, 20-22 сентября 2010 г.;

(8) продолжить сбор и обработку научных фактических данных, необходимых для достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем, и распространять их среди всех государств-членов;

(9) продолжать ежегодно представлять Ассамблее здравоохранения через Исполнительный комитет доклад о ходе работы по достижению Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем, в том числе об основных препятствиях и путях их преодоления;

3. ПРЕДЛАГАЕТ соответствующим организациям системы Организации Объединенных Наций, международным партнерам и учреждениям по развитию, международным финансовым учреждениям, неправительственным организациям и субъектам частного сектора продолжить оказание своей поддержки и рассмотреть

возможность оказания дальнейшей поддержки странам, особенно странам Африки к Югу от Сахары, в целях разработки и осуществления политики здравоохранения и национальных планов развития здравоохранения в соответствии с согласованными на международном уровне целями в области здравоохранения, включая Цели тысячелетия в области развития.

(Седьмое заседание, 21 января 2010 г.)

## **ЕВ126.R5      Питание детей грудного и раннего возраста**

Исполнительный комитет,

рассмотрев четырехлетний доклад о ходе работы по питанию детей грудного и раннего возраста<sup>1</sup>,

РЕКОМЕНДУЕТ Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения принять следующую резолюцию:

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад по питанию детей грудного и раннего возраста;

ссылаясь на резолюции WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA45.34, WHA46.7, WHA47.5, WHA49.15 и WHA54.2 о питании детей грудного и раннего возраста и на резолюцию WHA59.11 о питании и ВИЧ/СПИДе;

осознавая, что для достижения Целей тысячелетия в области развития необходимо снизить уровень недостаточности питания матерей и детей;

сознавая, что 11% глобального бремени болезней в мире приходится на долю неадекватного питания, что ведет к долговременному ухудшению состояния здоровья и инвалидности и к низким показателям в области образования и развития; что 178 миллионов детей в мире имеют пониженную массу тела, а 20 миллионов страдают самой смертоносной формой тяжелой острой недостаточности питания ежегодно и что на долю факторов риска, связанных с питанием, включая пониженную массу тела, неоптимальное грудное вскармливание и нехватку витаминов и микроэлементов, в частности витамина А, железа, йода и цинка, приходится 3,9 миллиона случаев смерти (35% от общего числа смертей) и 144 миллиона лет жизни, скорректированных на инвалидность (33% от общего количества лет жизни, скорректированных на инвалидность) среди детей в возрасте до пяти лет;

сознавая, что страны сталкиваются с возрастающими медико-санитарными проблемами, обусловленными двойным бременем неадекватного питания (как недоедания, так и избыточного веса), что влечет за собой негативные последствия на последующих этапах жизни;

---

<sup>1</sup> Документ ЕВ126/9.

признавая, что 90% детей с задержкой роста проживают в 36 странах и что от недоедания страдают более всего дети в возрасте до двух лет;

учитывая проблемы, обусловленные пандемией ВИЧ/СПИДа и трудностями в разработке соответствующей политики в области питания детей грудного и раннего возраста, и будучи обеспокоена тем фактом, что продовольственная помощь не удовлетворяет диетологическим требованиям детей раннего возраста, инфицированных ВИЧ;

сознавая, что неправильная практика вскармливания и ее последствия представляют собой серьезные препятствия на пути обеспечения устойчивости социально-экономического развития и сокращения масштабов нищеты;

будучи обеспокоена по поводу огромного числа детей грудного и раннего возраста, которые до сих пор вскармливаются неправильно и чье состояние питания, рост и развитие, здоровье и выживание ставятся тем самым под угрозу;

учитывая тот факт, что осуществление глобальной стратегии в области питания детей грудного и раннего возраста и ее оперативные задачи предполагают необходимость решительной политической поддержки и всестороннего подхода, включая укрепление систем здравоохранения и общин и тщательный мониторинг эффективности используемых мер вмешательства;

признавая, что совершенствование практики грудного вскармливания могло бы дать возможность ежегодно спасать жизни около одного миллиона детей в возрасте до пяти лет и что в результате адекватного и своевременного прикармливания в сочетании с продолжением грудного вскармливания до достижения ребенком возраста двух лет или более можно было бы предотвращать ежегодно смерть более чем полумиллиона таких детей;

сознавая, что нужна многосекторальная политика в области пищевых продуктов и питания для успешного расширения масштабов безопасных и эффективных мер вмешательства в области питания, основанных на фактических данных;

признавая необходимость всесторонней национальной политики в области питания детей грудного и раннего возраста, которая была бы должным образом включена в национальные стратегии питания и обеспечения выживания детей;

будучи убеждена в том, что сейчас настало время, когда правительства, гражданское общество и международное сообщество должны подтвердить свои обязательства по содействию оптимальному кормлению детей грудного и раннего возраста и наладить тесное сотрудничество в этих целях;

будучи убеждена в том, что укрепление системы надзора за питанием на национальном уровне является исключительно важным элементом для осуществления эффективной политики и расширения масштабов мер вмешательства в области питания,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

(1) усилить политическую поддержку в работе по сокращению масштабов неадекватного питания во всех его формах;

(2) укрепить и ускорить работу по осуществлению глобальной стратегии в области питания детей грудного и раннего возраста с акцентом на введение в действие Международного свода правил по сбыту заменителей грудного молока, принятого в резолюции WHA34.22;

(3) разработать или пересмотреть нынешние программные положения, касающиеся двойного бремени неадекватного питания, и выделить достаточные людские и финансовые ресурсы на обеспечение их соблюдения;

(4) расширять масштабы мер вмешательства в целях улучшения питания детей грудного и раннего возраста, включая охрану и продвижение практики грудного вскармливания и своевременного, безопасного и адекватного прикармливания; осуществление дополнительных и терапевтических мер вмешательства в практику кормления в случае тяжелых форм неадекватности питания; и контроль за недостаточностью витаминов и микроэлементов;

(5) включать стратегии, упомянутые в пункте 1(4) выше, в деятельность комплексных служб охраны здоровья матери и ребенка и оказывать поддержку в достижении цели всеобщего охвата и соблюдения принципов первичной медико-санитарной помощи, включая укрепление систем здравоохранения, как указано в резолюции WHA62.12;

(6) укрепить системы надзора за питанием и улучшить практику использования и представления согласованных показателей Целей тысячелетия в области развития для мониторинга прогресса;

(7) обеспечить соблюдение принятых ВОЗ Стандартов роста детей путем их полного включения в программы охраны здоровья детей;

2. ПРИЗЫВАЕТ предприятия пищевой промышленности соблюдать Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока и усиливать их корпоративную социальную ответственность;

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) укрепить фактическую базу данных по эффективным и безопасным действиям в области питания в целях противодействия негативным медико-санитарным последствиям двойного бремени неадекватного питания и составить описание надлежащей практики для ее успешного внедрения;

(2) включить вопрос питания в качестве основного компонента во все программы и стратегии ВОЗ в области здравоохранения и подтвердить наличие необходимых мер в области питания в контексте реформы первичной медико-санитарной помощи;

- (3) продолжить и укрепить сотрудничество с другими учреждениями Организации Объединенных Наций и международными организациями, участвующими в работе по обеспечению улучшенного питания, включая четкое определение руководящей роли, разделения труда и конечных результатов;
- (4) оказывать поддержку государствам-членам, по их просьбе, в расширении мер в области питания, связанных с двойным бременем неадекватного питания, в мониторинге и оценке воздействия, в укреплении или создании эффективных систем надзора за питанием и во внедрении принятых ВОЗ Стандартов роста детей;
- (5) разработать всеобъемлющий план осуществления деятельности в области питания детей грудного и раннего возраста в качестве важнейшего компонента глобальной межсекторальной рамочной программы в области питания для его предварительного обсуждения на Шестьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения и окончательного представления на Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет и после широких консультаций с государствами-членами.

(Седьмое заседание, 21 января 2010 г.)

## **EB126.R6      Врожденные пороки<sup>1</sup>**

Исполнительный комитет,

рассмотрев доклад о врожденных пороках<sup>2</sup>,

РЕКОМЕНДУЕТ Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения принять следующую резолюцию:

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

проявляя обеспокоенность по поводу большого числа случаев мертворождения и смерти новорожденных, происходящих во всем мире, и значительной долей неонатальной смертности среди детей в возрасте до пяти лет;

признавая значение врожденных пороков в качестве причины мертворождений и неонатальной смертности;

принимая во внимание, что в рамках первичной медико-санитарной помощи существуют эффективные мероприятия по предотвращению врожденных пороков, включая оказание на уровне общин надлежащих генетических услуг, которые могут быть интегрированы в службы охраны здоровья матерей, репродуктивного здоровья и здоровья детей;

---

<sup>1</sup> См. Приложение 1.

<sup>2</sup> Документ EB126/10.

проявляя обеспокоенность по поводу недостаточного охвата мероприятиями по охране здоровья матерей, новорожденных и детей и препятствий для доступа к медицинским услугам, которые все еще сохраняются в странах с наибольшим бременем смертности матерей, новорожденных и детей;

сознавая, что достижение четвертой Цели тысячелетия в области развития (Сократить детскую смертность) потребует ускоренного прогресса в области сокращения неонатальной смертности, в том числе профилактики и ведения врожденных пороков;

ссылаясь на резолюцию WHA58.31, в которой Ассамблея здравоохранения, призвав обеспечить всеобщий охват матерей, новорожденных и детей мероприятиями здравоохранения, настоятельно предложила государствам-членам направлять ресурсы и ускорить темпы деятельности на национальном уровне с целью бесперебойного и непрерывного оказания помощи по охране репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей и резолюцию WHA57.13, в которой было признано, что геномика может внести существенный вклад в сферу общественного здравоохранения;

признавая, что распространенность врожденных пороков варьируется между общинами и что недостаточные эпидемиологические данные могут затруднить эффективное и справедливое лечение;

признавая разнообразие причин и детерминант врожденных расстройств, включая предотвратимые факторы, такие как инфекции или диетологические факторы, болезни, предупреждаемые с помощью вакцин, употребление алкоголя, табака и наркотиков и воздействие химических веществ, в особенности пестицидов;

проявляя глубокую обеспокоенность по поводу того, что врожденные пороки все еще не получили признания в качестве приоритетов общественного здравоохранения;

проявляя обеспокоенность по поводу ограниченности ресурсов, выделяемых на профилактику и лечение врожденных пороков, в частности в странах со средним и низким уровнями доходов;

приветствуя доклад о врожденных пороках,

#### 1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

(1) повышать информированность всех соответствующих заинтересованных сторон, в том числе государственных должностных лиц, специалистов здравоохранения, гражданского общества и общественности в целом, о значении врожденных пороков в качестве причины детской заболеваемости и смертности;

(2) установить приоритеты, направить ресурсы и разработать планы и мероприятия по интеграции эффективных мероприятий, которые включают всесторонние методологические указания, информацию и повышение осведомленности, по профилактике врожденных пороков и оказанию

медицинской помощи детям с врожденными пороками в существующую систему услуг по охране здоровья матерей, репродуктивного здоровья и здоровья детей и социального обеспечения для всех лиц, которые в них нуждаются;

(3) содействовать применению признанных на международном уровне стандартов, регулирующих использование химических веществ в воздухе, воде и почве;

(4) расширять охват эффективных профилактических мероприятий с помощью программ санитарного просвещения, включающих этические, правовые и социальные проблемы врожденных пороков, для населения в целом и групп высокого риска, а также путем содействия развитию организаций родителей-пациентов и создания надлежащих генетических служб на уровне общин;

(5) регистрировать данные эпиднадзора о врожденных пороках в национальных системах медицинской информации;

(6) развивать экспертные знания и наращивать потенциал в области профилактики врожденных пороков и ухода за детьми с врожденными пороками;

(7) укреплять научно-исследовательскую деятельность и исследования по этиологии, диагностированию и профилактике основных врожденных пороков и содействовать развитию международного сотрудничества в борьбе с ними;

(8) принять все необходимые меры с целью обеспечить возможность детям-инвалидам пользоваться в полном объеме всеми правами человека и основными свободами наравне с другими детьми и уделять приоритетное внимание благополучию детей и оказывать поддержку и содействие семьям в их усилиях по уходу за детьми и по их воспитанию;

(9) повышать осведомленность среди соответствующих заинтересованных сторон, включая государственных должностных лиц, профессиональных работников здравоохранения, гражданского общества и общественности в целом, о важности программ скрининга новорожденных и их роли в выявлении младенцев с врожденными пороками;

(10) оказывать поддержку семьям, в которых есть дети с врожденными пороками и обусловленной ими инвалидностью, и обеспечить детям-инвалидам надлежащие услуги по реабилитации и поддержке;

## 2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) содействовать сбору данных о глобальном бремени смертности и заболеваемости, вызванных врожденными пороками, и рассмотреть возможность расширения групп врожденных аномалий развития в составе классификации при пересмотре Международной статистической

классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр);

(2) продолжать сотрудничество с Международным информационным центром по эпиднадзору и исследованиям врожденных пороков в целях улучшения сбора данных о глобальном бремени заболеваемости и смертности, вызванных врожденными пороками;

(3) оказывать поддержку государствам-членам в разработке национальных планов осуществления эффективных мероприятий по предупреждению и ведению врожденных пороков в рамках их национальных планов охраны здоровья матерей, новорожденных и детей, в укреплении систем здравоохранения и первичной помощи, включая улучшение охвата вакцинацией против болезней, таких как корь и краснуха, и стратегии обогащения пищевых продуктов, для профилактики врожденных пороков, и в содействии справедливому доступу к таким услугам;

(4) оказывать поддержку государствам-членам в разработке этических и правовых принципов в связи с врожденными пороками;

(5) оказывать поддержку государствам-членам в обеспечении надлежащих генетических услуг в общине в рамках системы первичной медико-санитарной помощи;

(6) содействовать техническому сотрудничеству между государствами-членами, неправительственными организациями и другими соответствующими органами по профилактике врожденных пороков;

(7) оказывать поддержку и содействие научно-исследовательской работе в области профилактики и ведения врожденных пороков в целях повышения качества жизни лиц с такими нарушениями;

(8) представить в 2014 г. через Исполнительный комитет доклад о ходе осуществления этой резолюции Шестьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

(Седьмое заседание, 21 января 2010 г.)

## **ЕВ126.R7 Продвижение инициатив по безопасности пищевых продуктов**

Исполнительный комитет,

рассмотрев доклад о безопасности пищевых продуктов<sup>1</sup>,

РЕКОМЕНДУЕТ Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения принять следующую резолюцию:

---

<sup>1</sup> Документ ЕВ126/11.

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

ссылаясь на резолюцию WHA53.15 о безопасности пищевых продуктов, в которой Генеральному директору было предложено внедрить глобальную стратегию для эпиднадзора за болезнями пищевого происхождения и для эффективного сбора и обмена информацией в странах и между ними;

ссылаясь на резолюцию WHA55.16 о глобальных действиях общественного здравоохранения в ответ на естественное и случайное высвобождение или преднамеренное применение биологических и химических агентов или радиационно-ядерных материалов, воздействующих на здоровье, в которой отмечается, что такие агенты могут распространяться через пищевые цепи и водоснабжение;

отмечая одобрение Исполнительным комитетом в 2002 г. глобальной стратегии ВОЗ в области безопасности пищевых продуктов<sup>1</sup>, имевшей целью сократить медицинское и социальное бремя болезней пищевого происхождения;

отмечая также, что были осуществлены и другие связанные с безопасностью пищевых продуктов мероприятия, указанные в резолюциях WHA53.15 и WHA55.16, в том числе: пересмотр в 2005 г. Международных медико-санитарных правил; учреждение в 2005 г. Международной сети органов по безопасности пищевых продуктов; создание в 2006 г. Справочной группы ВОЗ по эпидемиологии бремени болезней пищевого происхождения; и расширение участия, особенно развивающихся стран, в разработке Комиссией по Кодекс алиментариус международных стандартов в отношении безопасности пищевых продуктов;

признавая, что Комиссия по Кодекс алиментариус представляет для всех стран уникальную возможность присоединиться к международному сообществу в формулировании и гармонизации стандартов на пищевые продукты и в обеспечении их глобального применения, а также что в этой связи особенно должно поощряться участие развивающихся стран;

признавая далее важные роли ВОЗ и ФАО в оказании поддержки Комиссии по Кодекс алиментариус как международному справочному центру по изменениям, связанным со стандартами на пищевые продукты;

подтверждая, что болезни пищевого происхождения по-прежнему представляют серьезную угрозу для здоровья миллионов людей в мире, особенно для жителей развивающихся стран с неудовлетворительным состоянием питания;

учитывая сложные связи между безопасностью пищевых продуктов, питанием и продовольственной безопасностью и отмечая важную роль безопасности пищевых продуктов в ликвидации голода и недостаточности питания, особенно в странах с низкими доходами и дефицитом пищевых продуктов;

принимая во внимание возрастающий объем фактических данных о том, что многие инфекционные болезни, в том числе возникающие зоонозы, передаются через пищевые продукты и что воздействие химических веществ и патогенов

---

<sup>1</sup> Документ EB109/2002/REC/2, протокол четвертого заседания.

в поставляемых пищевых продуктах связывается с острыми и хроническими болезнями;

отмечая, что изменение климата может являться одним из факторов, вызывающих рост заболеваемости некоторыми болезнями пищевого происхождения, в том числе зоонозного происхождения, по причине более стремительного развития микроорганизмов в пищевых продуктах и воде при более высоких температурах, что приводит к появлению токсинов в новых географических районах и к возможности повышения уровней токсинов или патогенов в пищевых продуктах;

признавая, что мировая торговля пищевыми продуктами ежегодно возрастает, способствуя усилению риска распространения патогенов и контаминантов за пределы национальных границ, что создает, таким образом, новые проблемы для органов, занимающихся вопросами пищевых продуктов, и делает необходимым более эффективный глобальный обмен информацией по безопасности пищевых продуктов, принимая во внимание, что обеспечение безопасности пищевых продуктов не может приводить к дискриминации или какому-либо завуалированному ограничению международной торговли;

отмечая сохраняющуюся потребность в более тесном сотрудничестве сектора здравоохранения с другими секторами и в расширении действий в области безопасности пищевых продуктов на международном и национальном уровнях с охватом всей цепи производства пищевых продуктов, чтобы существенно сократить заболеваемость болезнями пищевого происхождения;

отмечая сохраняющуюся потребность в обновляемых и всесторонних международно согласованных стандартах и соглашениях для оценки рисков и в научных рекомендациях в поддержку мер и мероприятий по улучшению безопасности и нутриционного качества пищевых продуктов;

признавая важность международного соглашения о глобальном управлении безопасностью пищевых продуктов, применения научных принципов в процессе поиска решений, эффективного обмена данными мониторинга и эпиднадзора и практическим опытом,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены<sup>1</sup>:

(1) продолжать осуществлять и поддерживать деятельность и мероприятия, предусмотренные в резолюциях WHA53.15 о безопасности пищевых продуктов и WHA55.16 о глобальных действиях общественного здравоохранения в ответ на естественное, случайное высвобождение или преднамеренное применение биологических и химических агентов или радиационно-ядерных материалов, воздействующих на здоровье;

(2) осуществлять дальнейшее развитие и использование основных возможностей, определенных в Приложении 1 Международных медико-санитарных правил (2005 г.), которые применимы и требуются для участия в Международной сети органов по безопасности пищевых продуктов, и особенно

---

<sup>1</sup> И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

в отношении событий, затрагивающих безопасность пищевых продуктов, включая разработку систем для: эпиднадзора за болезнями пищевого происхождения и контаминацией пищевых продуктов; оценки рисков, возможности контроля, управления рисками, включая Систему анализа рисков и критических контрольных точек, и информирования о рисках; осуществления ответных мер в связи с чрезвычайными ситуациями в области безопасности пищевых продуктов; прослеживания и отзыва продуктов; и усиления лабораторного потенциала;

(3) участвовать в полном объеме в качестве членов Международной сети органов по безопасности пищевых продуктов в ее деятельности, в том числе поддерживая своевременную передачу через сеть данных, информации и знаний о чрезвычайных ситуациях в области безопасности пищевых продуктов транспарентным образом;

(4) активизировать включение соображений относительно безопасности пищевых продуктов в продовольственную помощь, продовольственную безопасность и мероприятия в области питания с целью сокращения случаев болезней пищевого происхождения и улучшения результатов в отношении здоровья населения, в особенности уязвимых групп;

(5) создать или совершенствовать базу фактических данных по безопасности пищевых продуктов с помощью систематических усилий по оценке и эпиднадзору за бременем болезней и всесторонней оценке рисков и соотношения между рисками и выгодами, а также поддерживать международную деятельность в этих областях, в частности, инициативу ВОЗ по оценке глобального бремени болезней пищевого происхождения, возникающих по всем основным причинам (микробиологическим, паразитарным и химическим);

(6) способствовать своевременному проведению международных оценок рисков путем обеспечения соответствующих данных и знаний для более эффективного и согласованного реагирования на болезни пищевого происхождения и вопросы безопасности пищевых продуктов, угрожающие безопасности глобального общественного здравоохранения;

(7) продолжать разработку и поддержание устойчивых мер профилактики, в том числе программ информирования по вопросам безопасности пищевых продуктов, нацеленных на сокращение бремени болезней пищевого происхождения с помощью системного подхода, охватывающего всю цепь производства пищевых продуктов от фермы до этапа потребления;

(8) способствовать развитию диалога и сотрудничества между дисциплинами, относящимися к здоровью человека, ветеринарии и пищевым продуктам, в рамках государств-членов и между ними, сосредоточив внимание на комплексных усилиях по сокращению рисков пищевого происхождения на протяжении всей цепи производства пищевых продуктов, включая учет зоонозных рисков;

(9) активно участвовать в процессе выработки стандартов Комиссией по Кодекс алиментарииус и принимать стандарты Кодекса, когда это уместно;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) обеспечить дальнейшее развитие Международной сети органов по безопасности пищевых продуктов путем осуществления глобальной стратегии ВОЗ в области безопасности пищевых продуктов; поощрять коммуникацию и технический обмен оценками рисков и передовой практикой между членами Сети; способствовать участию государств-членов в функционировании и развитии Сети; и содействовать включению новых членов в состав Международной сети органов по безопасности пищевых продуктов;

(2) укреплять функциональное звено по чрезвычайным ситуациям Международной сети органов по безопасности пищевых продуктов в качестве важнейшего элемента профилактических и чрезвычайных операций ВОЗ, касающихся безопасности пищевых продуктов, и усиливать взаимодействие с другими соответствующими международными организациями и сетями в этой области;

(3) продолжать осуществлять глобальное руководство в оказании технического содействия и обеспечении инструментов, отвечающих потребностям государств-членов и Секретариата в научных оценках рисков пищевого происхождения и бремени болезней пищевого происхождения по всем причинам;

(4) способствовать включению вопросов безопасности пищевых продуктов в международное обсуждение продовольственных кризисов и вызванных голодом чрезвычайных ситуаций и оказывать государствам-членам и международным учреждениям всестороннюю комплексную техническую поддержку в рассмотрении вопросов безопасности пищевых продуктов, питания и продовольственной безопасности;

(5) регулярно осуществлять мониторинг и представлять государствам-членам отчетность о глобальном бремени болезней пищевого происхождения и зоонозных болезней на страновом, региональном и международном уровнях;

(6) содействовать развитию научных исследований, в том числе в области безопасности и качества традиционных пищевых продуктов, и изучению связи между рисками пищевого происхождения и острыми и хроническими заболеваниями, с целью поддержки основанных на фактических данных стратегий борьбы с болезнями пищевого происхождения и зоонозными болезнями и их профилактики, таких как Система анализа рисков и критических контрольных точек;

(7) обеспечивать государствам-членам поддержку в создании соответствующего потенциала для совершенствования межсекторального сотрудничества и деятельности на международном, региональном и национальном уровнях на протяжении всей цепи производства пищевых

продуктов, включая оценку рисков пищевого происхождения и зоонозных рисков, управление ими и информирование о них;

(8) разработать руководство по аспектам общественного здравоохранения, связанным с зоонозными болезнями, которые возникают на уровне контакта людей и животных, в частности по вопросам профилактики, выявления и ответных мер;

(9) обеспечивать адекватную и устойчивую поддержку совместных органов экспертов ФАО и ВОЗ, Комиссии по Кодекс алиментариус и Международной сети органов по безопасности пищевых продуктов, с тем чтобы продвигать международные разработки, обеспечение, использование и обмен научными оценками рисков и рекомендациями; поддерживать разработку международных стандартов на пищевые продукты с целью защиты здоровья и нутриционного благополучия потребителей, и более эффективно решать вопросы безопасности пищевых продуктов и информировать о них на национальном и международном уровнях;

(10) создать совместно с Международной сетью органов по безопасности пищевых продуктов международную инициативную программу сотрудничества партнерских лабораторий в поддержку эпиднадзора за болезнями пищевого происхождения, выявления случаев контаминации пищевых продуктов и принятия ответных мер при чрезвычайных ситуациях, включая расследование вспышек заболеваний и установление связи между продуктами и заболеваниями для обоснования их отзыва с рынка; эта инициатива также включает создание механизмов обмена данными;

(11) представить через Исполнительный комитет Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения доклад о ходе осуществления этой резолюции.

(Восьмое заседание, 21 января 2010 г.)

## **ЕВ126.R8      Порядок работы Исполнительного комитета<sup>1</sup>**

Исполнительный комитет,

рассмотрев доклад о порядке работы руководящих органов<sup>2</sup>,

**ПОСТАНОВЛЯЕТ** внести изменения в свои Правила процедуры в соответствии с предложением, содержащимся в Приложении к докладу о порядке работы руководящих органов, с вступлением в силу с момента завершения его Сто двадцать седьмой сессии.

(Девятое заседание, 22 января 2010 г.)

---

<sup>1</sup> См. Приложение 2.

<sup>2</sup> Документ ЕВ126/26.

**ЕВ126.R9 Утверждение поправок к Правилам о персонале<sup>1</sup>**

Исполнительный комитет

УТВЕРЖДАЕТ, в соответствии с пунктом 12.2 Положений о персонале, поправки к Правилам о персонале, сделанные Генеральным директором, с вступлением в силу 1 января 2010 г., касающиеся вознаграждения сотрудников категории специалистов и более высоких категорий.

(Девятое заседание, 22 января 2010 г.)

**ЕВ126.R10 Оклады сотрудников на неклассифицируемых должностях и Генерального директора**

Исполнительный комитет,

рассмотрев доклад об утверждении поправок к Положениям о персонале и Правилам о персонале<sup>2</sup>,

РЕКОМЕНДУЕТ Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения принять следующую резолюцию:

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

принимая к сведению рекомендации Исполнительного комитета в отношении вознаграждения сотрудников на неклассифицируемых должностях и Генерального директора,

1. УСТАНОВЛИВАЕТ оклады брутто помощников Генерального директора и Директоров региональных бюро в сумме 183 022 долл. США в год без учета налогообложения, что составляет скорректированный оклад нетто в сумме 131 964 долл. США (при наличии иждивенцев) или 119 499 долл. США (без иждивенцев);
2. УСТАНОВЛИВАЕТ оклад брутто заместителя Генерального директора в сумме 201 351 долл. США в год без учета налогообложения, что составляет скорректированный оклад нетто 143 878 долл. США (при наличии иждивенцев) или 129 483 долл. США (без иждивенцев);
3. УСТАНОВЛИВАЕТ оклад брутто Генерального директора в сумме 247 523 долл. США в год без учета налогообложения, что составляет скорректированный оклад нетто 173 890 долл. США (при наличии иждивенцев) или 154 641 долл. США (без иждивенцев);
4. ПОСТАНОВЛЯЕТ ввести в действие эти коррективы к вознаграждению с 1 января 2010 года.

(Девятое заседание, 22 января 2010 г.)

---

<sup>1</sup> См. Приложение 3.

<sup>2</sup> Документ ЕВ126/39.

**ЕВ126.R11 Стратегии сокращения вредного употребления алкоголя<sup>1</sup>**

Исполнительный комитет,

рассмотрев доклад о стратегиях сокращения вредного употребления алкоголя<sup>2</sup>,

РЕКОМЕНДУЕТ Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения принять следующую резолюцию:

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о стратегиях сокращения вредного употребления алкоголя и прилагаемый к нему проект глобальной стратегии;

ссылаясь на резолюции WHA58.26 о проблемах общественного здравоохранения, вызываемых вредным употреблением алкоголя, и WHA61.4 о стратегиях сокращения вредного употребления алкоголя;

1. ПРИНИМАЕТ глобальную стратегию сокращения вредного употребления алкоголя;

2. ЗАЯВЛЯЕТ, что глобальная стратегия имеет целью служить руководством к действиям на всех уровнях и определять приоритетные области для глобальных действий и что она представляет собой набор вариантов и мер политики, которые в соответствующих случаях могли бы рассматриваться на предмет осуществления и корректироваться, при необходимости, на национальном уровне с учетом национальных обстоятельств, например религиозного и культурного контекстов, национальных приоритетов в области общественного здравоохранения, а также ресурсов, потенциала и возможностей;

3. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены<sup>3</sup>:

(1) принять и осуществлять соответствующим образом глобальную стратегию сокращения вредного употребления алкоголя с целью дополнить и поддержать меры политики государств-членов в области общественного здравоохранения, направленные на сокращение вредного употребления алкоголя, и мобилизовать для этого политическую волю и финансовые ресурсы;

(2) продолжить осуществление резолюций WHA61.4 о стратегиях сокращения вредного употребления алкоголя и WHA58.26 о проблемах общественного здравоохранения, вызываемых вредным употреблением алкоголя;

(3) обеспечить, чтобы осуществление глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя вело к укреплению национальных усилий

---

<sup>1</sup> См. Приложение 4.

<sup>2</sup> Документ ЕВ126/13.

<sup>3</sup> И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

по защите подвергающихся риску групп населения, молодых людей и тех, кто страдает из-за вредного употребления спиртных напитков другими лицами;

(4) обеспечить, чтобы национальные системы мониторинга отражали осуществление глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя и чтобы сообщения о ее осуществлении регулярно направлялись в информационную систему ВОЗ по алкоголю и здоровью;

4. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) придать достаточно высокую организационную приоритетность предупреждению и сокращению вредного употребления алкоголя и осуществлению глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя;

(2) сотрудничать с государствами-членами и оказывать им поддержку, при необходимости, в осуществлении глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя и в усилении национальных ответных мер в отношении проблем общественного здравоохранения, вызываемых вредным употреблением алкоголя;

(3) вести мониторинг хода осуществления глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя и представить через Исполнительный комитет доклад о ходе работы Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

(Одиннадцатое заседание, 22 января 2010 г.)

**ЕВ126.R12 Улучшение здоровья посредством обеспечения безопасного и экологически обоснованного удаления отходов**

Исполнительный комитет,

рассмотрев доклад о Стратегическом подходе к международному регулированию химических веществ<sup>1</sup>;

рассмотрев также письмо Председателя девятого совещания Конференции Сторон Базельской конвенции о контроле за трансграничной перевозкой опасных отходов и их удалением, направленное в адрес Генерального директора ВОЗ,

РЕКОМЕНДУЕТ Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения принять следующую резолюцию:

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о Стратегическом подходе к международному регулированию химических веществ;

---

<sup>1</sup> Документ ЕВ126/20.

напоминая резолюцию WHA61.19 об изменении климата и здоровье и резолюции WHA59.15, WHA50.13, WHA45.32, WHA31.28 и WHA30.47, касающиеся химической безопасности;

напоминая также резолюции Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 44/226 от 22 декабря 1989 г. об обороте и удалении, контроле и трансграничной перевозке токсичных и опасных продуктов и отходов и 43/212 от 20 декабря 1988 г. об ответственности государств за охрану окружающей среды;

отмечая принципы, изложенные в Повестке дня на 21 век, включая главу 20 и главу 21, согласованные на Конференции Организации Объединенных Наций по окружающей среде и развитию в 1992 г.;

отмечая также Йоханнесбургскую декларацию об устойчивом развитии и связанный с ней План выполнения решений Встречи на высшем уровне по устойчивому развитию в 2002 г.;

признавая решение 25/8 о регулировании отходов, принятое Советом управляющих/Глобальным форумом по окружающей среде на уровне министров Программы Организации Объединенных Наций по окружающей среде на его двадцать пятой сессии;

памятуя о результатах второй сессии Международной конференции по регулированию химических веществ, относящихся к здоровью человека;

обеспокоенная тем, что отходы при отсутствии их надлежащего удаления безопасным и экологически обоснованным способом могут привести к серьезным последствиям для здоровья человека и средств к существованию людей;

убежденная в том, что отсутствие экологически обоснованного удаления отходов нанесет вред окружающей среде и ущерб здоровью людей в результате загрязнения воздуха, воды, почвы и пищевых цепей;

обеспокоенная тем, что ненадлежащее удаление медико-санитарных отходов, включая острые и неострые материалы, кровь, части тела, химические вещества, фармацевтические препараты и медицинские устройства, создает для медико-санитарных работников, лиц, занимающихся удалением отходов, и населения риск инфекций, токсического воздействия и травм;

приветствуя Балийскую декларацию об управлении ликвидацией отходов в интересах охраны здоровья человека и обеспечения средств к существованию, принятую на девятом совещании Конференции Сторон Базельской конвенции о контроле за трансграничной перевозкой опасных отходов и их удалением в 2008 г.,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены<sup>1</sup> провести оценку связанных со здоровьем аспектов удаления отходов, сделав его безопасным и экологически обоснованным, и изучить варианты более тесной работы с Программой Организации Объединенных Наций по окружающей среде, Стратегическим подходом к международному

---

<sup>1</sup> И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

регулированию химических веществ, Базельской конвенцией по контролю за трансграничной перевозкой опасных отходов и их удалением и с Секретариатом ВОЗ в направлении достижения их общих целей в отношении улучшения здоровья посредством обеспечения безопасного и экологически обоснованного удаления отходов;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) в рамках полномочий ВОЗ и имеющихся ресурсов оказывать поддержку осуществлению действий, изложенных в Балийской декларации об управлении ликвидацией отходов в интересах охраны здоровья человека и обеспечения средств к существованию;

(2) работать совместно с Программой Организации Объединенных Наций по окружающей среде, и секретариатом Базельской конвенции по контролю за трансграничной перевозкой опасных отходов и их удалением над экологически обоснованным удалением отходов, включая сотрудничество с правительствами и донорскими организациями в укреплении осуществления Балийской декларации об управлении ликвидацией отходов в интересах охраны здоровья человека и обеспечения средств к существованию, в частности, с целью:

(a) содействия повышению информированности о связи между удалением отходов, здоровьем и средствами к существованию и окружающей средой;

(b) укрепления субрегионального и регионального сотрудничества по вопросам, связанным с отходами и здоровьем, посредством содействия кадровым и соответствующим техническим возможностям на национальном, региональном и международном уровнях;

(c) улучшения мер контроля за транспортировкой отходов и пограничными процедурами, с тем чтобы предотвратить незаконные перевозки опасных и других отходов с помощью таких средств, которые включают создание потенциала, передачу технологии и техническую помощь;

(d) улучшения сотрудничества между национальными органами в секторах, занимающихся вопросами удаления отходов, химических веществ и здравоохранения и, совместно с другими соответствующими органами и заинтересованными участниками, в разработке и внедрении эффективных и обоснованных систем удаления отходов;

(e) расширения создания потенциала, содействия и, где это возможно, расширения государственных и частных инвестиций для передачи и использования надлежащей технологии в целях безопасного и экологически обоснованного удаления отходов;

(3) продолжить оказание поддержки предотвращению рисков для здоровья, связанных с воздействием медико-санитарных отходов, и содействие экологически обоснованному удалению медико-санитарных отходов, с тем

чтобы поддерживать работу Базельской конвенции по контролю за трансграничной перевозкой опасных отходов и их удалением и Стокгольмской конвенции о стойких органических загрязнителях;

(4) изучить вопросы разработки стратегий, направленных на сведение к минимуму образования вредных для здоровья отходов;

(5) предложить правительствам, соответствующим межправительственным и региональным организациям экономической интеграции, соответствующим субъектам промышленного и делового секторов предоставить ресурсы и техническую помощь развивающимся странам в разработке и осуществлении инструментов по улучшению здоровья посредством безопасного и экологически обоснованного удаления отходов;

(6) представить Шестьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет доклад о выполнении настоящей резолюции.

(Одиннадцатое заседание, 22 января 2010 г.)

**ЕВ126.R13      Укрепление здоровья посредством безопасного удаления  
вышедших из употребления пестицидов<sup>1</sup> и других вышедших  
из употребления химических веществ**

Исполнительный комитет,

рассмотрев доклад о Стратегическом подходе к международному регулированию химических веществ<sup>2</sup>,

РЕКОМЕНДУЕТ Шестьдесят третьей сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения принять следующую резолюцию:

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о Стратегическом подходе к международному регулированию химических веществ;

ссылаясь на резолюцию WHA59.15 о Стратегическом подходе к международному регулированию химических веществ;

признавая результаты второй сессии Международной конференции по регулированию химических веществ (Женева, 11-15 мая 2009 г.), касающиеся здоровья человека, и особенно резолюцию П/8 о воздействии на здоровье безопасного

---

<sup>1</sup> "Пестициды, вышедшие из употребления" определяются как те пестициды, которые более не используются в предусмотренных для них целях, или те, которые более нежелательны для использования, и которые, как следствие, должны быть удалены.

<sup>2</sup> Документ ЕВ126/20.

регулирования химических веществ, в которой обращается внимание на необходимость более широкого участия сектора здравоохранения, государств-членов<sup>1</sup> и Секретариата ВОЗ в осуществлении Глобального плана действий по Стратегическому подходу к международному регулированию химических веществ<sup>2</sup> в связи с тем, что некоторые химические вещества могут оказывать неблагоприятное воздействие на здоровье людей, и принимая к сведению, что некоторые глобальные приоритеты, касающиеся совместных действий, определенных в Стратегическом подходе к международному регулированию химических веществ, должны также решаться в рамках сектора здравоохранения;

признавая, что пестициды предназначены для уничтожения вредных организмов и вредителей или для борьбы с ними и могут являться причиной неблагоприятных острых и хронических последствий и что несмотря на тот факт, что в большинстве стран они подвергаются регулированию, тем не менее, они могут оказывать воздействие на здоровье населения и окружающую среду, особенно при их неправильном использовании и хранении, в том числе в тех случаях, когда они вышли из употребления<sup>3</sup>;

ссылаясь на Устав ВОЗ и признавая следующие важные международные соглашения и договоры: Балийскую декларацию по вопросам управления ликвидацией отходов в интересах охраны здоровья человека и обеспечения средств к существованию (2008 г.), Конференцию Организации Объединенных Наций по окружающей среде и развитию (Рио-де-Жанейро, Бразилия, 1992 г.), Всемирную встречу на высшем уровне по устойчивому развитию (Йоханнесбург, Южная Африка, 2002 г.), Стратегический подход к международному регулированию химических веществ, принятый Международной конференцией по регулированию химических веществ (Дубай, 2006 г.), Базельскую конвенцию о контроле за трансграничной перевозкой опасных отходов и их удалением (1989 г.), Роттердамскую конвенцию о процедуре предварительного обоснованного согласия в отношении отдельных опасных химических веществ и пестицидов в международной торговле (2004 г., пересмотрена в 2008 г.), Стокгольмскую конвенцию о стойких органических загрязнителях (Стокгольм, 2004 г.) и Конвенцию по предотвращению загрязнений моря сбросами отходов и других материалов 1972 г. и Протокол 1996 г. к этой Конвенции (Лондон, 1972 г.); а также Международные медико-санитарные правила (2005 г.);

---

<sup>1</sup> И, в соответствующих случаях, региональных организаций экономической интеграции.

<sup>2</sup> Документ WHA59/2006/REC/1, Приложение 1.

<sup>3</sup> Международная ассоциация по ГХГ и пестицидам (МАГП) полагает, что в Центральной и Восточной Европе и в странах бывшего Союза Советских Социалистических Республик общий объем вышедших из употребления пестицидов составляет порядка 260 000-265 000 тонн. По оценкам, в 25 государствах-членах Европейского союза они составляют 22 000-24 000 тонн, в Юго-Восточной Европе – 36 000-41 000 тонн, в странах бывшего Союза Советских Социалистических Республик – 199 000 тонн, в Африке – 50 000 тонн (по оценке ФАО, проведенной по линии ее Африканской программы регулирования запасов), в Юго-Восточной Азии – 6500 тонн (ФАО, предварительная примерная оценка), в Центральной и Южной Америке – 30 000 тонн (ФАО, 2005 г.).

признавая, что все форумы, конвенции и договоры, упомянутые в предыдущем пункте, являются важными глобальными инструментами предотвращения и защиты здоровья людей и окружающей среды, которые предусматривают соответствующие меры и руководящие принципы регулирования некоторых аспектов жизненного цикла химических веществ, и что в этом смысле тесно связанные между собой Стокгольмская конвенция о стойких органических загрязнителях и Базельская конвенция о контроле за трансграничной перевозкой опасных отходов и их удалением<sup>1</sup> предусматривают разработку соответствующих стратегий в целях выявления отходов стойких органических загрязнителей и запасов стойких органических загрязнителей и в целях их удаления;

признавая, что опасные отходы и высокотоксичные пестициды относятся к глобальным приоритетным областям, которые были определены в целях осуществления совместных действий в рамках Стратегического подхода к международному регулированию химических веществ, и что Ассамблея здравоохранения в резолюции WHA59.15 о Стратегическом подходе к международному регулированию химических веществ призвала государства-члены участвовать в национальных, региональных и международных усилиях по осуществлению Стратегического подхода;

учитывая новые проблемы и факторы, определяющие здоровье, и необходимость дополнительных действий в целях предотвращения и защиты здоровья людей и окружающей среды;

признавая риски для здоровья людей и окружающей среды, обусловленные вышедшими из употребления пестицидами и другими вышедшими из употребления химическими веществами, особенно в результате локальных и глобальных химических аварий и бедствий;

признавая также риски для здоровья людей и окружающей среды, обусловленные вышедшими из употребления пестицидами и другими вышедшими из употребления химическими веществами, в сочетании с созданием запасов, обусловленных их регулированием (как, например, изъятие из системы сбыта без соблюдения соответствующего периода сворачивания производства и использования), что может привести к дальнейшему распространению на глобальном уровне практики хранения этих химических веществ, не соответствующей требованиям;

ссылаясь на тот факт, что подверженность людей и окружающей среды воздействию вышедших из употребления пестицидов и других вышедших из употребления химических веществ может быть также обусловлена их переносом на дальние расстояния;

признавая угрозу небезопасного хранения вышедших из употребления пестицидов и других вышедших из употребления химических веществ, которые в

---

<sup>1</sup> Основные цели Базельской конвенции заключаются в контроле и сокращении масштабов трансграничных перевозок опасных и других отходов, которые подпадают под действие Конвенции, предотвращении и сведении до минимума их производства, экологически безопасном регулировании таких отходов и содействии передаче и использованию более чистых технологий.

силу их противозаконного использования, повреждения тары или аварий могут явиться причиной локального или крупномасштабного загрязнения и представлять собой потенциальный риск для здоровья людей и окружающей среды;

учитывая четкие данные, свидетельствующие о том, что в результате безопасного и эффективного восстановления, повторного использования или рециркуляции и удаления вышедших из употребления пестицидов и других вышедших из употребления химических веществ можно получить, как ожидается, помимо экологических преимуществ, и экономические выгоды;

признавая прогресс, достигнутый африканскими странами в отношении вышедших из употребления пестицидов по линии межучрежденческой Африканской программы регулирования запасов, при поддержке ФАО, Глобального экологического фонда, Всемирного банка и других партнеров;

приветствуя работу по линии Базельской конвенции о контроле за трансграничной перевозкой опасных отходов и их удалением в разработке технических руководящих принципов по экологически безопасному удалению отходов, содержащих стойкие органические загрязнители;

признавая далее, что эффективной может быть только всеобъемлющая и долгосрочная стратегия безопасного регулирования вышедших из употребления пестицидов и других вышедших из употребления химических веществ,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены<sup>1</sup>:

(1) принять, в случае необходимости, или укрепить обоснованную национальную политику и законодательство по безопасному обращению и удалению вышедших из употребления пестицидов и других вышедших из употребления химических веществ;

(2) принять, где это еще не сделано в контексте Стокгольмской конвенции о стойких органических загрязнителях и других существующих договоров, всесторонние национальные планы осуществления или иные стратегии в качестве основы для принятия мер в интересах устранения рисков, обусловленных вышедшими из употребления пестицидами и другими вышедшими из употребления химическими веществами;

(3) укрепить социальную ответственность путем повышения осведомленности в вопросах, касающихся вышедших из употребления пестицидов и других вышедших из употребления химических веществ и химических веществ с потенциальными трансграничными рисками для здоровья человека;

(4) расширить поддержку в области подготовки кадров и создания потенциала и координируемую техническую деятельность по осуществлению важных международных конвенций и договоров;

---

<sup>1</sup> И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

(5) поощрять и продвигать сотрудничество между государствами-членами в этом отношении;

(6) создавать и укреплять потенциал безопасного регулирования пестицидов и других химических веществ в течение всего их жизненного цикла в качестве превентивной меры во избежание накопления вышедших из употребления химических веществ;

2. ПРЕДЛАГАЕТ всем соответствующим заинтересованным сторонам, включая государства-члены, региональные организации экономической интеграции, организации системы Организации Объединенных Наций и другие межправительственные организации, включая региональные, международные и национальные неправительственные организации и фонды, компании по удалению отходов, производителей пестицидов, доноров и остальные круги международного сообщества:

(1) содействовать безопасному регулированию вышедших из употребления пестицидов и других вышедших из употребления химических веществ в целях сведения к минимуму и, по возможности, предотвращения неблагоприятного воздействия на здоровье людей и окружающую среду;

(2) мобилизовать усилия и сотрудничать с другими заинтересованными сторонами в реализации национальных планов и стратегий осуществления, среди прочего, в рамках местных, региональных и глобальных сетей;

(3) рассмотреть синергизм, получаемый в результате обмена техническим опытом и знаниями, а также усилий по созданию потенциала в рамках международных договоров, конвенций, правил и процессов;

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) оказать поддержку в разработке соответствующих и эффективных стратегий (на национальном, региональном и международном уровнях) в целях сведения к минимуму рисков, обусловленных вышедшими из употребления пестицидами и другими вышедшими из употребления химическими веществами, и тем самым содействовать более широкому продвижению соответствующих программных целей ВОЗ и практической деятельности;

(2) расширить возможности ВОЗ по укреплению стратегий, перечисленных в подпункте 3(1), выше;

(3) содействовать осуществлению стратегий безопасного регулирования вышедших из употребления пестицидов и других вышедших из употребления химических веществ в целях снижения уровня неравенств в отношении здоровья и создания свободной от загрязнителей окружающей среды для жизни людей;

(4) сотрудничать с ЮНЕП в связи с Инициативой ВОЗ/ЮНЕП в области взаимодействия здоровья и окружающей среды и Стратегическим подходом к международному регулированию химических веществ, а также с ПРООН, ФАО, Всемирным банком и другими соответствующими учреждениями в оказании помощи государствам-членам в осуществлении их национальных стратегий и существующих руководящих принципов, например по линии Базельской конвенции о контроле за трансграничной перевозкой опасных отходов и их удалением<sup>1</sup> и стратегий безопасного регулирования вышедших из употребления пестицидов и других вышедших из употребления химических веществ на глобальном уровне;

(5) включить вышедшие из употребления пестициды и другие вышедшие из употребления химические вещества в число приоритетов ВОЗ в целях сокращения и предотвращения рисков для здоровья людей и окружающей среды, обусловленных их неблагоприятным воздействием и оказывать поддержку в работе по их безопасному удалению;

(6) обеспечить полную поддержку ВОЗ деятельности секретариата Стратегического подхода к международному регулированию химических веществ;

(7) поддержать нынешние совместные усилия ФАО и ВОЗ по укреплению потенциала государств-членов в области безопасного регулирования пестицидов;

(8) представить Шестидесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет доклад о ходе работы по осуществлению настоящей резолюции.

(Одиннадцатое заседание, 22 января 2010 г.)

---

<sup>1</sup> Технические руководящие принципы безопасного удаления вышедших из употребления пестицидов <http://www.basel.int/meetings/sbc/workdoc/techdocs.html>:

- Обновленные общие технические руководящие принципы экологически обоснованного регулирования отходов, состоящих из стойких органических загрязнителей, содержащих их или загрязненных ими,
- Технические руководящие принципы экологически обоснованного регулирования отходов, состоящих из 1,1,1-трихлоро-2,2-bis(4-хлорфенил)этана (ДДТ), содержащих его или загрязненных им,
- Технические руководящие принципы экологически обоснованного регулирования отходов, состоящих из пестицидов альдрина, хлордана, дильдрина, эндрина, гептахлора, гексахлорбензола (ГХБ), мирекса или токсафера или ГХБ как промышленного химиката, содержащих эти пестициды или загрязненных ими.

**ЕВ126.R14      Наличие, безопасность и качество продуктов крови<sup>1</sup>**

Исполнительный комитет,

рассмотрев доклад о наличии, безопасности и качестве продуктов крови<sup>2</sup>,

РЕКОМЕНДУЕТ Всемирной ассамблее здравоохранения принять следующую резолюцию,

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

напоминая резолюцию WHA58.13 о безопасности крови с предложением учредить Всемирный день донора крови, а также соответствующие предыдущие резолюции после принятия резолюции WHA28.72 об использовании крови человека и продуктов крови, в которых государствам-членам настоятельно предлагается содействовать полному осуществлению хорошо организованных, координируемых в национальных масштабах и устойчивых программ по крови с надлежащими системами регулирования и принять эффективное законодательство, определяющее работу служб крови;

признавая тот факт, что достижение, если этому не препятствуют особые обстоятельства, самообеспеченности по запасам безопасных компонентов крови, основанные на добровольном безвозмездном донорстве крови, и безопасность этих запасов, являются важными национальными задачами по предупреждению нехватки крови и по удовлетворению потребностей больных в переливании крови;

осознавая тот факт, что получаемые из плазмы медицинские препараты для лечения гемофилии и иммунных заболеваний включены в Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств<sup>3</sup>, а также необходимость содействовать доступу развивающихся стран к этим продуктам;

выражая обеспокоенность по поводу существующего во всем мире неравного доступа к продуктам крови, в особенности к получаемым из плазмы медицинским препаратам, в результате чего многие пациенты, нуждающиеся в переливании крови, с острыми врожденными и приобретенными нарушениями остаются без адекватного лечения;

---

<sup>1</sup> Термин "продукты крови" определяется Комитетом экспертов по биологической стандартизации следующим образом: "любые терапевтические субстанции, получаемые из крови человека, включая цельную кровь, лабильные компоненты крови и медицинские препараты на основе плазмы".

<sup>2</sup> Документ ЕВ 126/19.

<sup>3</sup> В Примерном перечне ВОЗ основных лекарственных средств указаны отдельные лекарственные средства, которые в своей совокупности могут обеспечить безопасное и эффективное лечение большинства инфекционных и неинфекционных заболеваний. Данный Перечень включает получаемые из плазмы иммуноглобулины и факторы свертываемости крови, которые необходимы для профилактики и лечения разнообразных серьезных состояний, возникающих во всем мире (<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>).

осознавая, что одним из основных факторов, ограничивающих наличие в мире полученных из плазмы медицинских препаратов, являются неадекватные поставки плазмы, удовлетворяющей признанным в международных масштабах стандартам для фракционирования;

памятуя о том, что лечение с помощью лабильных компонентов крови постепенно включается в медицинскую практику развивающихся стран и что в связи с этим должны иметься в наличии большие количества восстановленной плазмы для фракционирования в получаемые из плазмы медицинские препараты для удовлетворения их потребностей;

обеспокоенная тем, что в развивающихся странах отсутствуют технология выделения компонентов крови и возможности для фракционирования, и из-за недостаточных регулирующих мер контроля и неспособности осуществлять надлежащую практику в учреждениях службы крови, плазма, полученная из развивающихся стран, часто непригодна для контрактного фракционирования, что приводит к значительному расточительству плазмы;

убежденная в том, что обеспечение пригодности плазмы для фракционирования требует создания координируемой в национальных масштабах и устойчивой программы по плазме в рамках надлежащим образом организованной, юридически оформленной и регулируемой национальной программы по крови;

признавая, что имеющиеся возможности для сбора плазмы являются ограниченными и не будут достаточны для производства основных лекарственных средств в достаточном объеме для удовлетворения глобальных потребностей, необходимо, чтобы все страны располагали возможностями на местах для сбора плазмы приемлемого уровня качества и безопасности в рамках добровольного и безвозмездного донорства в целях удовлетворения их потребностей;

убежденная в том, что фракционирование должно осуществляться как можно ближе к источнику и что в тех случаях, когда возможности фракционирования плазмы в стране отсутствуют, должна иметься возможность использования возможностей для фракционирования в других странах, обеспечивая доступность запасов, получаемых из плазмы медицинских препаратов, для удовлетворения местных потребностей в стране, являющейся поставщиком плазмы;

признавая, что доступ к информации о стратегиях обеспечения поставок продуктов крови в количестве, достаточном для удовлетворения спроса, эффективным механизмам регулирующего контроля, ~~и~~ технологиям обеспечения качества и безопасности продуктов крови, руководящим принципам по надлежащему клиническому использованию продуктов крови и рискам, связанным с переливанием, становится все более необходимым;

учитывая, что добровольные и безвозмездные пожертвования крови могут способствовать высоким стандартам безопасности крови и компонентов крови, и осознавая, что безопасность продуктов крови зависит от тестирования всей донорской крови на наличие инфекций, передаваемых в результате переливания, а также от правильной маркировки, хранения и транспортировки продуктов крови;

памятуя о том, что правильное обращение с кровью пациентов означает необходимость принять все разумные меры для оптимизации объема собственной крови пациента до операции, сведения к минимуму потери крови пациентом и для учета и оптимизации конкретной физиологической толерантности пациента к анемии в соответствии с руководством ВОЗ по оптимальному клиническому использованию (три основных принципа обращения с кровью пациентов);

признавая, что чрезмерное и ненужное применение переливаний, и получаемых из плазмы медицинских препаратов, небезопасная практика переливания крови и ошибки (особенно у постели больного) подвергают серьезному риску безопасность больных;

обеспокоенная тем, что небезопасные продукты крови и/или продукты крови низкого качества могут сделать пациентов уязвимыми к предотвратимым факторам риска, если программы по крови не подвергаются такому уровню контроля, который в настоящее время применяется опытными национальными или региональными органами регулирования;

встревоженная тем, что пациенты в развивающихся странах по-прежнему подвергаются риску предотвратимого инфицирования в результате переливания крови возбудителями заболеваний, таких как вирус гепатита В, вирус гепатита С и ВИЧ;

отмечая возрастающие объемы трансграничного перемещения продуктов крови и диагностических устройств *in vitro*, связанных с безопасностью крови, наряду с их быстрым развитием и внедрением в системы здравоохранения как развитых, так и развивающихся стран;

признавая высокое значение международных биологических референс-материалов (Международных стандартов ВОЗ) для контроля качества продуктов крови и связанных с ними диагностических устройств *in vitro*, для выявления известных и возникающих возбудителей заболеваний, переносимых с кровью;

убежденная в том, что прослеживаемость на всех стадиях приготовления продуктов крови от донора до реципиента и наоборот имеет важное значение для выявления рисков, особенно рисков передачи возбудителей заболеваний и трансфузионных реакций, а также для мониторинга эффективности корректирующих мер, направленных на сведение к минимуму таких рисков;

убежденная в том, что необходимо внедрять передовой опыт для привлечения добровольных, безвозмездных здоровых доноров крови и плазмы из групп доноров с низким риском; и тестирования всей донорской крови на наличие передаваемых при переливании возбудителей заболеваний, и что вся цепочка процессов производства продуктов крови, т.е. правильная обработка, маркировка, хранение и транспортировка должна быть охвачена соответствующими надежными системами обеспечения качества;

признавая, что строгий регулирующий контроль имеет жизненно важное значение для обеспечения качества и безопасности продуктов крови, а также соответствующих диагностических устройств *in vitro*, и что необходимо предпринять

особые усилия для укрепления во всем мире технических возможностей регулирующих органов, чтобы обеспечить надлежащий контроль во всем мире;

напоминая предыдущие резолюции Ассамблеи здравоохранения, в которых говорится о жизненно важной необходимости укрепить организации, занимающиеся проблемами крови, и обеспечить качество, безопасность и эффективность продуктов крови,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены<sup>1</sup>:

(1) предпринять все необходимые шаги для разработки, осуществления и поддержки координируемых в национальных масштабах, эффективно управляемых и устойчивых программ по крови и плазме в соответствии с наличием ресурсов с целью достижения самообеспеченности, если этому не препятствуют особые обстоятельства;

(2) предпринять все необходимые шаги для обновления своего национального законодательства, касающегося порядка проверки и сроков воздержания доноров, сбора, тестирования, обработки, хранения, транспортировки и применения продуктов крови, а также функционирования регулирующих органов для того, чтобы регулирующий контроль в области качества и безопасности продуктов крови по всей трансфузионной цепочке отвечал признанным в международных масштабах стандартам;

(3) создать системы обеспечения качества для обработки цельной крови и компонентов крови, установить надлежащую производственную практику для производства получаемых из плазмы медицинских препаратов и соответствующий регулирующий контроль;

(4) создать потенциал кадровых ресурсов посредством обеспечения начальной и непрерывной подготовки персонала для обеспечения качества работы служб крови и продуктов крови;

(5) повысить качество деятельности по оценке и регулированию в области продуктов крови и соответствующих медицинских устройств, включая диагностические устройства *in vitro*;

(6) создать или укрепить системы безопасного и рационального использования продуктов крови и обеспечить подготовку всего персонала, занимающегося клиническим переливанием крови, выполнять возможные решения в целях сведения к минимуму ошибок при переливании крови и повышения безопасности пациентов, содействовать распространению альтернативных методов трансфузии, включая, в тех случаях, когда это приемлемо, аутогемотрансфузию и правильному обращению с кровью пациентов;

(7) обеспечить надежность механизмов отчетности о серьезных или неожиданных побочных реакциях на донорскую кровь и плазму, а также на

---

<sup>1</sup> И, при необходимости, региональные организации экономической интеграции.

получение компонентов крови и медицинских продуктов из плазмы, включая передачу возбудителей заболеваний;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) направлять деятельность государств-членов по обеспечению соответствия признанным международным стандартам при обновлении своего законодательства, национальных стандартов и регулирующих положений в отношении эффективного контроля качества и безопасности продуктов крови и соответствующих медицинских устройств, включая диагностические устройства *in vitro*;

(2) предоставить рекомендации и создать потенциал в государствах-членах по руководству и управлению системами обеспечения крови в целях укрепления национальных скоординированных и устойчивых программ по крови и плазме, путем распространения передового опыта о наиболее успешных организационных структурах систем обеспечения крови в целях повышения эффективности и сведения к минимуму ошибок;

(3) усилить поддержку, оказываемую государствам-членам для разработки и укрепления своих национальных регулирующих органов и дозиметрических лабораторий в целях повышения их компетенции в области контроля продуктов крови и соответствующих медицинских устройств, включая диагностические устройства *in vitro*, а также содействовать созданию региональных сотрудничающих и регулирующих сетей в случае необходимости и целесообразности;

(4) обеспечить устойчивую разработку и предоставление международных биологических референс-материалов (Международных стандартов ВОЗ) для использования при контроле качества и регулировании продуктов крови и соответствующих диагностических устройств *in vitro*;

(5) улучшать доступ развивающихся стран к международным биологическим референс-материалам и к научной информации, полученной при их валидации, чтобы обеспечить надлежащее использование этих материалов;

(6) разработать, предоставить и распространить руководство и оказать техническую поддержку в укреплении национальных скоординированных программ по крови и плазме, а также во внедрении технологии по выделению компонентов крови и фракционированию плазмы для удовлетворения местных потребностей и содействовать эффективному регулированию за работой служб крови и применением надлежащей практики производства в программах по фракционированию плазмы под контролем регулирующих органов;

(7) обеспечить руководство, подготовку кадров и оказание поддержки государствам-членам в безопасном и рациональном использовании продуктов крови и оказать поддержку внедрению альтернативных методов трансфузии, включая, в тех случаях, когда это приемлемо, аутогемотрансфузию, безопасной практики переливания крови и правильного обращения с кровью пациентов;

(8) способствовать научным исследованиям в области новых технологий для производства безопасных и эффективных заменителей крови;

(9) регулярно, по крайней мере раз в четыре года, информировать Ассамблею здравоохранения через Исполнительный комитет о действиях, предпринятых государствами-членами и другими партнерами во исполнение данной резолюции.

(Двенадцатое заседание, 22 января 2010 г.)

**ЕВ126.R15 Ускорение прогресса в достижении 4-ой Цели тысячелетия в области развития – Сокращения детской смертности: профилактика и лечение пневмонии**

Исполнительный комитет,

рассмотрев доклад о лечении и профилактике пневмонии<sup>1</sup>,

РЕКОМЕНДУЕТ Всемирной ассамблее здравоохранения принять следующую резолюцию,

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

учитывая совместный доклад ВОЗ/ЮНИСЕФ о глобальном плане действий по профилактике пневмонии и борьбе с ней, представленный в ноябре 2009 г.<sup>2</sup>;

отмечая первое предварительное рыночное обязательство в отношении пневмококковой вакцины и достигнутый к настоящему времени прогресс в деле включения вакцины против *Haemophilus influenzae* типа b в плановые программы иммунизации;

отмечая также введение Планов по ускоренной разработке и внедрению пневмококковой вакцины;

напоминая, что в резолюции WHA58.15 о глобальной стратегии иммунизации Генеральному директору предлагается мобилизовать ресурсы для содействия обеспечению наличия и экономической доступности в странах будущих новых вакцин на основе фактических данных об эпидемиологических характеристиках;

будучи обеспокоенной отсутствием существенного прогресса на пути сокращения заболеваемости и смертности от пневмонии, несмотря на то, что она в глобальном масштабе является ведущей причиной смертности детей в возрасте до пяти лет;

сознавая, что сокращение глобального бремени пневмонии будет иметь важное значение для решения Задачи 4.A 4-ой Цели тысячелетия в области развития;

---

<sup>1</sup> Документ ЕВ126/40.

<sup>2</sup> Документ WHO/FCH/САН/NCH/09.04.

отмечая, что существуют безопасные и высокоэффективные средства борьбы с пневмонией в виде подхода ВОЗ по комплексному лечению детских болезней для ведения случаев заболевания на всех уровнях, всеобщая иммунизация детей против инфекций *Haemophilus influenza* типа b и *Streptococcus pneumoniae*, улучшение питания и увеличение низкой массы тела при рождении, борьба с загрязнением воздуха внутри помещений, вызванным использованием домашними хозяйствами твердого топлива и вторичным табачным дымом в домашних хозяйствах, а также профилактика и лечение ВИЧ-инфекции;

отмечая далее, что приемлемая цена вакцин, используемых в профилактике пневмонии, и значительное расширение емкости холодовых цепей обуславливают принятие и осуществление программ вакцинации, особенно в развивающихся странах;

будучи обеспокоенной тем, что пневмония в глобальном масштабе по-прежнему ежегодно вызывает более 1,8 миллиона предупреждаемых случаев смерти детей в возрасте до пяти лет;

отмечая, что Альянс ГАВИ и другие доноры предоставили существенные ресурсы, и что Международный финансовый механизм в поддержку иммунизации и Обратный фонд иммунизации ПАОЗ являются мощными механизмами для направления ресурсов в программы иммунизации;

приветствуя вклад в мобилизацию ресурсов для развития добровольных инновационных инициатив в области финансирования, осуществляемых группами государств-членов;

отмечая, кроме того, что усилия по укреплению потенциала систем здравоохранения по эффективному выявлению и ведению пневмонии, вероятно, внесут также позитивный вклад в усилия по достижению 5-ой Цели тысячелетия в области развития (Улучшение охраны материнства);

сознавая, что в результате пандемии гриппа (H1N1) - 2009 возросла информированность относительно необходимости общесистемного укрепления мер ведения серьезных острых респираторных инфекций, и, отмечая, что вследствие этого будет своевременно опереться на инвестиции, произведенные в связи с пандемией, и продолжить усилия по обеспечению того, чтобы больные острыми респираторными заболеваниями получали незамедлительное и эффективное лечение,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

(1) применять, в соответствии со своими конкретными условиями, меры политики, стратегии и средства, рекомендованные ВОЗ для профилактики и лечения пневмонии;

(2) разработать основанные на фактических данных национальные меры политики и оперативные планы по укреплению систем здравоохранения в целях расширения охвата групп риска эффективными профилактическими и лечебными мероприятиями;

(3) проводить эффективную и своевременную оценку результатов осуществления программ, включая охват мероприятиями и их воздействие, и использовать эти оценки для пополнения базы данных ВОЗ о характеристиках стран;

(4) выявлять национальные и международные ресурсы, как кадровые, так и финансовые, для укрепления систем здравоохранения и предоставления технической поддержки, чтобы обеспечить осуществление наиболее подходящих на местном уровне и в эпидемиологическом отношении стратегий и охват целевых групп населения;

(5) осуществлять рекомендации, содержащиеся в совместном глобальном плане действий ВОЗ/ЮНИСЕФ по профилактике пневмонии и борьбе с ней, учитывая значение:

(a) иммунизации путем ускорения принятия приемлемых по цене и эффективных по затратам вакцин на основе фактических данных о национальных эпидемиологических характеристиках;

(b) ведения случаев заболевания на уровне населения, центров здравоохранения и больниц;

(c) исключительно грудного вскармливания в течение шести месяцев;

(d) улучшения питания и предупреждения низкой массы тела при рождении;

(e) борьбы с загрязнением воздуха внутри помещений; и

(f) профилактики и ведения ВИЧ-инфекции;

(6) поддерживать комплексные подходы к профилактике и лечению пневмонии посредством многосекторального сотрудничества и проявления ответственности и участия населения;

## 2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) укреплять кадровые ресурсы в области профилактики пневмонии и борьбы с ней на всех уровнях, особенно на страновом уровне, повышая таким образом потенциал страновых бюро ВОЗ в оказании поддержки национальным программам здравоохранения в целях координации деятельности партнеров по профилактике пневмонии и борьбе с ней;

(2) собрать на форуме заинтересованные государства-члены, организации системы Организации Объединенных Наций, Альянс ГАВИ, советы по медицинским исследованиям и другие заинтересованные участвующие стороны в целях улучшения координации между различными участниками в борьбе против пневмонии и мобилизации ресурсов для содействия обеспечению наличия вакцин против *Haemophilus influenzae* типа b и пневмококковых вакцин;

(3) расширить охват доклада, представляемого Ассамблее здравоохранения через Исполнительный комитет, о ходе работ по достижению Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем, который был запрошен в резолюции WHA61.18, включив в него ход осуществления настоящей резолюции, начиная с Шестьдесят четвертой сессии Ассамблеи здравоохранения.

(Двенадцатое заседание, 22 января 2010 г.)

## **EB126.R16      Вирусный гепатит**

Исполнительный комитет,

рассмотрев доклад о вирусном гепатите<sup>1</sup>,

РЕКОМЕНДУЕТ Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения принять следующую резолюцию:

Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о вирусном гепатите;

принимая во внимание тот факт, что приблизительно 2 миллиарда человек инфицированы вирусом гепатита В и что около 350 миллионов человек страдают хронической формой этой болезни;

учитывая, что гепатит С по-прежнему не поддается профилактике с помощью вакцинации и что примерно 80% случаев инфицирования вирусом гепатита С приобретают хроническую форму;

учитывая важное значение вирусного гепатита как проблемы общественного здравоохранения в глобальном масштабе и необходимость ведения как среди правительств, так и среди населения информационно-пропагандистской работы для принятия мер, направленных на укрепление здоровья, профилактику, диагностику и лечение данной болезни;

выражая обеспокоенность по поводу отсутствия прогресса в профилактике и борьбе с вирусным гепатитом в развивающихся странах, в частности в странах Африки к югу от Сахары, из-за отсутствия доступа к приемлемым по цене формам лечения, а также комплексного подхода к ведению этой болезни;

учитывая необходимость глобального подхода ко всем формам вирусного гепатита - с особым акцентом на вирусные гепатиты В и С, которые характеризуются более высокими показателями заболеваемости;

---

<sup>1</sup> Документ EB126/15.

напоминая о том, что одним из путей передачи вирусов гепатита В и С является парентеральный и что Ассамблея здравоохранения в резолюции WHA28.72 об использовании крови человека и продуктов крови и обеспечении ими рекомендовала создать национальные государственные службы донорства крови, а в резолюции WHA58.13 согласилась на учреждение ежегодного Всемирного дня донора крови, а также что в обеих резолюциях Ассамблея здравоохранения признала необходимость наличия безопасной крови для реципиентов крови;

вновь подтверждая резолюцию WHA45.17 по иммунизации и качеству вакцин, которая призывала государства-члены к включению вакцин против гепатита В в национальные программы иммунизации;

принимая во внимание необходимость снижения уровня смертности от рака печени, а также тот факт, что вирусный гепатит является причиной 78% случаев первичного рака печени;

учитывая наличие обеспечивающих возможность взаимодействия связей между мерами профилактики и борьбы в отношении вирусного гепатита и таких инфекционных болезней, как ВИЧ и другие сопутствующие инфекции, передающиеся половым путем и через кровь;

признавая необходимость снижения заболеваемости в целях профилактики вирусного гепатита и борьбы с ним, расширения доступа к правильной диагностике и обеспечения надлежащих программ лечения во всех регионах,

1. ПОСТАНОВЛЯЕТ проводить 28 июля Всемирный день борьбы против гепатита в целях обеспечения возможности для просветительной работы и большего осознания значения вирусного гепатита как глобальной проблемы общественного здравоохранения, а также активизации действий государств-членов по усилению мер профилактики и борьбы с этой болезнью;

2. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

(1) внедрить и/или усовершенствовать системы эпидемиологического надзора в целях получения надежной информации для руководства мерами профилактики и борьбы;

(2) поддержать или обеспечить условия для комплексного и экономичного подхода к профилактике, борьбе и ведению вирусного гепатита с учетом взаимосвязей с такой сопутствующей коинфекцией, как ВИЧ, путем многосекторального сотрудничества между учреждениями здравоохранения и образовательными учреждениями, неправительственными организациями и гражданским обществом, включая меры по укреплению безопасности и качества и регулирования систем обеспечения кровью;

- (3) обеспечить использование с учетом конкретных условий политики, стратегий и инструментов, рекомендованных ВОЗ, в целях определения и осуществления мер профилактики, диагностики и оказания помощи лицам, страдающим вирусным гепатитом;
- (4) укреплять национальные системы здравоохранения в целях обеспечения профилактики вирусного гепатита и эффективной борьбы с ним с помощью содействия укреплению здоровья и национального эпиднадзора, включая инструменты для профилактики, диагностики и лечения вирусного гепатита, вакцинации, информации, коммуникации и безопасности инъекций;
- (5) обеспечить стратегии вакцинации, меры по борьбе с инфекцией и средства обеспечения безопасности инъекций для работников здравоохранения;
- (6) использовать национальные и международные ресурсы, как людские, так и финансовые, для оказания технической поддержки в целях укрепления систем здравоохранения для надлежащего обеспечения местного населения самыми эффективными и приемлемыми по цене мероприятиями, отвечающими потребностям с учетом эпидемиологической ситуации на местах;
- (7) рассмотреть при необходимости национальные законодательные механизмы для использования возможностей гибкого реагирования, содержащихся в Соглашении по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности, в целях расширения доступа к конкретной фармацевтической продукции<sup>1</sup>;
- (8) рассмотреть при необходимости возможность использования существующих административных и правовых средств для содействия расширению доступа к методам профилактики, диагностики и лечения вирусного гепатита;
- (9) разработать и внедрить инструменты мониторинга и оценки в отношении мер профилактики, диагностики и лечения;
- (10) пропагандировать проведение ежегодно 28 июля Всемирного дня борьбы против гепатита или в иной день или дни, которые могут быть определены для этой цели по решению отдельных государств-членов;

---

<sup>1</sup> Генеральный совет ВТО в своем Решении от 30 августа 2003 г. ("О реализации параграфа 6 принятой в Дохе Декларации относительно Соглашения по ТРИПС и общественного здравоохранения") постановил, что под "фармацевтической продукцией" понимается любой запатентованный продукт или продукт, изготовленный с помощью запатентованного процесса, в фармацевтическом секторе, необходимый для решения проблем общественного здравоохранения, как указано в параграфе 1 Декларации. При этом понимается, что это включает активные ингредиенты, необходимые для его изготовления, и диагностические наборы, необходимые для его использования".

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

- (1) разработать в сотрудничестве с государствами-членами необходимые руководящие принципы, ограниченные по времени цели, стратегии и инструменты в целях профилактики вирусного гепатита и борьбы с ним;
- (2) оказывать необходимую поддержку в проведении научных исследований, касающихся профилактики, диагностики и лечения вирусного гепатита;
- (3) улучшить оценку экономических последствий и оценивать бремя вирусного гепатита в мире;
- (4) оказывать в соответствующих случаях поддержку государствам-членам с ограниченными ресурсами в проведении мероприятий в ознаменование Всемирного дня борьбы против гепатита;
- (5) предложить международным организациям и финансовым учреждениям оказывать поддержку по укреплению потенциала развивающихся стран для расширения использования надежных методов диагностики и лечения, соответствующих эпидемиологической ситуации и системам здравоохранения на местах;
- (6) призывать международные организации и финансовые учреждения выделять ресурсы на профилактику вирусного гепатита и борьбу с ним, обеспечивая странам техническую поддержку на справедливой, максимально эффективной и подходящей основе;
- (7) сотрудничать с другими организациями системы Организации Объединенных Наций, партнерами, международными организациями и другими соответствующими заинтересованными сторонами в расширении доступа к приемлемым по цене методам лечения в развивающихся странах;
- (8) представить Шестидесятой пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет доклад о ходе работ по выполнению этой резолюции.

(Тринадцатое заседание, 23 января 2010 г.)

**ЕВ126.R17      Отношения с неправительственными организациями<sup>1</sup>**

Исполнительный комитет,

рассмотрев доклад своего Постоянного комитета по неправительственным организациям<sup>2</sup>,

1. ПОСТАНОВЛЯЕТ установить официальные отношения ВОЗ с Международным инсулиновым фондом, Международной федерацией по спасению жизни, «Каритас Интернационалис», Глобальной сетью людей, живущих с ВИЧ/СПИДом "Стихтинг" (GNP+), Международным комитетом по мониторингу вспомогательных репродуктивных технологий и с Международной сетью по лечению и исследованию рака;
2. ПОСТАНОВЛЯЕТ отложить рассмотрение заявления Международного союза по физическим и инженерным наукам в медицине до тех пор, пока не будет согласован новый план работы, и рекомендует продолжить рабочие отношения;
3. ПОСТАНОВЛЯЕТ прекратить официальные отношения с Всемирной ассоциацией по муковисцидозу, Международной ассоциацией по охране здоровья подростков, Международным обществом гематологии и Всемирной ассоциацией девушек-гидов и девушек-скаутов;
4. ПОСТАНОВЛЯЕТ временно приостановить официальные отношения с Ассоциацией институтов и школ тропической медицины в Европе и Международным союзом охраны природы и природных ресурсов до тех пор, пока они не представят на рассмотрение Исполнительного комитета доклад о сотрудничестве с ВОЗ или, в зависимости от ситуации, о состоянии их отношений с ВОЗ начиная с 2006 года.

(Тринадцатое заседание, 23 января 2010 г.)

---

<sup>1</sup> См. Приложение 5, а также Приложение 7 в отношении финансовых и административных последствий для Секретариата этой резолюции.

<sup>2</sup> Документ ЕВ126/28.

## РЕШЕНИЯ

### **ЕВ126(1) Назначение членов Независимого консультативного надзорного комитета экспертов**

Исполнительный комитет, рассмотрев доклад Секретариата о назначении членов Независимого консультативного комитета экспертов<sup>1</sup>, и ссылаясь на круг ведения данного Комитета<sup>2</sup>, принял решение о назначении членами Независимого консультативного надзорного комитета экспертов г-жи Marion Cowden (Австралия/Новая Зеландия), г-на John Fox (Соединенные Штаты Америки), г-на Graham Miller (Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии), г-жи Hélène Ploix (Франция) и г-на Veerathai Santiprabhob (Таиланд).

(Десятое заседание, 22 января 2010 г.)

### **ЕВ126(2) Назначение представителей Исполнительного комитета на Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения**

Исполнительный комитет, в соответствии с решением ЕВ125(4) от 23 мая 2009 г. и пунктом 1 резолюции ЕВ59.R7, назначил своего Председателя, д-ра S. Zaramba (Уганда), *ex officio*, и первых трех заместителей Председателя, д-ра E.R. Sedyaningsih (Индонезия), д-ра E. Giménez (Парагвай) и профессора Sohn Myongsei (Республика Корея), представителями Исполкома на Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Это было сделано при понимании того, что если кто-либо из этих членов не сможет присутствовать на Ассамблее здравоохранения, представлять Исполком может быть предложено другому заместителю Председателя – д-ру A.J. Mohamed (Оман) и Докладчику, профессору T. Milosavljevi  (Сербия).

(Двенадцатое заседание, 22 января 2010 г.)

### **ЕВ126(3) Предварительная повестка дня и продолжительность Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения**

Исполнительный комитет, рассмотрев доклад Генерального директора<sup>3</sup> о предварительной повестке дня Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, и ссылаясь на принятое ею ранее решение<sup>4</sup> о том, что Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения должна быть проведена во Дворце Наций в

---

<sup>1</sup> Документ ЕВ126/25.

<sup>2</sup> Резолюция ЕВ125.R1, Приложение.

<sup>3</sup> См. документ ЕВ126/27.

<sup>4</sup> Решение ЕВ125(6).

Женева, открыться в понедельник 17 мая 2010 г. и завершить свою работу не позднее субботы 22 мая 2010 г., и ссылаясь также на договоренность, достигнутую в ходе обсуждения пункта 7.4 по предварительной повестке дня на нынешней сессии, утвердил предварительную повестку дня Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения с внесенными в нее поправками и принял решение о том, что данная сессия Ассамблеи здравоохранения завершит свою работу не позднее пятницы 21 мая 2010 года.

(Двенадцатое заседание, 22 января 2010 г.)

**ЕВ126(4)      Дата и место проведения Сто двадцать седьмой сессии  
Исполнительного комитета**

Исполнительный комитет постановил, что его Сто двадцать седьмая сессия должна быть проведена в субботу 22 мая 2010 г. в Женеве.

(Двенадцатое заседание, 22 января 2010 г.)

**ЕВ126(5)      Обзор неправительственных организаций, состоящих  
в официальных отношениях с ВОЗ**

Исполнительный комитет, рассмотрев и приняв к сведению доклад своего Постоянного комитета по неправительственным организациям<sup>1</sup> в отношении обзора одной трети неправительственных организаций, состоящих в официальных отношениях с ВОЗ<sup>2</sup>, и в соответствии с решением ЕВ124(1), принял решения, изложенные ниже.

Положительно оценивая сотрудничество с ВОЗ и их постоянную поддержку в работе ВОЗ, Исполком постановил сохранить официальные отношения ВОЗ с неправительственными организациями, названия которых сопровождаются звездочкой в Приложении к данному докладу.

Принимая к сведению доклады, касающиеся их отношений с ВОЗ, Исполком решил сохранить официальные отношения с Международной ассоциацией медицинских регулирующих органов, Международной федерацией биомедицинских лабораторных наук, Международной федерацией клинической химии и лабораторной медицины, Международным обществом телемедицины и электронного здравоохранения, Международной организацией по борьбе против трахомы и Международной ассоциацией по эхинококкозу и просит представить в установленном порядке доклады о сотрудничестве с этими организациями в течение рассматриваемого периода и о результатах усилий по согласованию планов сотрудничества; полученные результаты должны быть представлены на рассмотрение Исполкома на его Сто двадцать восьмой сессии.

Отмечая успешные усилия по согласованию планов сотрудничества, Исполком постановил сохранить официальные отношения ВОЗ с Международной ассоциацией

---

<sup>1</sup> Документ ЕВ126/28.

<sup>2</sup> См. Приложение 5.

логопедов и фониатров, Международной коллегией нейропсихофармакологии и Международным союзом микробиологических обществ.

Принимая к сведению сообщение о том, что Секретариат внедрил информационную систему по управлению процессом подачи заявок неправительственных организаций о вступлении в официальные отношения с ВОЗ, Исполком призвал неправительственные организации, состоящие в официальных отношениях с ВОЗ, представлять свои данные для внесения в систему и обеспечивать их обновление, по крайней мере в связи с проведением обзора каждые три года.

(Тринадцатое заседание, 23 января 2010 г.)

**ЕВ126(6) Присуждение премии Фонда д-ра А.Т. Шуша**

Исполнительный комитет, рассмотрев доклад Комитета Фонда д-ра А.Т. Шуша, присудил премию Фонда д-ра А.Т. Шуша за 2010 г. д-ру Faissal A.R.M. Shaheen (Саудовская Аравия) за его значительный вклад в области общественного здравоохранения в Саудовской Аравии, в частности в отношении развития служб трансплантации почек и других органов. Лауреат получит денежную премию в долларах США, эквивалентную 2500 шв. франкам.

(Тринадцатое заседание, 23 января 2010 г.)

**ЕВ126(7) Присуждение премии здравоохранения Сасакавы**

Исполнительный комитет, рассмотрев доклад Группы по отбору кандидатов на Премию здравоохранения Сасакавы, присудил премию здравоохранения Сасакавы за 2010 г. д-ру Du Хуеринг (Китай) за ее выдающую новаторскую работу в области развития здравоохранения. Лауреат получит премию в размере 30 000 долл. США.

(Тринадцатое заседание, 23 января 2010 г.)

**ЕВ126(8) Присуждение премии Фонда здравоохранения Объединенных Арабских Эмиратов**

Исполнительный комитет, рассмотрев доклад Группы по отбору кандидатов на Премию Фонда здравоохранения Объединенных Арабских Эмиратов, присудил Премию Фонда здравоохранения Объединенных Арабских Эмиратов за 2010 г. Национальному центру по диабету, эндокринологии и генетике (Иордания) и Программе вмешательства в раннем детском возрасте Управления здравоохранения региона Алентежу (Португалия) за их выдающийся вклад в развитие здравоохранения. Каждый из лауреатов получит премию в размере 20 000 долл. США.

(Тринадцатое заседание, 23 января 2010 г.)

---

**EB126(9)      Присуждение Мемориальной премии д-ра ЛИ Чон-вука в области общественного здравоохранения**

Исполнительный комитет, рассмотрев доклад Группы по отбору кандидатов на Мемориальную премию д-ра ЛИ Чон-вука, присудил Мемориальную премию д-ра ЛИ Чон-вука за 2010 г. организации "Действия против СПИДа" (Сингапур) за ее выдающий вклад в научные исследования, а также профилактику, лечение и борьбу с ВИЧ/СПИДом. Лауреат получит премию в размере 85 000 долл. США.

(Тринадцатое заседание, 23 января 2010 г.)

---



# **ПРИЛОЖЕНИЯ**



## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### Врожденные пороки<sup>1</sup>

[EB126/10 – 3 декабря 2009 г.]

1. В мае 2009 г. Исполнительный комитет на своей Сто двадцать пятой сессии рассмотрел пункт повестки дня, посвященный врожденным порокам<sup>2</sup>. Исполком принял к сведению доклад на эту тему<sup>3</sup>, но отложил на нынешнюю сессию дальнейшее обсуждение проекта резолюции, представленного Китаем, Индией и Республикой Корея. Настоящий доклад представляет собой пересмотренный вариант представленного ранее доклада и отражает замечания, сделанные членами Исполкома. В документе EB126/10 Add.1 содержится проект резолюции, первоначально рассмотренный Исполкомом, а также отражающий замечания и предложения по этому проекту, сделанные членами Исполкома.

2. Цель настоящего доклада состоит в том, чтобы проинформировать участников дискуссии о врожденных пороках, в том числе об определениях, эпидемиологии, бремени болезней и мероприятиях по профилактике и оказанию помощи, а также о том, как эти мероприятия могут быть интегрированы в существующие службы здравоохранения.

#### ОПРЕДЕЛЕНИЕ

3. В *Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятый пересмотр* (МКБ-10), врожденные пороки включены в Класс XVII "Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения". Такие врожденные пороки, как врожденные нарушения обмена веществ и заболевания крови пренатального происхождения, включены в другие классы. Врожденные пороки можно определить как структурные или функциональные аномалии, включая метаболические нарушения, присутствующие с момента рождения. Считается, что термин "врожденные нарушения" имеет то же определение, и оба термина используются взаимозаменяемым образом<sup>4</sup>. Одиннадцатый пересмотр *Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем*, дает возможность пересмотреть существующую категорию.

4. Независимо от определения, врожденные пороки могут вызывать самопроизвольные аборты и мертворождения и являются значительными, но недостаточно признанными причинами смертности и инвалидности среди младенцев и детей младше пяти лет. Они могут быть угрожающими жизни, приводить к долгосрочной инвалидности и оказывать отрицательное воздействие на отдельных людей, семьи, системы здравоохранения и общества.

---

<sup>1</sup> См. резолюцию EB126.R6.

<sup>2</sup> См. документ EB125/2009/REC/1, протокол второго заседания, раздел 1.

<sup>3</sup> Документ EB125/7.

<sup>4</sup> *Management of birth defects and haemoglobin disorders: report of a joint WHO–March of Dimes meeting*, Женева, Швейцария. Май, 2006 г.

## **ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ И ГЛОБАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ БОЛЕЕ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА**

5. Врожденные нарушения являются распространенным состоянием. По оценкам ВОЗ, в 2004 г. приблизительно 260 000 случаев смерти во всем мире (приблизительно 7% всех случаев неонатальной смерти) были вызваны врожденными аномалиями<sup>1</sup>. Они наиболее заметны в качестве причины смерти в тех местах, где общие коэффициенты смертности являются более низкими, например в Европейском регионе ВОЗ, где до 25% случаев неонатальной смерти вызваны врожденными аномалиями.

6. В настоящее время нет обоснованных оценок числа детей, родившихся с серьезными врожденными нарушениями, вызванными генетическими или экологическими причинами. Наиболее серьезными врожденными нарушениями являются врожденные пороки сердца, нарушения развития нервной трубки и синдром Дауна. Гемоглобинопатии (включая талассемию и серповидно-клеточную анемию) и недостаточность глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы, которые не включены в определение врожденных аномалий, данное в МКБ-10, но включены в вышеупомянутую оценку, составляют 6% всех врожденных нарушений.

7. Значительные неопределенности остаются в отношении распространенности и смертности из-за врожденных нарушений, особенно в странах, в которых отсутствует адекватная регистрация случаев смерти. Однако эти цифры показывают, что рассмотрение распространенности и смертности в связи с врожденными аномалиями необходимо увязать с усилиями по выполнению задачи, содержащейся в четвертой Цели тысячелетия в области развития, которая состоит в сокращении на две трети коэффициентов смертности детей в возрасте до пяти лет в период между 1990 и 2015 годами.

## **ОБЩИЕ ПРИЧИНЫ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ**

8. Врожденные пороки являются разнообразной группой нарушений пренатального происхождения, которые могут быть вызваны одним дефектным геном, хромосомными нарушениями, многофакторным наследованием, экологическими тератогенными факторами и недостаточностью питательных микроэлементов. Материнские инфекции, такие как сифилис и краснуха, являются значительной причиной врожденных пороков в странах с низким и средним уровнями доходов. Материнские заболевания, такие как сахарный диабет, и такие состояния, как недостаточность йода и фолиевой кислоты, а также воздействие лекарственных средств или рекреационных веществ, включая алкоголь и табак, некоторых химических веществ в окружающей среде и высоких доз радиации, являются другими причинами, вызывающими врожденные пороки.

## **ПРОФИЛАКТИКА**

9. Широкий диапазон причин врожденных пороков означает необходимость разнообразных подходов к профилактике. Большинство врожденных пороков экологического происхождения могут быть предотвращены с помощью методов общественного здравоохранения, включая профилактику болезней, передаваемых половым

---

<sup>1</sup> *The global burden of disease: 2004 update*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 г.

путем, законодательный контроль за надлежащим обращением с токсичными химическими веществами (например, сельскохозяйственными химикатами), вакцинацию против краснухи и обогащение основных продуктов питания питательными микроэлементами (йодом, фолиевой кислотой). Профилактику можно рассматривать с точки зрения различных жизненных этапов (см. Добавление).

10. Предконцепционная помощь направлена на обеспечение оптимального физического и психического благополучия женщин и их партнеров с момента начала беременности и в ранний период беременности для содействия нормальному ходу беременности и рождению здорового ребенка. Она дает возможность своевременно применить первичную профилактику врожденных пороков, вызванных тератогенными факторами (включая вызванные врожденным сифилисом и краснухой), пороков, вызванных недостаточностью йода, нарушений развития нервной трубки (и, возможно, других пороков развития), а также хромосомных нарушений, связанных с возрастом матери (например, синдрома Дауна). Своевременное выявление риска наследственных болезней в семье и скрининг носителей с помощью генетического консультирования дает возможность супружеским парам ограничить размер семьи в случае наличия известного риска.

11. Профилактика во время беременности требует выявления и преодоления рисков. Некоторые из связанных с этим мероприятий и услуг могут поднять этические, правовые и социальные вопросы, а также могут иметь стоимостные последствия. Такие услуги включают пренатальный скрининг и диагностику врожденных пороков, селективное прекращение беременности и услуги по консультированию. Имеющиеся в настоящее время минимально инвазивные методы скрининга включают измерение метаболитов в материнской сыворотке. Отклоняющиеся от нормы уровни биохимических маркеров также связаны со структурными пороками плода, такими как синдром Дауна, нарушения развития нервной трубки и незаращения передней брюшной стенки. Показатель полноты выявления врожденных пороков в первом триместре беременности с применением биохимического скрининга улучшается, когда его проводят параллельно с ультразвуковым скринингом, включающим исследование воротникового пространства плода и другие методы ультразвуковой диагностики. Во втором семестре ультразвуковое исследование помогает выявлять значительные структурные пороки развития плода.

## **ВЫЯВЛЕНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ И УХОД**

12. Скрининг новорожденных на наличие врожденных пороков способствует их раннему выявлению, оптимальному лечению и уходу. Реализация программ скрининга новорожденных (физикальное обследование всех новорожденных, обследование на врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, серповидно-клеточные нарушения и дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы), а также соответствующее обучение работников первичного звена системы здравоохранения играют важную роль в улучшении диагностики и способствуют направлению младенцев с врожденными пороками для оказания надлежащей специализированной помощи. Большинство систем здравоохранения обладает практическими возможностями для физикального обследования всех новорожденных силами обученных работников первичной медико-санитарной помощи, что позволит выявлять и направлять к специалистам детей с различными типами врожденных пороков, включая дефекты развития сердечно-сосудистой системы, которые ассоциируются с высоким риском ранней смертности.

13. Лечебная помощь при врожденных пороках зависит от уровня развития служб здравоохранения. Она включает, в зависимости от показаний, консервативную терапию, хирургические вмешательства, реабилитацию и паллиативный уход.

14. Для ряда врожденных пороков, включая некоторые типичные моногенные функциональные дефекты, имеются эффективные методы консервативного лечения, позволяющие спасти жизнь ребенка. Среди примеров – лечение желтухи новорожденных, вызванной дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы или резус-несовместимостью, лечение врожденного гипотиреоза, серповидно-клеточных нарушений, талассемии, гемофилии, кистозного фиброза и других врожденных нарушений обмена веществ. К другим методам лечения относятся внутриматочная терапия и хирургическая коррекция в постнатальном периоде. В настоящее время в отдельных научно-исследовательских центрах проводится изучение и оценка этих методов в применении к ряду состояний (например, таких как врожденная диафрагмальная грыжа, врожденные пороки сердца, миеломенингоцеле, синдром фето-фетальной трансфузии).

15. Хирургия – это важный, но при этом крайне недостаточно используемый компонент услуг, необходимых для оказания помощи детям с врожденными пороками. Свыше 60% детей с врожденными пороками имеют аномалии лишь одного органа, системы или конечности. Многие врожденные пороки можно устранить, применяя экономически эффективные методы хирургической коррекции, которые позволяют спасти жизнь ребенку и улучшить долгосрочный прогноз. Среди примеров – хирургические вмешательства при таких аномалиях развития, как простые формы врожденных пороков сердца, расщелина губы и нёба, косопласть, врожденная катаракта, а также пороки развития желудочно-кишечного тракта и органов мочеполовой системы.

16. Соответствующее лечение также необходимо при таких нарушениях, которые проявляют себя уже после неонатального периода. Речь идет, в частности, о раннем выявлении и лечении соматических и психических (в том числе интеллектуальных) расстройств, а также при стойких нарушениях функций органов чувств. Для того чтобы такие дети имели возможность полноценного участия в социальной жизни, им необходим доступ к соответствующим услугам медицинской помощи и реабилитации.

17. При условии соответствующей подготовки работники учреждений первичной медико-санитарной помощи могут оказывать основные виды помощи детям с врожденными пороками; речь идет, в первую очередь, о распознавании врожденных пороков, диагностике типовых нарушений и выявлении связанных с ними функциональных ограничений. Таким образом, на уровне первичного звена системы здравоохранения можно проводить основные виды лечения и консультирования, с учетом семейных и местных условий и наличия соответствующих медицинских служб. Пациентов, которым не удастся поставить диагноз на первичном уровне, следует направлять на консультацию к специалистам.

## **ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

18. Услуги и вмешательства, направленные на профилактику и оказание помощи при врожденных пороках, должны являться неотъемлемой частью функционирующих служб здравоохранения, особенно относящихся к охране здоровья матерей и детей. Они должны сочетать наилучшую возможную помощь пациентам с реализацией профилактических

стратегий, включая просветительные мероприятия, предконцепционную помощь, скрининг населения, генетическое консультирование, а также доступ к диагностическим услугам. Стратегия должна предусматривать оказание услуг по профилактике и лечению врожденных пороков как компонент общего комплекса взаимосвязанных вмешательств по охране здоровья матерей и детей. В зависимости от потенциала системы здравоохранения страны спектр предоставляемых услуг должен выходить за рамки первичной помощи и включать акушерские, педиатрические, хирургические, лабораторные, рентгенологические и, если имеются, то и клиничко-генетические услуги в рамках вторичной и третичной медико-санитарной помощи.

19. Эффективное предоставление услуг по профилактике и оказанию лечебной помощи при врожденных пороках зависит от наличия ряда специализированных клинических и диагностических служб, а также от того, в какой мере системы первичной медико-санитарной помощи имеют возможность ими воспользоваться. Необходимо иметь базовый научно-практический потенциал по основным аспектам медицинской генетики, детской хирургии, визуальной диагностики и пренатальной медицины, с возможностью его наращивания по мере возникновения дополнительных потребностей. Обычные лабораторные службы (гематологические, микробиологические, биохимические) необходимо дополнять возможностями осуществления цитогенетической и ДНК-диагностики. Внедрение этих методов может потребовать проведения поэтапного процесса. С течением времени новые технологии будут позволять оказывать помощь более эффективно и экономично.

20. Разнообразие приоритетных условий, социальных структур, культурных особенностей и возможностей системы здравоохранения означает, что странам необходимо рассматривать весь спектр возможных услуг, оценивать масштабы затрат и относительную эффективность для того, чтобы делать выбор и определять последовательность шагов в процессе внедрения. Тем не менее, по этому вопросу до сих пор не имеется систематических рекомендаций. Секретариату ВОЗ принадлежит важная потенциальная роль в выявлении успешных моделей и предоставлении координированной информации по аспектам популяционной генетики для нужд должностных лиц, формирующих политику общественного здравоохранения.

## **ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ**

21. Ряд действий на уровне стран могут способствовать развитию услуг по профилактике и оказанию помощи при врожденных пороках. Эффективная профилактика требует, чтобы основные медико-санитарные подходы были интегрированы в системы здравоохранения, в частности в службы охраны здоровья матерей и детей. Многие из предложенных услуг и вмешательств уже сегодня доступны для стран с низким и средним уровнями доходов, а другие можно включать дополнительно, по мере определения потребностей и ресурсов.

22. Национальная программа по профилактике и оказанию помощи при врожденных пороках должна включать следующие основные компоненты:

- (а) Обеспечение политической приверженности со стороны руководителей и организаторов здравоохранения и предоставление адекватной управленческой поддержки.

- (b) Наличие основной сети соответствующих специализированных клинических и лабораторных служб, которые можно расширять в соответствии с потребностями.
- (c) Интеграция подходов по профилактике и оказанию помощи при врожденных пороках в деятельность структур первичной медико-санитарной помощи, с особым вниманием к службам охраны здоровья матерей и детей.
- (d) Базовое обучение и повышение квалификации медицинских работников, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи.
- (e) Организация санитарно-просветительных программ для населения в целом, а также для установленных групп высокого риска.
- (f) Разработка и внедрение эффективных механизмов, способствующих созданию общественных организаций в поддержку пациентов и родителей, и сотрудничество с ними в оказании помощи пациентам с врожденными пороками и их семьям.
- (g) Определение этических, правовых, религиозных и культуральных аспектов, имеющих отношение к организации надлежащих услуг для местного населения.
- (h) Внедрение и мониторинг программ скрининга населения, таких как сплошное обследование новорожденных, обследование лиц, вступающих в брак и планирующих иметь детей, а также скрининг во время беременности.
- (i) Создание рациональных систем эпиднадзора по врожденным порокам.<sup>1</sup>

23. Имеется необходимость в техническом руководстве по вопросам создания и укрепления национальных программ контроля врожденных пороков. Нижеперечисленные действия являются приоритетными для международного сообщества:

- (a) Достичь согласования в отношении имеющихся в настоящее время различных мнений о бремени экологических и наследственных врожденных пороков, используя материалы экспертных обзоров имеющихся данных в рамках пересмотра МКБ-10, и рассмотреть возможности расширения номенклатуры данных состояний за пределы тех групп, которые в настоящее время включены в классификацию врожденных аномалий.
- (b) Содействовать формированию законодательства и принятию мер общественного здравоохранения, направленных на то, чтобы свести к минимуму воздействие потенциально тератогенных инфекций, химических веществ и других экологических факторов риска на население, и особенно на беременных женщин.
- (c) Организовывать предоставление эффективных услуг на уровне местных сообществ и оказывать поддержку интеграции профилактики и оказания помощи при врожденных пороках в программы охраны здоровья матерей и детей. Поддерживать работу по предоставлению в распоряжение министерств здравоохранения

---

<sup>1</sup> Поддержка в этом отношении может быть получена путем сотрудничества с существующими системами эпиднадзора за врожденными пороками, в частности с такими, как: Международный информационный центр по эпиднадзору и исследованиям врожденных пороков (ICBDSR), который включает систему ECLAMC (Латиноамериканское сотрудничество по исследованиям врожденных пороков); действующая при поддержке ВОЗ База данных по черепно-лицевым порокам развития; система EUROCAT (Европейская система регистрации врожденных пороков).

систематической оценки потребностей и расходов и оказывать содействие в выборе приоритетов.

(d) Выявлять модели успешной практики, применимые для стран с низким и средним уровнями доходов.

(e) Стимулировать и поддерживать международный обмен информации о проводимых программах профилактики и оказания помощи при врожденных пороках, с особым вниманием к развитию общих подходов, в частности оптимизации инструментов по обеспечению информации, обучению, экономическому анализу и эпиднадзору. Содействовать внедрению информационных технологий, с учетом их потенциала для повышения уровня экономической эффективности.

#### **ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА**

24. [В этом пункте Исполкому предлагается рассмотреть проект резолюции, принятый на седьмом заседании как резолюция EB126.R6.]

## Добавление

## ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ

Предконцепционная помощь	Помощь во время беременности	Помощь новорожденным и детям более старшего возраста
<p><b>Планирование семьи</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ознакомление женщин с принципом репродуктивного выбора</li> <li>• Снижение общего числа детей, рождаемых с пороками развития</li> <li>• Снижение доли матерей старших возрастных групп, что сокращает распространенность врожденных аутосомных трисомий, в частности синдрома Дауна</li> <li>• Предоставление женщинам с больными детьми возможности в последующем больше не иметь детей</li> </ul> <p><b>Предконцепционный скрининг и консультирование</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Использование данных семейного анамнеза, собранных в рамках первичной медико-санитарной помощи, для выявления лиц, подверженных риску рождения детей с пороками развития</li> <li>• Скрининг носителей на наиболее распространенные рецессивные аномалии (талассемия и серповидно-клеточные нарушения)</li> </ul> <p><b>Оптимизация питания женщин в период перед началом и в течение всей беременности</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Содействовать применению пищевой соли с добавлением йода в целях профилактики йододефицитных расстройств</li> <li>• Содействовать мерам по обогащению основных продуктов питания фолиевой кислотой, а также применению дополнительных поливитаминов, содержащих фолиевую кислоту, в целях профилактики дефектов нервной трубки и других аномалий развития</li> <li>• Избегать употребления алкоголя, табака и кокаина</li> <li>• Обеспечивать полноценный общий рацион питания (белки, калории, железо)</li> </ul> <p><b>Предупреждать и лечить инфекции, вызывающие пороки развития, перед началом и в течение всего периода беременности</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сифилис</li> <li>• Краснуха (67 стран не имеют национальных программ иммунизации против краснухи)</li> </ul> <p><b>Совершенствовать методы предконцепционной охраны здоровья матерей и оказания лечебной помощи</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• при инсулинозависимом диабете</li> <li>• женщинам, получающим лечение по поводу эпилепсии</li> <li>• женщинам, принимающим варфарин</li> </ul>	<p><b>Пренатальный скрининг по следующим аспектам:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Статус по резус-фактору</li> <li>• Сифилис</li> <li>• Выявление, с использованием данных семейного анамнеза, лиц с риском рождения детей с врожденными пороками</li> <li>• Синдром Дауна: старший возраст матери; исследование сыворотки крови матери; раннее ультразвуковое сканирование</li> <li>• Дефекты нервной трубки: исследование сыворотки крови матери</li> <li>• Значительные аномалии развития: ультразвуковое сканирование на предмет выявления пороков развития плода (при сроке беременности 18 недель и более)</li> <li>• Скрининг носителей на наиболее распространенные рецессивные аномалии (талассемия и серповидно-клеточные нарушения)</li> </ul> <p><b>Пренатальная диагностика</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ультразвук</li> <li>• Амниоцентез</li> <li>• Биопсия ворсин хориона</li> </ul> <p><b>Пренатальное лечение плода</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• При сифилисе</li> <li>• Внутриматочная трансфузия при анемии плода при отрицательном резус-факторе</li> </ul>	<p><b>Клиническое обследование новорожденных</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Клиническое обследование всех новорожденных силами обученных сотрудников на предмет выявления врожденных пороков</li> </ul> <p><b>Скрининг новорожденных</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Врожденный гипотиреоз</li> <li>• Фенилкетонурия</li> <li>• Кистозный фиброз</li> <li>• другие нарушения, в зависимости от потребностей и условий стран</li> </ul> <p><b>Консервативное лечение</b></p> <p>Примеры:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Желтуха новорожденных вследствие дефицита глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы и при резус-несовместимости</li> <li>• Лечение и уход за детьми с нарушениями системы крови, такими как серповидно-клеточные нарушения, талассемия и др.</li> <li>• Лечение некоторых врожденных нарушений обмена веществ</li> <li>• Оказание помощи детям с кистозным фиброзом</li> </ul> <p><b>Хирургические методы</b></p> <p>Примеры – хирургическая коррекция следующих видов пороков:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• простые формы врожденных пороков сердца</li> <li>• расщелина губы и неба</li> <li>• косоплапость</li> <li>• врожденные катаракты</li> </ul> <p><b>Реабилитация и паллиативная помощь</b></p> <p>По показаниям</p>

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

### Текст поправок к Правилам процедуры Исполнительного комитета<sup>1</sup>

[EB126/26, Приложение – 10 декабря 2009 г.]

#### ПОРЯДОК РАБОТЫ ЗАСЕДАНИЙ

##### *Статья 30 bis*

Право ответа предоставляется Председателем любому члену Исполкома, который этого пожелает. Осуществляя это право, члены Исполкома должны стараться быть как можно более краткими и предпочтительно выступать с заявлениями в конце заседания, в ходе которого это право осуществляется.

.....

#### ГОЛОСОВАНИЕ

##### *Статья 47 bis*

После того как голосование завершено, член Исполкома может выступить с кратким заявлением, состоящим исключительно из объяснений мотивов голосования. Инициатор предложения не должен выступать с объяснением мотивов голосования, кроме тех случаев, когда в предложение внесены поправки.

.....

##### *Статья 51 bis*

При проведении выборов каждый член Исполкома, если он не воздерживается от голосования, голосует за число кандидатов, равное числу выборных должностей, подлежащих заполнению. Любой бюллетень для голосования, в котором имеется больше или меньше имен, нежели выборных должностей, подлежащих заполнению, считается недействительным.

##### *Статья 51 ter*

Если во время выборов одна или более выборных должностей не может быть заполнена по причине равного количества голосов, полученных двумя или более кандидатами, то между такими кандидатами проводится еще один тур голосования, с тем чтобы определить, кто из них будет выбран. При необходимости эта процедура может повторяться.

---

<sup>1</sup> См. резолюцию EB126.R8.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 3

### Утверждение поправок к Правилам о персонале<sup>1</sup>

[EB126/10 – 26 ноября 2009 г.]

1. Поправки к Правилам о персонале, сделанные Генеральным директором, представляются на утверждение Исполнительным комитетом в соответствии с Положением о персонале 12.2<sup>2</sup>.
2. Поправки, описанные в настоящем документе, отражают решения, которые, как ожидается, будут приняты Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций на ее шестьдесят четвертой сессии на основе рекомендаций, сделанных Комиссией по международной гражданской службе в ее ежегодном докладе за 2009 год<sup>3</sup>. Если Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций не примет рекомендации Комиссии, будет выпущено исправление к настоящему документу.
3. Финансовые последствия этой поправки на двухгодичный период 2009-2010 гг. включают незначительные дополнительные расходы по регулярному бюджету, которые будут покрыты из бюджетных ассигнований, установленных для каждого региона ВОЗ и для региональной и межрегиональной деятельности, а также из внебюджетных источников средств.
4. В Правилах о персонале поправки [содержатся в Добавлении].

**ПОПРАВКИ, ПРИЗНАННЫЕ НЕОБХОДИМЫМИ С УЧЕТОМ РЕШЕНИЙ, КОТОРЫЕ, КАК ОЖИДАЕТСЯ, БУДУТ ПРИНЯТЫ ГЕНЕРАЛЬНОЙ АССАМБЛЕЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ НА ЕЕ ШЕСТЬДЕСЯТ ЧЕТВЕРТОЙ СЕССИИ НА ОСНОВЕ РЕКОМЕНДАЦИИ КОМИССИИ ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ ГРАЖДАНСКОЙ СЛУЖБЕ**

#### **Вознаграждение сотрудников категории специалистов и более высоких категорий**

5. Комиссия рекомендовала Генеральной Ассамблее Организации Объединенных Наций, чтобы нынешние ставки шкалы базовых/минимальных окладов сотрудников категории специалистов и более высоких категорий были повышены на 3,04% путем применения стандартного метода консолидации, который заключается в увеличении базового оклада и соразмерном уменьшении пунктов мультипликатора корректива по

---

<sup>1</sup> См. резолюции EB126.R9 и EB126.R10.

<sup>2</sup> *Основные документы*, 47-е издание, Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

<sup>3</sup> *Доклад Комиссии по международной гражданской службе за 2009 г. Официальные отчеты Генеральной Ассамблеи, шестьдесят четвертая сессия, Дополнение No.30* (документы A/64/30, A/64/30 Согг.1 (только на французском языке) и A/64/30 Согг.2 (копии имеются в зале заседаний Исполнительного комитета)).

месту службы (то есть на основе принципа "ни потерь, ни выгод") с вступлением в силу 1 января 2010 года.

6. Подготовленные соответствующие поправки к Дополнению 1 Правил о персонале содержатся в Добавлении.

#### **Оклады сотрудников на неклассифицируемых должностях и должности Генерального директора**

7. При условии принятия решения Генеральной Ассамблеей в отношении рекомендации, содержащейся в пункте 5 выше, Генеральный директор предлагает, в соответствии с пунктом 3.1 Положений о персонале, чтобы Исполнительный комитет рекомендовал Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблее здравоохранения внести изменения в оклады помощников Генерального директора и Директоров региональных бюро. Так, начиная с 1 января 2010 г. оклады брутто помощников Генерального директора и Директоров региональных бюро составят 183 022 долл. США в год, а оклады нетто - 131 964 долл. США (при наличии иждивенцев) или 119 499 долл. США (без иждивенцев).

8. Основываясь на корректировках окладов, описанных выше, разрешенный Ассамблеей здравоохранения измененный оклад брутто заместителя Генерального директора начиная с 1 января 2010 г. составит 201 351 долл. США, а соответствующий оклад нетто - 143 878 долл. США (при наличии иждивенцев) или 129 483 долл. США (без иждивенцев).

9. Описанные выше корректировки окладов повлекут за собой аналогичные изменения в окладе Генерального директора. Следовательно, оклад брутто, подлежащий утверждению Всемирной ассамблеей здравоохранения, с 1 января 2010 г. составит 247 523 долл. США, а оклад нетто - 173 890 долл. США (при наличии иждивенцев) или 154 641 долл. США (без иждивенцев).

#### **ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА**

10. [Этот пункт содержит два проекта резолюций, принятые на девятом заседании в резолюциях EB126.R9 и EB126.R10, соответственно.]

ANNEX  
**Appendix 1 to the Staff Rules**  
 Salary scale for staff in the professional and higher graded categories: annual gross base salaries and net equivalents after application of staff assessment (in US dollars)<sup>1</sup>  
 (effective 1 January 2010)  
**STEP**

Level	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV
D-2 Gross	149 903	153 214	156 529	159 846	163 160	166 475	*								
Net D	110 434	112 589	114 744	116 900	119 054	121 209									
Net S	101 454	103 273	105 085	106 891	108 693	110 485	*								
P-6(D)-1 Gross	137 021	139 804	142 581	145 365	148 149	150 972	153 885	156 794	159 703						
Net D	101 674	103 567	105 455	107 348	109 241	111 132	113 025	114 916	116 807						
Net S	93 979	95 623	97 264	98 900	100 534	102 164	103 787	105 410	107 028	*					
P-5 Gross	113 404	115 771	118 140	120 504	122 874	125 238	127 607	129 974	132 341	134 707	137 075	139 441	141 810		
Net D	85 615	87 224	88 835	90 443	92 054	93 662	95 273	96 882	98 492	100 101	101 711	103 320	104 931		
Net S	79 537	80 967	82 393	83 818	85 241	86 659	88 077	89 491	90 904	92 314	93 721	95 124	96 528	*	*
P-4 Gross	92 907	95 064	97 221	99 378	101 626	103 909	106 196	108 478	110 763	113 044	115 331	117 612	119 897	122 182	124 468
Net D	71 393	72 946	74 499	76 052	77 606	79 158	80 713	82 265	83 819	85 370	86 925	88 476	90 030	91 584	93 138
Net S	66 482	67 897	69 311	70 720	72 130	73 539	74 946	76 351	77 754	79 157	80 558	81 958	83 357	84 755	86 151
P-3 Gross	75 972	77 968	79 967	81 961	83 960	85 956	87 951	89 951	91 947	93 943	95 943	97 936	99 936	102 044	104 157
Net D	59 200	60 637	62 076	63 512	64 951	66 388	67 825	69 265	70 702	72 139	73 579	75 014	76 454	77 890	79 327
Net S	55 259	56 581	57 906	59 227	60 551	61 871	63 192	64 517	65 837	67 159	68 477	69 796	71 112	72 431	73 749
P-2 Gross	61 919	63 707	65 492	67 279	69 065	70 850	72 638	74 419	76 208	77 996	79 779	81 568			
Net D	49 082	50 369	51 654	52 941	54 227	55 512	56 799	58 082	59 370	60 657	61 941	63 229			
Net S	46 037	47 205	48 368	49 534	50 698	51 864	53 049	54 230	55 417	56 600	57 781	58 967			
P-1 Gross	47 968	49 496	51 146	52 867	54 579	56 296	58 014	59 732	61 444	63 161					
Net D	38 854	40 092	41 325	42 564	43 797	45 033	46 270	47 507	48 740	49 976					
Net S	36 651	37 790	38 927	40 068	41 207	42 344	43 484	44 609	45 728	46 848					

D = Rate applicable to staff members with a dependent spouse or child; S = Rate applicable to staff members with no dependent spouse or child.  
 \* = The normal qualifying period for a within-grade increase between consecutive steps is one year, except at those steps marked with an asterisk, for which a two-year period at the preceding step is required (Staff Rule 550.2).

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4

### Проект глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя<sup>1</sup>

[EB126/13, Приложение 1 – 3 декабря 2009 г.]

#### Общая характеристика ситуации

1. Вредное употребление алкоголя<sup>2</sup> имеет серьезные последствия для здоровья населения и рассматривается в качестве одного из основных факторов риска, ведущих к ухудшению здоровья во всем мире. В контексте данного проекта стратегии используется широкое понятие вредного употребления алкоголя<sup>3</sup>, которое охватывает употребление спиртного, имеющее пагубные медицинские и социальные последствия для пьющего, его окружения и общества в целом, а также формы употребления алкоголя, которым сопутствует повышенный риск неблагоприятных результатов в отношении здоровья. Вредное употребление алкоголя ставит под угрозу развитие как индивида, так и общества. Оно может иметь пагубные последствия для жизни индивидов, разрушить семейную жизнь и причинить вред социальной ткани сообществ.
2. Вредное употребление алкоголя является существенным фактором глобального бремени болезней и является третьим ведущим фактором риска, вызывающим преждевременные случаи смерти и инвалидности в мире<sup>4</sup>. По оценкам, в 2004 г. во всем мире от причин, связанных с употреблением алкоголя, умерли 2,5 миллиона человек, в том числе 320 000 молодых людей в возрасте 15-29 лет. В 2004 г. на вредное употребление алкоголя пришлось 3,8% всех случаев смерти в мире и 4,5% глобального бремени болезней, измеряемого в количестве утраченных лет жизни с поправкой на инвалидность, даже если учесть умеренное защитное воздействие, особенно на ишемическую болезнь сердца, которое имеет место при низком употреблении алкоголя некоторыми лицами в возрасте 40 лет или старше.

---

<sup>1</sup> Пересмотрен в свете замечаний, сделанных Исполнительным комитетом на его Сто двадцать шестой сессии (см. документ EB126/2010/REC/2, протокол одиннадцатого заседания). См. резолюцию EB126.R11.

<sup>2</sup> Алкогольный напиток является жидкостью, содержащей этанол (этиловый спирт, обычно именуемый "алкоголем"), и предназначается для употребления в питье. В большинстве стран, имеющих юридическое понятие "алкогольный напиток", пороговое значение содержания в напитке этанола по объему установлено на уровне  $\geq 0,5\%$  или  $1,0\%$ . Наиболее распространенными видами алкогольных напитков являются пиво, вино и крепкие алкогольные напитки.

<sup>3</sup> Слово "вредный" в этой стратегии относится лишь к последствиям употребления алкоголя для здоровья населения без какого-либо ущерба для религиозных верований и культурных норм.

<sup>4</sup> См. в документе A60/14 Add.1 глобальную оценку проблем общественного здравоохранения, вызванных вредным употреблением алкоголя, и *Global Health Risks; Mortality and burden of disease attributable to selected major risk factors*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

3. Вредное употребление алкоголя является серьезным предотвратимым фактором риска возникновения психоневрологических нарушений и таких других неинфекционных заболеваний, как сердечно-сосудистые заболевания, цирроз печени и различные виды рака. Применительно к некоторым заболеваниям, данные о наличии порогового эффекта во взаимозависимости между риском и уровнем употребления алкоголя отсутствуют. Вредное употребление алкоголя также ассоциируется с рядом таких инфекционных болезней, как ВИЧ/СПИД, туберкулез и пневмония. Значительная часть бремени болезней, которые можно увязать с вредным употреблением алкоголя, является следствием неумышленных и умышленных травм, в том числе травм в результате дорожно-транспортных происшествий и насилия, а также самоубийств. Смертельным травмам, которые можно объяснить употреблением алкоголя, как правило, подвергаются относительно молодые люди.

4. Степень риска, связанного с вредным употреблением алкоголя, варьируется в зависимости от возраста, пола и других биологических параметров потребителя, а также условий и контекста, в которых употребляется спиртное. Некоторые уязвимые или подвергающиеся риску группы и лица отличаются повышенной восприимчивостью к токсичным, психоактивным и вызывающим зависимость свойствам этилового спирта. В то же время, низкорискованные формы употребления алкоголя на индивидуальном уровне могут не связываться с проявлением или существенным возрастанием вероятности негативных последствий для здоровья и общества.

5. Лица, формулирующие политику, располагают существенной базой научных знаний об эффективности и затратоэффективности стратегий и мероприятий по предотвращению и сокращению связанного с алкоголем вреда<sup>1</sup>. Хотя значительная часть фактических данных поступает из стран с высоким уровнем доходов, из результатов мета-анализа и обзоров имеющихся данных<sup>2</sup> почерпнуты достаточные знания, позволяющие учитывать в рекомендациях по мерам политики сравнительной эффективности и затратоэффективности отдельных мер политики. С улучшением информированности повышается уровень ответных мер на национальном, региональном и глобальном уровнях. Однако эти ответные меры политики часто отличаются фрагментированностью и не всегда соответствуют масштабам воздействия на здоровье и социальное развитие.

### **Задачи и возможности**

6. Нынешняя приверженность сокращению вредного употребления алкоголя открывает отличную возможность для улучшения состояния здоровья и социального благополучия и для сокращения существующего бремени болезней, которые можно увязать с употреблением алкоголя. Однако существуют значительные задачи, которые следует учитывать, осуществляя глобальные или национальные инициативы или программы. К их числу относятся:

**(а) Расширение глобальных действий и международного сотрудничества.**

Нынешние значимые здравоохранительные, культурные и рыночные тенденции во всем мире говорят о том, что вредное употребление алкоголя останется глобальной

---

<sup>1</sup> См. в документе А60/14 основанные на фактических данных стратегии и мероприятия сокращения связанного с алкоголем вреда.

<sup>2</sup> См., например, Серию технических докладов ВОЗ, No. 944, 2007 г. и *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Копенгаген, Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, 2009 г.

проблемой здравоохранения. Следует признавать наличие этих тенденций и принимать соответствующие ответные меры на всех уровнях. В этой связи существует необходимость в глобальных руководящих указаниях и в расширении международного сотрудничества, чтобы поддержать и дополнить региональные и национальные действия.

**(b) Обеспечение межсекторальных действий.** Многообразие проблем, связанных с алкоголем, и мер, необходимых для сокращения связанного с алкоголем вреда, указывает на необходимость всесторонних действий, охватывающих многочисленные секторы. Меры политики, направленные на сокращение вредного употребления алкоголя, должны выходить за рамки сектора здравоохранения и затрагивать соответствующим образом такие секторы, как развитие, транспорт, правосудие, социальное обеспечение, налоговая политика, торговля, сельское хозяйство, потребительская политика, образование и занятость, а также гражданское общество и экономические субъекты.

**(c) Уделение надлежащего внимания.** Для лиц, принимающих решения, предупреждение и сокращение вредного употребления алкоголя часто имеет низкую приоритетность, несмотря на убедительные фактические данные о его серьезных последствиях для здоровья населения. Кроме того, имеет место явное несоответствие между растущей доступностью алкогольных напитков и все более доступными ценами на них во многих развивающихся странах и странах с низким и средним уровнями доходов и потенциалом и способностью этих стран реагировать на приистекающее из этого дополнительное бремя для общественного здравоохранения. Если не уделить этой проблеме должного внимания, то распространение вредных форм и норм употребления спиртного будет продолжаться.

**(d) Обеспечение сбалансированности различных интересов.** Производство, распределение, маркетинг и продажа алкогольных напитков создают рабочие места и генерируют значительные доходы для экономических субъектов и налоговые поступления для органов государственного управления различных уровней. Меры общественного здравоохранения по сокращению вредного употребления алкоголя иногда расцениваются в качестве противоречащих другим целям, например свободе рынков и осуществлению потребителями своего выбора, и могут рассматриваться как наносящие ущерб экономическим интересам и сокращающие доходы государства. Перед лицами, формулирующими политику, стоит задача обеспечить надлежащую приоритетность содействия укреплению и защите здоровья населения при учете других целей, обязательств, в том числе международных правовых обязательств, и интересов. В этой связи следует отметить, что в международных торговых соглашениях, как правило, признается право стран принимать меры по защите здоровья людей при условии, что они не применяются в такой форме, которая представляла бы собой неоправданную или произвольную дискриминацию или скрытые торговые ограничения. При этом в рамках национальных, региональных и международных усилий следует учитывать воздействие вредного употребления алкоголя.

**(e) Сосредоточение внимания на справедливости.** Показатели потребления алкогольных напитков всем населением заметно ниже в обществе с низким уровнем доходов, чем в обществе с высоким уровнем доходов. Однако при данном объеме потребления население с более низкими доходами может испытывать

непропорционально более высокий уровень вреда, связанного с употреблением алкоголя. Существует значительная потребность в разработке и осуществлении эффективных мер политики и программ, направленных на сокращение подобных социальных различий как внутри отдельно взятых стран, так и между странами. Подобные меры политики необходимы также для генерирования и распространения новых знаний о сложной связи между вредным потреблением алкоголя и несправедливостью в социальной сфере и в здравоохранении, особенно среди коренного населения, меньшинств или маргинализированных групп и в развивающихся странах.

**(f) Учет "контекста" в рекомендуемых действиях.** Значительная часть опубликованных фактических данных об эффективности мероприятий по осуществлению политики в отношении алкоголя получена в странах с высокими уровнями доходов, и выражается озабоченность в связи с тем, что их эффективность зависит от контекста и что, возможно, они не поддаются воспроизведению в других условиях. Однако многие мероприятия по сокращению вредного употребления алкоголя осуществляются в самой различной культурной среде и условиях, и их результаты часто согласуются и соответствуют исходным теориям и базе фактических данных, накопленных в других сходных областях общественного здравоохранения. Внимание лиц, разрабатывающих и осуществляющих меры политики, должно быть сосредоточено на соответствующей адаптации эффективных мероприятий с целью учета местного контекста и на соответствующем мониторинге и оценке с целью обеспечения обратной связи для последующих действий.

**(g) Усиление информации.** Государствами-членами, Секретариатом ВОЗ и некоторыми другими заинтересованными сторонами разработаны системы сбора, анализа и распространения данных о потреблении алкоголя, вреде, связанном с алкоголем, и ответных мерах политики. В знаниях по-прежнему существуют значительные пробелы, и важно заострить внимание на получении и распространении информации и знаний в связи с дальнейшим развитием ситуации в этой области, особенно в развивающихся странах и странах с низким и средним уровнями доходов. Глобальная информационная система ВОЗ по алкоголю и здоровью и интегрированные региональные информационные системы служат инструментом для более качественного мониторинга достигнутого прогресса в сокращении вредного употребления алкоголя на глобальном и региональном уровнях.

## **Цели и задачи**

7. Национальные и местные усилия могут обеспечить более качественные результаты, когда они поддерживаются региональными и глобальными действиями в рамках согласованных основ политики. Таким образом, цель глобальной стратегии состоит в том, чтобы поддерживать и дополнять меры политики в области общественного здравоохранения в государствах-членах.

8. Видение глобальной стратегии – это улучшение результатов в отношении здоровья и социальных последствий для граждан, семей и общин в сочетании со значительным сокращением заболеваемости и смертности, связанных с вредным употреблением алкоголя, и вытекающими из этого социальными последствиями. Предусматривается, что глобальная стратегия будет содействовать развитию и обеспечит поддержку местных,

региональных и глобальных действий по предупреждению и сокращению вредного употребления алкоголя.

9. Глобальная стратегия призвана служить руководством для действий на всех уровнях; определить приоритетные области для глобальных действий и рекомендовать комплекс вариантов и мер политики, которые можно было бы рассмотреть на предмет осуществления и скорректировать соответствующим образом на национальном уровне с учетом таких национальных обстоятельств, как религиозный и культурный контекст, национальные приоритеты в области общественного здравоохранения, а также ресурсы, потенциал и возможности.

10. Стратегия насчитывает пять задач:

(а) повышение глобальной информированности о масштабах и характере проблем здравоохранения, социальных и экономических проблем, вызванных вредным употреблением алкоголя, и усиление решимости правительств действовать в связи с вредным употреблением алкоголя;

(b) усиление базы знаний о масштабах и детерминантах связанного с алкоголем вреда и об эффективных мероприятиях по сокращению и предупреждению такого вреда;

(с) расширение технической поддержки, оказываемой государствам-членам, и наращивание их потенциала в целях предупреждения вредного употребления алкоголя и ведения связанных с употреблением алкоголя нарушений и сопутствующих патологий;

(d) укрепление партнерств и улучшение координации среди заинтересованных сторон и наращивание мобилизации ресурсов, необходимых для осуществления соответствующих и согласованных действий по предупреждению вредного употребления алкоголя;

(е) совершенствование систем мониторинга и эпиднадзора на различных уровнях и более эффективное распространение и использование информации в целях информационно-пропагандистской работы, формулирования политики и оценки.

11. На вредное употребление алкоголя и сопутствующие этому проблемы общественного здравоохранения влияют общий уровень потребления алкоголя населением, формы употребления алкоголя и местные контексты. Для решения этих пяти задач потребуются глобальные, региональные и национальные меры воздействия на уровни, формы и контексты употребления алкоголя и на более широкие социальные детерминанты здоровья. Особое внимание следует уделять сокращению вреда, причиняемого лицам помимо употребляющих алкоголь и группам населения, подвергающимся особому риску в результате вредного употребления алкоголя, например детям, подросткам, женщинам детородного возраста, беременным и женщинам, кормящим грудью, коренному населению и другим меньшинствам или группам с низким социально-экономическим статусом.

### **Руководящие принципы**

12. Защита здоровья населения путем предотвращения и сокращения вредного употребления алкоголя является приоритетом общественного здравоохранения. Меры

политики будут разрабатываться и осуществляться с соблюдением на всех уровнях следующих принципов; они отражают многоплановые детерминанты связанного с алкоголем вреда и согласованные многосекторальные действия, необходимые для осуществления эффективных мероприятий.

(a) Меры государственной политики и мероприятия по предотвращению и сокращению вредного употребления алкоголя должны определяться и формулироваться с учетом интересов общественного здравоохранения и опираться на ясные цели в области общественного здравоохранения и наилучшие имеющиеся фактические данные.

(b) Меры политики должны быть справедливыми и чутко учитывать национальные, религиозные и культурные контексты.

(c) Все участвующие стороны обязаны действовать таким образом, чтобы не создавать препятствий для осуществления мер государственной политики и мероприятий по предупреждению и сокращению вредного употребления алкоголя.

(d) Следует отдавать надлежащее предпочтение общественному здравоохранению перед конкурирующими интересами и способствовать использованию подходов в поддержку такой направленности.

(e) Защита групп населения, подвергающихся высокому риску вреда, связанного с алкоголем, и тех, кто испытывает на себе последствия вредного употребления спиртного другими лицами, должна являться неотъемлемым элементом мер политики, направленных на решение проблемы вредного употребления алкоголя.

(f) Лица и семьи, затрагиваемые вредным употреблением алкоголя, должны иметь доступ к приемлемым по цене и эффективным службам профилактики и оказания помощи.

(g) Дети, подростки и взрослые, предпочитающие не употреблять алкогольные напитки, имеют право на поддержку их трезвого образа жизни и на защиту от принуждения к употреблению алкоголя.

(h) Государственные меры политики и мероприятия по предупреждению и сокращению связанного с алкоголем вреда должны охватывать все алкогольные напитки и суррогатный алкоголь<sup>1</sup>.

### **Национальные меры политики и мероприятия**

13. Вредное употребление алкоголя может быть сокращено, если страны примут эффективные меры по защите своего населения. На государствах-членах лежит главная ответственность за формулирование, осуществление, мониторинг и оценку мер государственной политики по сокращению вредного употребления алкоголя. Для осуществления подобных мер политики требуется широкий круг ориентированных на общественное здравоохранение стратегий профилактики и лечения. Все страны выиграют

---

<sup>1</sup> В этой стратегии "суррогатный алкоголь" относится к жидкостям, обычно содержащим этанол и не предназначенным для употребления в качестве напитков, которые распиваются взамен алкогольных напитков с целью вызвать опьянение или другие последствия, связанные с употреблением алкоголя.

от наличия национальной стратегии и надлежащего правового механизма для сокращения вредного употребления алкоголя, независимо от уровня ресурсов в стране. В зависимости от особенностей вариантов политики и национальных обстоятельств некоторые варианты политики могут быть реализованы с помощью таких неправовых механизмов, как руководящие принципы или добровольные ограничения. Успешному осуществлению мероприятий должны способствовать мониторинг воздействия и соблюдения, а также установление и применение санкций за несоблюдение принятых законов и нормативных положений.

14. Важными факторами успеха являются неослабная политическая приверженность, эффективная координация, устойчивое финансирование и соответствующее вовлечение субнациональных органов государственного управления, а также гражданского общества и экономических субъектов. К формулированию и осуществлению мер антиалкогольной политики следует привлечь многие соответствующие органы, принимающие решения, например министерства здравоохранения, транспортные или налоговые ведомства. Правительствам необходимо создать эффективный и постоянный координационный механизм, например национальный антиалкогольный совет, состоящий из высокопоставленных представителей многочисленных министерств и других партнеров, чтобы обеспечить согласованный подход к мерам антиалкогольной политики и надлежащую сбалансированность между целями политики применительно к вредному употреблению алкоголя и другими целями государственной политики.

15. Министерства здравоохранения играют важную роль, обеспечивая взаимодействие других министерств и заинтересованных сторон, которые необходимы для разработки и осуществления эффективной политики. Им также следует обеспечить, чтобы планирование и осуществление профилактических и лечебных стратегий и мероприятий координировались со стратегиями и мероприятиями по таким другим связанным проблемам здоровья, имеющим высокую приоритетность в общественном здравоохранении, как незаконное употребление наркотиков, психические заболевания, насилие и травмы, сердечно-сосудистые заболевания, рак, туберкулез и ВИЧ/СПИД.

16. Варианты политики и мероприятия, осуществимые в рамках национальных действий, можно разделить на 10 рекомендуемых целевых направлений, которые следует рассматривать в качестве взаимоподдерживающих и комплементарных:

- (a) лидерство, информированность и приверженность
- (b) ответные меры служб здравоохранения
- (c) действия по месту жительства
- (d) политика и контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения
- (e) доступность алкогольных напитков
- (f) маркетинг алкогольных напитков
- (g) ценовая политика

- (h) сокращение негативных последствий употребления спиртных напитков и алкогольной интоксикации
- (i) сокращение воздействия на здоровье населения алкогольных напитков, произведенных незаконно или неорганизованным сектором<sup>1</sup>
- (j) мониторинг и эпиднадзор.

17. Варианты политики и мероприятия, предлагаемые ниже для рассмотрения государствами-членами по каждому из 10 рекомендуемых целевых направлений, основаны на современных научных знаниях и имеющихся фактических данных об эффективности и затратоэффективности, опыте и надлежащей практике. Не все варианты политики и мероприятия подойдут или актуальны для всех государств-членов, а на некоторые из них может не хватить имеющихся ресурсов. Как таковые меры должны осуществляться по усмотрению каждого государства-члена в зависимости от национальных, религиозных и культурных контекстов, национальных приоритетов общественного здравоохранения и имеющихся ресурсов, а также в соответствии с конституционными принципами и международными правовыми обязательствами. Меры политики и мероприятия на национальном уровне будут поддерживаться и дополняться с помощью глобальных и региональных усилий по сокращению вредного употребления алкоголя.

## **ВАРИАНТЫ ПОЛИТИКИ И МЕРОПРИЯТИЯ**

### **Направление деятельности 1. Лидерство, информированность и приверженность**

18. Для устойчивой деятельности необходимы энергичное лидерство и прочная основа в виде информированности и политической воли и приверженности. В идеале обязательства должны быть выражены через адекватно финансируемые всеобъемлющие и межсекторальные национальные меры политики, разъясняющие вклад и разделение ответственности между различными участвующими партнерами. Меры политики должны опираться на имеющиеся фактические данные и учитывать местные обстоятельства с указанием ясных задач, стратегий и целевых ориентиров. Эта политика должна сопровождаться конкретным планом действий и поддерживаться эффективными и устойчивыми механизмами реализации и оценки. Важное значение имеет надлежащее вовлечение гражданского общества и экономических субъектов.

19. **Варианты политики и мероприятия** на этом направлении деятельности включают:

- (a) разработку или усиление существующих всеобъемлющих национальных и субнациональных стратегий, планов действий и мероприятий в области сокращения вредного употребления алкоголя;

---

<sup>1</sup> **Алкоголь, произведенный неорганизованным сектором**, означает алкогольные напитки, произведенные в домашних условиях или на месте в результате брожения и перегонки фруктов, зерна, овощей и тому подобного, часто в контексте местной культурной практики и традиций. Примерами алкогольных напитков, произведенных неорганизованным сектором, являются пиво из сорго, пальмовое вино и крепкие алкогольные напитки из сахарного тростника, зерна или другого сырья.

- (b) создание или назначение, в соответствующем случае, головного учреждения или агентства, на которое будет возложено осуществление последующих мероприятий в связи с национальными мерами политики, стратегиями и планами;
- (c) координацию антиалкогольных стратегий с работой, осуществляемой в других соответствующих секторах, включая сотрудничество между различными уровнями органов государственного управления, а также с другими соответствующими стратегиями и планами в секторе здравоохранения;
- (d) обеспечение широкого доступа к информации и эффективным программам обучения и формирования общественного мнения среди всех слоев общества обо всех формах связанного с алкоголем вреда, который причиняется в стране, и о необходимости и наличии эффективных мер профилактики;
- (e) повышение осведомленности о вреде для других лиц и среди уязвимых групп населения, который причиняется употреблением спиртного, предотвращение стигматизации и активное воспрепятствование дискриминации в отношении затронутых групп и лиц.

## **Направление деятельности 2. Ответные меры служб здравоохранения**

20. Службам здравоохранения принадлежит центральная роль в противодействии индивидуальному вреду, наносимому лицам при нарушениях, связанных с вредным употреблением алкоголя, и других проблемах здоровья, вызванных алкоголем. Службам здравоохранения следует обеспечивать профилактику и лечение лиц и их семей, подвергающихся риску или страдающих нарушениями, вызванными употреблением алкоголя, и связанными с этим состояниями. Другая важная роль служб и специалистов здравоохранения состоит в информировании общества о здравоохранительных и социальных последствиях вредного употребления алкоголя, оказании содействия местным сообществам в их усилиях, направленных на сокращение вредного употребления алкоголя, и в продвижении эффективных ответных мер со стороны общества. Службы здравоохранения должны также охватывать, мобилизовывать и вовлекать широкий круг участников вне сектора здравоохранения. Ответные меры служб должны быть достаточно усилены и получать финансирование в объемах, соразмерных масштабам проблем общественного здравоохранения, вызванных вредным употреблением алкоголя.

21. **Варианты политики и мероприятия** на этом направлении деятельности включают:

- (a) повышение способности систем здравоохранения и социального обеспечения обеспечивать профилактику, лечение и медицинскую помощь при нарушениях, вызванных и связанными с употреблением алкоголя, и сопутствующих патологических состояниях, в том числе поддержку и лечение затронутых семей и оказание поддержки в проведении мероприятий и программ обеспечения взаимопомощи или самопомощи;
- (b) оказание поддержки инициативам по проведению скрининга и мер краткосрочного вмешательства в отношении опасного и вредного употребления спиртных напитков на уровне первичной медико-санитарной помощи и в других условиях; такие инициативы должны включать выявление на раннем этапе и ведение

случаев вредного употребления спиртных напитков среди беременных женщин и женщин детородного возраста;

(с) расширение возможностей в области профилактики, выявления и осуществления мер вмешательства в отношении отдельных лиц и семей с синдромом алкогольной фетопатии и целым рядом связанных с алкоголем нарушений здоровья;

(d) разработку и эффективную координацию комплексных и/или взаимосвязанных стратегий и служб профилактики, лечения и оказания помощи при нарушениях, связанных с употреблением алкоголя, и сопутствующих патологических состояниях, включая связанные с употреблением наркотиков нарушения, депрессию, самоубийства, ВИЧ/СПИД и туберкулез;

(e) обеспечение всеобщего доступа к службам здравоохранения, в том числе путем обеспечения более широкого наличия, доступности и ценовой приемлемости лечебных услуг для групп с низким социально-экономическим статусом;

(f) создание и поддержание системы регистрации и мониторинга заболеваемости и смертности, которые могут быть обусловлены употреблением алкоголя, с механизмами регулярной отчетности;

(g) обеспечение соответствующих услуг в области здравоохранения и социальных услуг с учетом культурных норм.

### **Направление деятельности 3. Действия по месту жительства**

22. Воздействие вредного употребления алкоголя на местные сообщества может дать толчок и способствовать развитию местных инициатив и решений местных проблем. Органы государственной власти и другие заинтересованные стороны могут оказывать поддержку местным сообществам и расширять их права и возможности для использования накопленных ими на местах знаний и опыта в целях осуществления эффективных мер для предупреждения и сокращения вредного употребления алкоголя путем изменения не индивидуальных, а коллективных форм поведения, обеспечивая при этом соблюдение культурных норм, убеждений и системы ценностей.

23. **Варианты политики и мероприятия** на этом направлении деятельности включают:

(a) содействие проведению оперативных оценок с целью выявления пробелов и приоритетных направлений в осуществлении мероприятий на уровне местных сообществ;

(b) создание условий, способствующих более полному осознанию вреда, связанного с потреблением алкоголя, на местном уровне и содействие принятию надлежащих эффективных и затратоэффективных мер в отношении местных факторов, обуславливающих вредное употребление алкоголя и связанные с ним проблемы;

(с) расширение возможностей местных органов власти по поддержке и координации согласованных действий на местном уровне, путем оказания содействия и создания условий для разработки политики сокращения вредного употребления алкоголя на муниципальном уровне, а также этого потенциала в области расширения

партнерских связей и сетей взаимодействия между местными учреждениями и неправительственными организациями;

(d) предоставление информации об эффективных мерах вмешательства на уровне местных сообществ и укрепление потенциала на местах для их осуществления;

(e) мобилизацию местного населения в целях недопущения продажи алкоголя несовершеннолетним и его употребления несовершеннолетними лицами, а также создание или поддержку свободной от алкоголя среды, особенно для молодежи и других групп риска;

(f) предоставление местным сообществом помощи и поддержки лицам, затронутым этой проблемой, и их семьям;

(g) разработку или поддержку программ и мер политики на уровне местных сообществ, ориентированных на подгруппы населения повышенного риска, таких как молодые люди, безработные и коренное население, решение конкретных проблем, таких как незаконное или неорганизованное производство и распределение алкогольных напитков, а также проведение мероприятий на местном уровне, таких как спортивные мероприятия и городские фестивали.

#### **Направление деятельности 4. Политика и контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения**

24. Управление автотранспортным средством в состоянии алкогольного опьянения серьезно воздействует на рассудок, координацию и другие моторные функции человека. Управление транспортным средством под воздействием алкоголя является серьезной проблемой общественного здравоохранения, затрагивающей как самого пьющего человека, так и, во многих случаях, другие невиновные стороны. Существуют действенные основанные на фактических данных меры для сокращения случаев управления транспортными средствами в состоянии опьянения. Стратегии сокращения вреда, сопутствующего управлению транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, должны включать меры сдерживания, нацеленные на сокращение вероятности того, что гражданин будет управлять транспортным средством в состоянии опьянения, а также меры, способствующие созданию более безопасной среды для управления транспортными средствами, с тем чтобы сократить как вероятность, так и тяжесть вреда, сопутствующего авариям, совершенным под влиянием алкогольного опьянения.

25. В некоторых странах масштабы травматизма в результате дорожно-транспортных происшествий с участием пешеходов в состоянии алкогольного опьянения носят значительный характер, и этой проблеме следует уделять первоочередное внимание при проведении мероприятий.

26. **Варианты политики и мероприятия** на этом направлении деятельности включают:

(a) установление и обеспечение соблюдения верхнего предела содержания алкоголя в крови с более низким пределом для профессиональных водителей и молодых или начинающих водителей;

- (b) содействие организации пунктов проверки трезвости и проведению выборочного алкогольно-респираторного тестирования;
- (c) временное лишение водительских прав в административном порядке;
- (d) дифференцированную выдачу водительских прав начинающим водителям и нулевую терпимость в отношении управления транспортными средствами в состоянии опьянения;
- (e) использование блокировки зажигания в конкретных контекстах, когда это приемлемо в ценовом отношении, для сокращения числа несчастных случаев в результате управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения;
- (f) программы обязательного обучения водителей, консультирования и, при необходимости, лечения для лиц, повторно совершающих правонарушения;
- (g) содействие предоставлению альтернативных транспортных услуг, включая общественный транспорт, после закрытия питейных заведений;
- (h) проведение информационно-разъяснительных кампаний среди населения в поддержку политики с целью повышения общего сдерживающего эффекта;
- (i) проведение тщательно спланированных, интенсивных, хорошо организованных кампаний СМИ, ориентированных на конкретные ситуации, такие как периоды праздников и отпусков, или конкретные целевые группы, например молодежь.

#### **Направление деятельности 5. Доступность алкогольных напитков**

27. Стратегии общественного здравоохранения, целью которых является регулирование доступности алкогольных напитков для коммерческих целей и для населения с помощью законодательных актов, политики и программ, имеют важное значение для снижения общего уровня вредного употребления алкоголя. Такие стратегии обеспечивают необходимые меры для предупреждения легкого доступа к алкогольным напиткам уязвимых и подвергающихся высокому риску групп населения. Доступность алкогольных напитков для коммерческих целей и для населения могут оказывать взаимное влияние на социальную доступность алкогольных напитков и, таким образом, способствовать изменению социальных и культурных норм, создающих условия для вредного употребления алкоголя. Уровень регулирования доступности алкогольных напитков зависит от местных обстоятельств, включая социально-культурные и экономические условия, а также существующие международные обязательства, имеющие обязательную силу. В некоторых развивающихся странах и странах с низким и средним уровнями доходов основным источником алкогольных напитков являются неорганизованные рынки, и официальная система контроля за продажами должна дополняться действиями, направленными на борьбу с незаконным и неофициальным производством алкогольных напитков. Кроме того, слишком строгие ограничения на доступность могут способствовать возникновению параллельного незаконного рынка. В рамках мер, касающихся доступности алкогольных напитков, следует также принимать во внимание возможности получения их побочным путем, например через родителей или друзей.

28. **Варианты политики и мероприятия** на этом направлении деятельности включают:

(a) создание, использование и обеспечение соблюдения требований надлежащей системы для регулирования производства, оптовой продажи и предоставления алкогольных напитков в сфере обслуживания, которая накладывает разумные ограничения на распределение алкогольных напитков и деятельность пунктов их продажи в соответствии с культурными нормами, используя следующие возможные меры:

(i) введение, когда это целесообразно, системы лицензирования розничной торговли или государственных монополий, ориентированных на соблюдение интересов общественного здравоохранения;

(ii) регулирование числа и местоположения точек торговли алкогольными напитками с потреблением напитков по месту продажи или за его пределами;

(iii) регулирование дней и часов осуществления розничной продажи;

(iv) регулирование форм розничной продажи алкогольных напитков;

(v) регулирование розничной продажи в определенных местах или в ходе особых мероприятий;

(b) установление соответствующего минимального возраста для приобретения или потребления алкогольных напитков и других мер политики для создания барьеров против продажи алкогольных напитков подросткам или их употребления подростками;

(c) принятие мер политики в целях недопущения продажи алкогольных напитков лицам в состоянии опьянения или не достигшим установленного законом возраста и рассмотрение вопроса о введении механизмов возложения ответственности на продавцов и лиц, обслуживающих клиентов, в соответствии с национальным законодательством;

(d) установление мер политики в отношении употребления спиртных напитков в общественных местах или в ходе официальных мероприятий, организуемых государственными организациями, и при выполнении ими своих функций;

(e) принятие мер политики в целях сокращения и устранения наличия, незаконного производства, продажи и распределения алкогольных напитков, а также регулирования или контроля за алкоголем, произведенным неорганизованным сектором.

## **Направление деятельности 6. Маркетинг<sup>1</sup> алкогольных напитков**

29. Важным фактором в сокращении вредного употребления алкоголя является ослабление воздействия маркетинга. Сбыт алкоголя осуществляется с помощью все более изощренных методов традиционной рекламы и продвижения, а также путем увязки алкогольных брендов со спортивными и культурными мероприятиями, за счет спонсорства и размещения скрытой рекламы, с помощью использования методов маркетинга в таких новых форматах, как электронная почта, передача SMS-сообщений и подкастинг, социальные каналы общения и другие методы коммуникации. В некоторых странах серьезную обеспокоенность стала вызывать передача маркетинговых сообщений по алкоголю за пределы национальных границ и юрисдикций по таким каналам, как спутниковое телевидение, Интернет и спонсорство спортивных и культурных мероприятий.

30. Крайне трудно оказывать целевое рекламное воздействие на молодых совершеннолетних потребителей, не подвергая такому же маркетинговому воздействию группы подростков, не достигших совершеннолетия. Особую обеспокоенность вызывает привлекательное маркетинговое воздействие на детей и молодежь, равно как и воздействие на новые рынки в странах с низким и средним уровнями доходов, имеющих сегодня низкие показатели распространенности употребления алкоголя или высокие показатели неупотребления алкогольных напитков. Важнейшими проблемами являются информационное наполнение маркетинговых сообщений в отношении алкоголя, а также масштабы воздействия такого маркетинга на молодежь. В целях защиты молодых людей от таких методов маркетинга следует рассмотреть возможность использования подхода, основанного на принципе осторожности.

31. **Варианты политики и мероприятия** на этом направлении деятельности включают:

- (a) создание механизмов регулирования и совместного регулирования, желательно на законодательной основе и при поддержке, в случае необходимости, с помощью мер саморегулирования, в отношении маркетинга алкогольной продукции путем:
  - (i) регулирования контента и объема маркетинга;
  - (ii) регулирования прямого или непрямого маркетинга в некоторых или всех СМИ;
  - (iii) принятия мер регулирования в отношении спонсорских мероприятий, продвигающих алкогольные напитки;
  - (iv) введения ограничений или запретов на рекламные мероприятия, связанные с деятельностью, ориентированной на молодежь;
  - (v) регулирования новых форм маркетинга алкогольной продукции, например маркетинга в социальных сетях;

---

<sup>1</sup> Маркетинг может означать в зависимости от ситуации и в соответствии с национальным законодательством любую форму коммерческой коммуникации или обращения, которые призваны усилить или имеют следствием усиление признания, привлекательности и/или потребления конкретных продуктов и услуг. Он может включать все, что способствует рекламе или продвижению иным образом продукта или услуги.

- (b) разработку государственными учреждениями или независимыми органами эффективных систем надзора за маркетингом алкогольных напитков;
- (c) создание эффективных административных и сдерживающих систем, направленных против несоблюдения ограничений на маркетинг.

### **Направление деятельности 7. Ценовая политика**

32. Потребители, включая лиц, употребляющих алкоголь в больших количествах, и молодых людей, чувствительны к изменениям цен на напитки. Ценовая политика может использоваться в целях сокращения употребления спиртного несовершеннолетними, противодействия переходу к употреблению алкоголя в больших количествах и/или к эпизодическим случаям употребления алкоголя в больших количествах, а также оказания воздействия на предпочтения потребителей. Повышение цены на алкогольные напитки является одной из наиболее эффективных мер сокращения вредного употребления алкоголя. Важным фактором достижения успеха в осуществлении ценовых мер политики в области сокращения вредного употребления алкоголя является эффективная и действенная система налогообложения, дополненная должным взиманием налогов и контролем за соблюдением налоговой дисциплины.

33. На последствия этой политики могут влиять такие факторы, как предпочтения и выбор потребителей, изменение доходов, альтернативные источники алкоголя в стране или в соседних странах, а также наличие или отсутствие других мер политики в отношении алкоголя. Существуют различные пути воздействия на спрос на различные напитки. Повышение налогов может по-разному влиять на объем продаж в зависимости от того, как это влияет на цену для потребителя. Во многих странах рассмотрение политики налогообложения усложняется из-за существования значительного незаконного рынка алкоголя. В подобных условиях изменение налогов должно сопровождаться усилиями по установлению действенного государственного контроля над незаконными и неофициальными рынками. Повышение налогов также может наталкиваться на сопротивление со стороны групп потребителей и субъектов экономической деятельности, и политика в области налогообложения выиграет при поддержке с помощью мер информирования и повышения уровня информированности с целью оказания противодействия такому сопротивлению.

34. **Варианты политики и мероприятия** на этом направлении деятельности включают:

- (a) создание системы специального налогообложения алкогольных напитков, дополненной эффективной системой правоприменения, которая может учитывать в соответствующих случаях содержание алкоголя в напитке;
- (b) регулярный пересмотр цен относительно уровня инфляции и доходов;
- (c) введение запрета или ограничений на использование прямого или косвенного ценового стимулирования, продаж со скидкой, продаж ниже себестоимости и фиксированных цен за неограниченное употребление спиртных напитков или иных видов продаж в больших объемах;
- (d) установление, при необходимости, минимальных цен на алкогольные напитки;

- (е) обеспечение ценовых стимулов для безалкогольных напитков;
- (f) прекращение или сокращение субсидий для экономических субъектов, занимающихся торговлей алкогольными напитками.

### **Направление деятельности 8. Сокращение негативных последствий употребления спиртных напитков и алкогольной интоксикации**

35. Это целевое направление деятельности включает варианты политики и мероприятия, направленные непосредственно на снижение вреда, наносимого алкогольным опьянением и употреблением спиртных напитков, которые при этом необязательно оказывают воздействие на уровень потребления спиртных напитков. Имеющиеся фактические данные и надлежащая практика указывают на желательность комплементарного использования мероприятий в рамках более широкой стратегии по предупреждению или сокращению негативных последствий употребления спиртных напитков и алкогольного опьянения. Применяя эти подходы, регулируя среду употребления алкогольных напитков или информируя потребителей, следует избегать того, чтобы это воспринималось как одобрение употребления спиртных напитков или содействие их употреблению.

36. **Варианты политики и мероприятия** на этом направлении деятельности включают:

- (а) регулирование условий употребления алкогольных напитков с целью сведения к минимуму случаев насилия и агрессивного поведения, включая подачу клиентам алкогольных напитков в посуде из пластика или небьющегося стекла и разрешение проблем, связанных с алкоголем, при проведении крупномасштабных общественных мероприятий;
- (b) обеспечение соблюдения законов, запрещающих предоставление клиентам алкогольных напитков, доводя их до состояния интоксикации, и правовую ответственность за последствия причиненного вреда в результате предоставления алкогольных напитков;
- (с) обеспечение соблюдения мер политики в области менеджмента, касающихся ответственного отношения к предоставлению напитков клиентам по месту их продажи и обучение персонала в соответствующих секторах тому, как лучше обращаться с находящимися в состоянии интоксикации и агрессивными потребителями алкоголя, выявлять их и предупреждать такие случаи;
- (d) снижение содержания алкоголя в напитках различных категорий;
- (е) предоставление необходимой помощи или крова лицам в состоянии сильной интоксикации;
- (f) обеспечение информации для потребителей и размещение на алкогольных напитках маркировки, предупреждающей о вреде употребления алкоголя.

### **Направление деятельности 9. Сокращение воздействия на здоровье населения алкогольных напитков, произведенных незаконно или неорганизованным сектором**

37. Употребление алкоголя, произведенного незаконно или неорганизованным сектором, может иметь дополнительные отрицательные последствия для здоровья ввиду более высокого содержания этанола и возможной контаминации токсическими веществами, такими как метанол. Оно также может затруднить способность правительств облагать налогом и контролировать легально произведенный алкоголь. Меры по уменьшению этих дополнительных отрицательных последствий должны приниматься в соответствии с показателями распространенности употребления алкоголя, произведенного незаконно и/или неорганизованным сектором, и сопутствующим ущербом. Необходимо располагать качественным научным, техническим и институциональным потенциалом для планирования и осуществления соответствующих национальных, региональных и международных мер. Также важны хорошее знание рынка и понимание состава и методов неорганизованного или незаконного производства алкоголя в сочетании с надлежащей законодательной основой и активными мерами ее соблюдения. Эти мероприятия должны дополнять, но не заменять другие мероприятия по сокращению вредного употребления алкоголя.

38. Производство и продажа алкогольных напитков в неорганизованном секторе являются прочно укоренившейся культурной традицией во многих странах, и контроль за этой деятельностью часто осуществляется неофициально. Таким образом, меры борьбы с алкогольными напитками, произведенными незаконно и неорганизованным сектором, могут носить различный характер, и они должны сочетаться с повышением уровня информированности и мобилизацией местного населения. Важное значение имеют также усилия, направленные на стимулирование использования альтернативных источников доходов.

39. **Варианты политики и мероприятия** на этом направлении деятельности включают:

- (a) качественный контроль за производством и распределением алкогольных напитков;
- (b) регулирование продажи алкоголя, произведенного неорганизованным сектором, и включение его в сферу действия системы налогообложения;
- (c) эффективную систему контроля и правоприменения, включая отметки об уплате налога;
- (d) разработку или укрепление систем отслеживания и прослеживания незаконного алкоголя;
- (e) обеспечение необходимого сотрудничества и обмена соответствующей информацией о борьбе с незаконным алкоголем между органами власти на национальном и международном уровнях;
- (f) выпуск соответствующих предупреждений общественности о загрязнителях и других угрозах для здоровья, исходящих от алкоголя, произведенного неорганизованным сектором или незаконно.

## **Направление деятельности 10. Мониторинг и эпиднадзор**

40. Данные мониторинга и эпиднадзора служат основой для успеха и соответствующего осуществления других девяти вариантов политики. Мониторинг и эпиднадзор на местном, национальном и международном уровнях необходимы для осуществления контроля за масштабом вреда, наносимого алкоголем, и тенденциями в этой области, усиления информационно-пропагандистской деятельности, формирования политики и оценки эффективности принимаемых мер. При проведении мониторинга также следует учитывать типологию лиц, обращающихся за услугами, и причину того, почему наиболее затронутые лица не обращаются за помощью в службы профилактики и лечения. Данные могут быть доступны в других секторах, и необходимы качественные системы координации, обмена информацией и сотрудничества для сбора потенциально широкого круга информации, необходимой для осуществления всестороннего мониторинга и эпиднадзора.

41. Разработка устойчивых национальных информационных систем, использующих показатели, определения и процедуры сбора данных, совместимые с глобальными и региональными информационными системами ВОЗ, является важной предпосылкой для эффективной оценки национальных усилий по сокращению вредного употребления алкоголя и для мониторинга тенденций на субрегиональном, региональном и глобальном уровнях. Систематический постоянный сбор, обработка и анализ данных, своевременное распространение информации и обратная связь с лицами, формулирующими политику, и другими заинтересованными сторонами должны являться неотъемлемой частью осуществления любой политики и мер по сокращению вредного употребления алкоголя. Сбор, анализ и распространение информации о вредном употреблении алкоголя являются деятельностью, требующей значительных ресурсов.

42. **Варианты политики и мероприятия** на этом направлении деятельности включают:

- (a) создание эффективных основ для осуществления деятельности в области мониторинга и эпиднадзора, включая проведение периодических национальных исследований в отношении потребления алкоголя и связанного с алкоголем вреда, а также разработку плана обмена информацией и ее распространения;
- (b) создание или назначение какого-либо учреждения или иного организационного субъекта, отвечающего за сбор, обработку, анализ и распространение имеющихся данных;
- (c) определение и отслеживание общего набора показателей вредного употребления алкоголя и ответных мер политики и мероприятий по предотвращению и сокращению такого употребления, включая издание национальных докладов;
- (d) создание банка данных на страновом уровне, основанного на международно согласованных показателях и отчетных данных в формате, согласованном с ВОЗ и другими соответствующими международными организациями;
- (e) разработку механизмов оценки собранных данных в целях определения эффективности мер политики, мероприятий и программ, направленных на сокращение вредного употребления алкоголя.

## ГЛОБАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ: ОСНОВНЫЕ РОЛИ И КОМПОНЕНТЫ

43. Принимая во внимание масштабы и сложный характер данной проблемы, необходимы согласованные усилия на глобальном уровне для оказания поддержки государствам-членам в решении тех сложных задач, с которыми они сталкиваются на национальном уровне. Международная координация и сотрудничество создают необходимый синергетический эффект и расширяют возможности государств-членов для принятия научно обоснованных мер.

44. ВОЗ в сотрудничестве с другими организациями системы Организации Объединенных Наций и другими международными партнерами будет:

- (a) обеспечивать лидерство;
- (b) усиливать информационно-пропагандистскую деятельность;
- (c) формулировать в сотрудничестве с государствами-членами варианты политики на основе фактических данных;
- (d) способствовать развитию сотрудничества и обмену опытом между странами;
- (e) способствовать укреплению партнерских отношений и мобилизации ресурсов;
- (f) осуществлять координацию деятельности по мониторингу в отношении вреда, наносимого алкоголем, и хода работы в странах по борьбе с ним.

45. Деятельность ВОЗ и других международных партнеров в поддержку осуществления данной глобальной стратегии будет осуществляться в рамках их сфер полномочий. Важную роль в усилении деятельности на глобальном уровне играют международные неправительственные организации, профессиональные объединения, научно-исследовательские учреждения и экономические субъекты, деятельность которых касается проблем, связанных с алкоголем.

(a) Основным партнерам в рамках системы Организации Объединенных Наций и таким международным организациям, как МОТ, ЮНИСЕФ, ВТО, ПРООН, ЮНФПА, ЮНЭЙДС, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, а также группа Всемирного банка, будет настоятельно предложено расширить совместную деятельность и сотрудничество в целях предупреждения и сокращения вредного использования алкоголя, особенно в развивающихся странах и странах с низким и средним уровнем доходов.

(b) Гражданское общество играет важную роль, предостерегая о воздействии вредного употребления алкоголя на отдельных граждан, семьи и общины, и обеспечивая дополнительную поддержку и ресурсы для сокращения связанного с алкоголем вреда. Неправительственным организациям особо предлагается формировать широкомасштабные сети и группы действий в поддержку реализации данной глобальной стратегии.

(c) Научно-исследовательские учреждения и профессиональные объединения также играют ключевую роль, обеспечивая дополнительные фактические данные для практических действий и распространяя их среди работников здравоохранения и

среди населения в целом. Сотрудничающие центры ВОЗ играют важную роль в поддержке реализации и оценки глобальной стратегии.

(d) Экономические субъекты, занимающиеся производством и торговлей алкогольной продукцией, играют важную роль в области разработки, производства, распределения, маркетинга и сбыта алкогольных напитков. Им особо предлагается рассмотреть эффективные пути предупреждения и сокращения вредного употребления алкоголя в рамках вышеуказанной осуществляемой ими деятельности, включая меры и инициативы в области саморегулирования. Они также могли бы внести вклад, предоставляя имеющиеся данные о продаже и потреблении алкогольных напитков.

(e) СМИ играют все более важную роль не только в качестве источника новостей и информации, но также в качестве канала для коммерческой коммуникации, и их следует побуждать к поддержке целей и мероприятий в рамках глобальной стратегии.

### **Информационно-пропагандистская деятельность и партнерства в области общественного здравоохранения**

46. Международная информационно-пропагандистская деятельность и партнерства в области общественного здравоохранения необходимы для укрепления приверженности и возможностей правительств и всех соответствующих сторон на всех уровнях в целях сокращения вредного употребления алкоголя во всем мире.

47. ВОЗ привержена повышению осведомленности о проблемах общественного здравоохранения, вызываемых вредным употреблением алкоголя, и о возможных шагах по предотвращению и сокращению такого употребления ради спасения человеческих жизней и сокращения страданий. ВОЗ будет взаимодействовать с другими международными межправительственными организациями и, в соответствующих случаях, международными органами, представляющими основные заинтересованные стороны, в обеспечении того, чтобы соответствующие участники могли внести вклад в сокращение вредного употребления алкоголя.

48. Секретариат будет оказывать поддержку государствам-членам посредством:

(a) повышения осознания масштабов проблем общественного здравоохранения, вызываемых вредным употреблением алкоголя, и пропаганды необходимости предпринять надлежащие действия на всех уровнях, чтобы предотвратить и уменьшить такие проблемы;

(b) выступая за то, чтобы уделялось внимание вопросам вредного употребления алкоголя в повестках дня соответствующих международных и межправительственных организаций в целях обеспечения согласованности политики между сектором здравоохранения и другими секторами на региональном и глобальном уровнях;

(c) содействия и облегчения международной координации, сотрудничества, партнерств и обмена информацией для обеспечения необходимого синергизма и согласованных действий всех соответствующих сторон;

- (d) обеспечения последовательности, научной обоснованности и четкости основных сообщений, касающихся предотвращения и сокращения вредного употребления алкоголя;
- (e) содействия созданию межстрановых сетей и обмену опытом между странами;
- (f) содействия созданию международных сетей для решения специфичных и сходных проблем (например, решения специфичных проблем коренных групп населения или других меньшинств или изменения распространенных среди молодежи привычек употребления алкоголя);
- (g) поощрения надлежащего учета участниками международных, региональных и двусторонних торговых переговоров необходимости и способности национальных правительств и субнациональных органов власти регулировать распределение, продажу и маркетинг алкоголя, сокращая таким образом издержки для здоровья и социальные издержки, связанные с алкоголем;
- (h) обеспечения наличия в Секретариате ВОЗ процессов, необходимых для работы с неправительственными организациями и другими группами гражданского общества, принимая во внимание любые конфликты интересов, которые могут иметь некоторые неправительственные организации;
- (i) продолжения своего диалога с частным сектором в отношении того, как этот сектор может наилучшим образом внести свой вклад в уменьшение вреда, связанного с алкоголем. Будет уделяться надлежащее внимание затрагиваемым коммерческим интересам и возможному конфликту между ними и задачами общественного здравоохранения.

#### **Техническая поддержка и создание потенциала**

49. Многим государствам-членам необходимы возросший потенциал и возможности для выработки, обеспечения соблюдения и поддержки необходимой политики и правовых механизмов, а также механизмов осуществления. Глобальные действия будут поддерживать национальные действия посредством разработки устойчивых механизмов и обеспечения необходимого нормативного руководства и технических средств для эффективной технической поддержки и создания потенциала с особым упором на развивающиеся страны и страны с низким и средним уровнями доходов. Такие действия должны соответствовать национальным условиям, потребностям и приоритетам. Создание необходимой инфраструктуры для эффективных ответных мер политики в странах с более высоким или возрастающим бременем болезней, связанных с алкоголем, является важной предпосылкой для достижения более широких целей в области общественного здравоохранения и развития.

50. ВОЗ привержена сотрудничеству с другими соответствующими участниками на региональном и глобальном уровнях, с тем чтобы обеспечить техническое руководство и поддержку усилению институционального потенциала для реагирования на проблемы общественного здравоохранения, вызванные вредным употреблением алкоголя. ВОЗ будет уделять особое внимание поддержке и созданию потенциала в развивающихся странах и странах с низким и средним уровнями доходов.

51. Секретариат будет оказывать поддержку государствам-членам посредством:
- (a) документирования и распространения хороших моделей реагирования служб здравоохранения на проблемы, связанные с алкоголем;
  - (b) документирования и распространения наилучшей практики и моделей реагирования на проблемы, связанные с алкоголем, в различных секторах;
  - (c) использования специальных знаний в других областях, таких как дорожная безопасность, налогообложение и правосудие, вместе с опытом общественного здравоохранения, с тем чтобы разработать эффективные модели предотвращения и сокращения вреда, связанного с алкоголем;
  - (d) обеспечения нормативного руководства в отношении эффективных и затратоэффективных мероприятий по профилактике и лечению в различных условиях;
  - (e) развития и укрепления глобальных, региональных и межстрановых сетей для оказания помощи в обмене наилучшей практикой и содействия в создании потенциала;
  - (f) реагирования на запросы государств-членов в отношении поддержки их усилий по созданию потенциала для обеспечения понимания последствий международной торговли и торговых соглашений для здоровья.

### **Формирование и распространение знаний**

52. Важными областями международных действий будет мониторинг тенденций в потреблении алкоголя, вреда, относимого на счет алкоголя, и ответных мер общества, анализ этой информации и содействие ее своевременному распространению. Необходимы дальнейшая систематическая консолидация и распространение на глобальном уровне имеющихся знаний о масштабах вредного употребления алкоголя, а также об эффективности и затратоэффективности профилактических и лечебных мероприятий, особенно информации об эпидемиологии употребления алкоголя и вреде, связанном с алкоголем, о воздействии вредного употребления алкоголя на экономическое и социальное развитие и распространение инфекционных болезней в развивающихся странах и странах с низким и средним уровнями доходов.

53. Глобальная информационная система по алкоголю и здоровью и ее региональные компоненты были разработаны ВОЗ для динамичного представления данных об уровнях и формах потребления алкоголя, последствиях для здоровья и социальных последствиях, относимых на счет алкоголя, и об ответных мерах политики на всех уровнях. Улучшение глобальных и региональных данных об алкоголе и здоровье требует разработки национальных систем мониторинга, регулярного представления данных в ВОЗ назначенными координаторами и укрепления соответствующих мероприятий по эпиднадзору.

54. ВОЗ постоянно работает с соответствующими партнерами над составлением международной повестки дня научных исследований в области алкоголя и здоровья, над созданием потенциала для исследований, а также над содействием и поддержкой

международных исследовательских сетей и проектов в целях получения и распространения данных, необходимых для информирования политики и разработки программ.

55. Секретариат будет оказывать поддержку государствам-членам посредством:

- (a) обеспечения международного справочно-информационного центра для информации об эффективных и затратоэффективных мероприятиях по уменьшению вредного употребления алкоголя, включая содействие обмену информацией об эффективных службах лечения;
- (b) укрепления Глобальной информационной системы по алкоголю и здоровью и сравнительной оценки рисков бремени болезней, относимых на счет алкоголя;
- (c) разработки или совершенствования соответствующих механизмов сбора данных, основанных на сопоставимых данных и согласованных показателях и определениях, с тем чтобы содействовать сбору, систематизации, анализу и распространению данных на глобальном, региональном и национальном уровнях;
- (d) содействия региональным и глобальным сетям для поддержки и дополнения национальных усилий с упором на формирование знаний и обмен информацией;
- (e) дальнейшего сотрудничества с международными сетями ученых и экспертов здравоохранения для содействия исследованиям по различным аспектам вредного употребления алкоголя;
- (f) содействия сравнительным исследованиям эффективности различных мер политики, примененных в различных культурных условиях и контекстах развития;
- (g) содействия оперативным исследованиям для расширения эффективных мероприятий и исследований в области взаимосвязи между вредным употреблением алкоголя и проявлениями социального неравенства и неравенства в отношении здоровья.

### **Мобилизация ресурсов**

56. Масштабы распространения болезней, относимых на счет употребления алкоголя, и социального бремени находятся в резком противоречии с ресурсами, имеющимися на всех уровнях, для сокращения вредного употребления алкоголя. Глобальные инициативы в области развития должны учитывать, что странам с низким и средним уровнями доходов необходима техническая поддержка - посредством как оказания практической помощи, так и предоставления опыта, - для разработки и укрепления национальных мер политики и планов для предотвращения вредного употребления алкоголя и развития надлежащей инфраструктуры, в том числе в системах медико-санитарной помощи. Учреждениям по развитию следует рассматривать сокращение вредного употребления алкоголя в качестве приоритетной области в развивающихся странах и странах с низким и средним уровнями доходов с высоким бременем болезней, которые можно отнести к вредному употреблению алкоголя. Официальная помощь развитию так же, как и механизмы сотрудничества между развивающимися странами, дает возможности для создания устойчивого институционального потенциала в этой области в развивающихся странах и странах с низким и средним уровнями доходов. В этой связи государствам-членам настоятельно

предлагается оказывать друг другу поддержку в осуществлении глобальной стратегии с помощью международного сотрудничества и оказания развивающимся странам финансового содействия, в том числе официальной помощи развитию.

57. ВОЗ привержена оказанию странам по их просьбе содействия в мобилизации и объединении имеющихся ресурсов для поддержки глобальных и национальных действий по сокращению вредного употребления алкоголя в установленных приоритетных областях.

58. Секретариат будет оказывать поддержку государствам-членам посредством:

- (а) содействия обмену опытом и хорошей практикой финансирования мер политики и мероприятий, направленных на сокращение вредного употребления алкоголя;
- (б) изучения новых или новаторских путей и средств обеспечения адекватного финансирования для осуществления глобальной стратегии;
- (с) сотрудничества с международными партнерами, межправительственными партнерами и донорами с целью мобилизации необходимых ресурсов для поддержки усилий развивающихся стран и стран с низким и средним уровнями доходов по сокращению вредного употребления алкоголя.

## **ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ СТРАТЕГИИ**

59. Для успешного осуществления стратегии потребуются согласованные действия государств-членов, эффективное глобальное руководство и надлежащее участие всех соответствующих заинтересованных сторон. Все действия, перечисленные в стратегии, предлагаются в поддержку решения указанных в ней пяти задач.

60. Секретариат будет регулярно представлять доклады о глобальном бремени связанного с алкоголем вреда, формулировать основанные на фактических данных рекомендации и выступать за принятие на всех уровнях мер по предотвращению и сокращению вредного употребления алкоголя. Он будет сотрудничать с другими межправительственными организациями и, в соответствующих случаях, с другими международными органами, представляющими основные заинтересованные стороны, с целью обеспечения того, чтобы действиям по сокращению вредного употребления алкоголя уделялось надлежащее приоритетное внимание и выделялись ресурсы.

## **Связи и взаимодействие с другими стратегиями, планами и программами**

61. Настоящая глобальная стратегия опирается на такие региональные инициативы, как Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ (резолюция EUR/RC55/R1), Региональная стратегия по сокращению связанного с алкоголем вреда в Регионе Западной части Тихого океана (резолюция WPR/RC57.R5), Борьба с употреблением алкоголя - варианты политики в Регионе стран Юго-Восточной Азии (резолюция SEA/RC59/R8), Проблемы общественного здравоохранения, связанные с употреблением алкоголя в Регионе стран Восточного Средиземноморья (резолюция EM/RC53/R.5), и действия по сокращению вредного употребления алкоголя в Африканском регионе (документ AFR/RC58/3).

62. Вредное употребление алкоголя является одним из четырех основных факторов риска, выделенных в плане действий по осуществлению глобальной стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными болезнями (резолюция WHA61.14). Стратегия сокращения вредного употребления алкоголя учитывает и увязывается с другими факторами риска, вызывающими неинфекционные заболевания, и программами по конкретным болезням, особенно в рамках глобальной стратегии по питанию, физической активности и здоровью (резолюция WHA57.17), борьбы против табака (резолюция WHA56.1), укрепления здоровья и здорового образа жизни (резолюция WHA57.16) и профилактики рака и борьбы с ним (резолюция WHA58.22).

63. Стратегия также предусматривает увязку и координацию с другими сходными направлениями деятельности ВОЗ, особенно с Программой действий по ликвидации пробелов в области охраны психического здоровья, включая профилактику самоубийств и ведение других нарушений, связанных с токсикоманией, а также с программной деятельностью в области насилия и здоровья (резолюция WHA56.24), дорожной безопасности и здоровья (резолюция WHA57.10), здоровья и развития детей и подростков (резолюция WHA56.21) и репродуктивного здоровья (резолюция WHA57.12).

64. С появлением новых фактических данных больше внимания уделяется связям между вредным употреблением алкоголя и некоторыми инфекционными болезнями, а также между вредным употреблением алкоголя и развитием. Эта стратегия также увязывается с существующими программами ВОЗ по ВИЧ/СПИДу и туберкулезу и с ее работой по уменьшению несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья (резолюция WHA62.14) и с работой ВОЗ по достижению связанных со здоровьем целей, в том числе целей в области развития, содержащихся в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций (резолюция WHA58.30).

65. Осуществление глобальной стратегии по сокращению вредного употребления алкоголя обеспечивает поддержку региональным бюро ВОЗ в формулировании, пересмотре и реализации политики, рассчитанной на конкретные регионы, и, совместно со страновыми бюро, обеспечивает техническую поддержку государствам-членам. Будет также сделан упор на координацию внутри Секретариата, с тем чтобы все мероприятия, имеющие отношение к вредному употреблению алкоголя, соответствовали этой стратегии.

### **Мониторинг прогресса и механизмы отчетности**

66. В целях мониторинга прогресса стратегия обязывает использовать на различных уровнях соответствующие механизмы по оценке, представлению отчетности и пересмотру программ. Для оценки решения задач стратегии необходим механизм, ориентированный на оказываемое воздействие.

67. Важными элементами механизмов отчетности и мониторинга являются реализованные ВОЗ Глобальное обследование по алкоголю и здоровью и Глобальная информационная система по алкоголю и здоровью. Инструменты по сбору данных для этой информационной системы будут скорректированы таким образом, чтобы включить соответствующую отчетность о процессе и итогах осуществления стратегии на национальном уровне.

68. Регулярные совещания глобальных и региональных сетей в составе национальных партнеров обеспечивают механизм для технического обсуждения осуществления глобальной стратегии на различных уровнях. Помимо оценки этого процесса, указанные совещания могли бы включать подробное обсуждение приоритетных областей и тем, относящихся к осуществлению.

69. Государства-члены будут получать информацию об осуществлении глобальной стратегии в форме регулярных докладов, представляемых региональным комитетам и Ассамблее здравоохранения ВОЗ. Информацию об осуществлении и прогрессе также следует представлять на региональных или международных форумах и на соответствующих межправительственных совещаниях.

---

## ПРИЛОЖЕНИЕ 5

### **Неправительственные организации, с которыми были установлены или сохранены официальные отношения с ВОЗ, в соответствии с резолюцией EB126.R17 и решением EB126(5)**

[EB126/28, Приложение –22 января 2010 г.]

Африканский фонд по медицинским и научным исследованиям<sup>1</sup>  
Фонд Ага Хана<sup>1</sup>  
Ассоциация институтов и школ тропической медицины в Европе  
ЦПЗ - Церковь в поддержку здоровья<sup>1</sup>  
Caritas Internationalis  
Международная коллегия нейропсихофармакологии  
"Потребители Интернэшнл"<sup>1</sup>  
Совет международных организаций по медицинским наукам<sup>1</sup>  
Совет по медицинским исследованиям в интересах развития<sup>1</sup>  
"Кроплайф Интернэшнл"<sup>2</sup>  
Евробезопасность – Европейская ассоциация по предупреждению травматизма и укреплению безопасности<sup>1</sup>  
Всемирная стоматологическая федерация FDI<sup>2</sup>  
Альянс Рамочной конвенции по борьбе против табака<sup>1</sup>  
Глобальный форум по медицинским исследованиям<sup>1</sup>  
Глобальный совет по здравоохранению<sup>1</sup>  
"Элен Келлер Интернэшнл"<sup>2</sup>  
Международное агентство по предупреждению слепоты<sup>2</sup>  
Международный альянс организаций пациентов<sup>1</sup>  
Международная ассоциация по биологическим препаратам<sup>1</sup>  
Международная ассоциация стоматологических исследований<sup>1</sup>  
Международная ассоциация техников-биологов<sup>1</sup>  
Международная ассоциация канцер-регистров<sup>1</sup>  
Международная ассоциация по эхинококкозу  
Международная ассоциация логопедов и фониатров  
Международная ассоциация медицинских регулирующих органов  
Международный католический комитет медицинских сестер и медико-социальных помощников<sup>1</sup>  
Международный колледж хирургов<sup>1</sup>  
Международная комиссия по радиологической защите<sup>2</sup>  
Международный комитет по мониторингу вспомогательных репродуктивных технологий  
Международная конференция деканов франкоязычных медицинских факультетов<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Деятельность за период 2007-2009 гг.

<sup>2</sup> Деятельность за период 2006-2008 гг.

Международный совет по вопросам стандартизации в гематологии<sup>1</sup>  
Международный совет медицинских сестер<sup>1</sup>  
Международная федерация борьбы с диабетом<sup>2</sup>  
Международная эпидемиологическая ассоциация<sup>1</sup>  
Международная федерация по медицинской и биологической инженерии<sup>1</sup>  
Международная федерация биомедицинских лабораторных наук  
Международная федерация клинической химии и лабораторной медицины  
Международная федерация обществ по проблемам фертильности<sup>1</sup>  
Международная федерация организаций по медико-санитарной документации<sup>1</sup>  
Международная федерация больничной инженерии<sup>1</sup>  
Международная федерация ассоциаций студентов-медиков<sup>1</sup>  
Международная федерация оториноларингологических обществ<sup>2</sup>  
Международная федерация фармацевтических фирм-изготовителей и ассоциаций<sup>1</sup>  
Международная федерация хирургических колледжей<sup>1</sup>  
Международная больничная федерация<sup>1</sup>  
Международная инсулиновая федерация  
Международная лига против эпилепсии<sup>3</sup>  
Международная ассоциация по лепре<sup>2</sup>  
Международная федерация по спасению жизни  
Международная ассоциация медицинской информатики<sup>1</sup>  
Международная организация медиков-парламентариев<sup>1</sup>  
Международная сеть по лечению и научным исследованиям в области рака  
Международная сеть по охране здоровья, окружающей среды и безопасности детей<sup>2</sup>  
Международная организация по борьбе против трахомы  
Международная организация стандартизации<sup>1</sup>  
Международная фармацевтическая федерация<sup>1</sup>  
Международная организация "Врачи за предотвращение ядерной войны"<sup>3</sup>  
Международное общество по ожоговым травмам<sup>1</sup>  
Международное общество по телемедицине и электронному здравоохранению  
Международное общество по переливанию крови<sup>1</sup>  
Международное общество ортопедической хирургии и травматологии<sup>1</sup>  
Международное общество рентгенологии<sup>1</sup>  
Международное общество по тромбозам и гемостазам<sup>1</sup>  
Международная ассоциация по удалению твердых отходов<sup>2</sup>  
Международный союз борьбы с туберкулезом и болезнями легких<sup>2</sup>  
Международный союз охраны природы и природных ресурсов  
Международный союз архитекторов<sup>1</sup>  
Международный союз базовой и клинической фармакологии<sup>1</sup>  
Международный союз иммунологических обществ<sup>2</sup>  
Международный союз микробиологических обществ  
Международный союз психологических наук<sup>3</sup>  
Международный союз токсикологии<sup>2</sup>  
Medicus Mundi International (Международная организация сотрудничества в области медико-санитарной помощи)<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Деятельность за период 2007-2009 гг.

<sup>2</sup> Деятельность за период 2006-2008 гг.

<sup>3</sup> Деятельность за период 2005-2007 гг.

OXFAM<sup>1</sup>  
"ОРБИС Интернэшнл"<sup>2</sup>  
Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ГСЛ+) «Стичтинг» (GNP+)  
Фармацевтическая ассоциация стран Содружества<sup>1,3</sup>  
Международная лига дерматологических обществ<sup>1</sup>  
Международная федерация студентов-фармацевтов<sup>1</sup>  
Международное акционерное общество по обеспечению качества медико-санитарной помощи<sup>1</sup>  
Международное общество рентгенологов и рентгенотехников<sup>1</sup>  
Сеть: к единству в здравоохранении<sup>1</sup>  
Фонд спасения детей<sup>1</sup>  
Трансплантационное общество<sup>1</sup>  
Всемирная федерация акупунктуры - обществ иглипунктуры<sup>1</sup>  
Всемирная акционерная медицинская ассоциация<sup>1</sup>  
Всемирная ассоциация обществ по вопросам патологий и лабораторной медицины<sup>1</sup>  
Всемирный союз слепых<sup>2</sup>  
Всемирная федерация по вопросам медицинского образования<sup>1</sup>  
Всемирная федерация хиропрактиков<sup>1</sup>  
Всемирная федерация по гидротерапии и климатотерапии<sup>2</sup>  
Всемирная федерация ассоциаций общественного здравоохранения<sup>1</sup>  
Всемирная федерация обществ анестезиологов<sup>1</sup>  
Всемирная федерация по ультразвуку в медицине и биологии<sup>1</sup>  
Всемирная организация семейных врачей<sup>1</sup>  
Всемирная индустрия самолечения<sup>1</sup>  
Международная организация "World Vision International"<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Деятельность за период 2007-2009 гг.

<sup>2</sup> Деятельность за период 2006-2008 гг.

<sup>3</sup> Ранее именовалась Фармацевтической ассоциацией стран Содружества.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 6

### **Руководящие положения для проведения ВОЗ обзора психоактивных веществ в целях международного контроля: предлагаемый пересмотренный вариант<sup>1</sup>**

[ЕВ126/21, Приложение – 17 декабря 2009 г.]

#### **СОДЕРЖАНИЕ**

	<b>Стр.</b>
I. Полномочия .....	94
II. Основные принципы .....	95
III. Положения конвенций .....	96
IV. Процедура проведения обзора ВОЗ.....	98
Сбор информации.....	98
Предварительное рассмотрение .....	99
Критический обзор.....	99
Документы о критическом обзоре .....	100
Предварительное рассмотрение освобожденных от контроля препаратов, содержащих психотропные вещества.....	102
Комитет экспертов по лекарственной зависимости.....	102
Информационное заседание .....	103
Эксперты, сотрудничающие в проведении обзора ВОЗ.....	104
Оценка для занесения в списки Комитетом экспертов.....	104
Процесс оценки.....	105

---

<sup>1</sup> См. документ ЕВ126/2010/REC/2, протокол двенадцатого заседания, в отношении принятия этих руководящих положений.

---

	Оценка Комитетом экспертов освобожденных от контроля препаратов .....	110
V.	Передача рекомендаций ВОЗ .....	111
VI.	Публикация документов, связанных с обзором ВОЗ .....	111
VII.	Аббревиатуры и определения .....	111
Дополнение 1	Выдержки из Конвенций Организации Объединенных Наций о контроле над наркотическими средствами .....	113
	Единая конвенция о наркотических средствах, 1961 г. с поправками, внесенными Протоколом 1972 г. (выдержка) .....	113
	Конвенция о психотропных веществах, 1971 г. (выдержки).....	116
	Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ, 1988 г. (выдержки) .....	119
Дополнение 2	Резолюция 1 (S-VIII) Комиссии Организации Объединенных Наций по наркотическим средствам .....	121
Дополнение 3	Схема процедуры оценки .....	123

## I. ПОЛНОМОЧИЯ

1. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) является специализированным учреждением, на которое возложена оценка медицинских, научных и связанных с общественным здравоохранением аспектов психоактивных веществ в соответствии с Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 г. (Конвенцией 1961 г.) с поправками, внесенными в нее Протоколом 1972 г., и Конвенцией о психотропных веществах, 1971 . (Конвенцией 1971 года)<sup>1</sup>. Руководящий документ для этой оценки был разработан в соответствии с резолюциями Всемирной ассамблеи здравоохранения<sup>2</sup> и Комиссии Организации Объединенных Наций по наркотическим средствам (КНС). В настоящем документе содержатся поправки к предыдущей версии руководящих принципов и излагаются положения, устанавливающие основополагающие принципы процедуры обзора, механизмы работы внутри Секретариата ВОЗ и с внешними органами, а также характер подготавливаемой документации. Руководящие положения охватывают обязанности ВОЗ согласно Статье 3 Конвенции 1961 г. и Статье 2 Конвенции 1971 . относительно того, рекомендовать или не рекомендовать введение международного контроля над веществами, а также относительно оценки освобожденных от контроля препаратов согласно Статье 3 Конвенции 1971 года. Наиболее распространенные термины и аббревиатуры приводятся в разделе VII.

2. Тридцать третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в резолюции WHA33.27 (1980 г.) предложила Генеральному директору "содействовать разработке и укреплению национальных и международных программ по оценке, классификации, контролю и правильному применению наркотических и психотропных веществ, включая вещества растительного происхождения, и способствовать развитию этих программ, разрабатывая подходящие руководства", и далее "укреплять координацию между программами ВОЗ, касающимися наркотических и психотропных веществ, программами ВОЗ по вопросам политики в области лекарственных средств и контролю за их применением, другими соответствующими программами, а также сотрудничество с заинтересованными неправительственными организациями".

3. С учетом опыта, приобретенного в последние годы, и следуя указаниям Исполнительного комитета<sup>3</sup>, ВОЗ в консультации с КНС в 1986 г. разработала руководящий документ по анализу и оценке наркотических и психотропных веществ для принятия решений о международном контроле<sup>4</sup>, который был пересмотрен в 1990 году<sup>5</sup>. Поправки и решения, принятые затем Исполнительным комитетом в 1994 г.<sup>6</sup> и в 1999 г.<sup>7</sup>, привели к следующему пересмотру в 2000 году. Впоследствии по просьбе Комитета экспертов по лекарственной зависимости (Комитета экспертов) Исполнительному комитету были представлены дополнительные руководящие положения для уточнения некоторых

---

<sup>1</sup> Наиболее соответствующие выдержки из этих конвенций содержатся в Дополнении 1.

<sup>2</sup> Резолюция WHA33.27.

<sup>3</sup> Резолюция EB73.R11.

<sup>4</sup> Решение EB77(3).

<sup>5</sup> Решение EB85(10).

<sup>6</sup> Решение EB93(16).

<sup>7</sup> Решение EB103(5).

вопросов<sup>1</sup>. Исполком рассмотрел предложенные дополнительные руководящие положения в мае 2004 г.<sup>2</sup> и январе 2005 г.<sup>3</sup>, когда он предложил Секретариату и Комитету экспертов продолжить свою работу над этим вопросом. Настоящий предложенный пересмотренный вариант руководящих положений составлен в ответ на это предложение.

## II. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ

4. В преамбуле Единой конвенции о наркотических средствах 1961 г. говорится:

*"Стороны,  
обеспокоенные здоровьем и благополучием человечества,  
признавая, что применение наркотических средств в медицине продолжает  
быть необходимым для облегчения боли и страданий и что должны быть  
приняты надлежащие меры для удовлетворения потребностей в  
наркотических средствах для таких целей,  
признавая, что наркомания является серьезным злом для отдельных лиц и  
чревата социальной и экономической опасностью для человечества,  
сознавая свою обязанность предотвратить это зло и бороться с ним,  
принимая во внимание, что эффективные меры против злоупотребления  
наркотическими средствами требуют принтия координированных и  
универсальных мер,  
понимая, что такие универсальные меры требуют международного  
сотрудничества, руководимого теми же принципами и направленными на  
достижение общих целей,  
признавая компетенцию Организации Объединенных Наций в области  
контроля над наркотиками и желая, чтобы заинтересованные  
международные органы находились в рамках этой Организации,  
желая заключить общеприемлемую международную конвенцию, заменяющую  
существующие договоры о наркотических средствах, ограничивающую  
использование наркотических средств медицинскими и научными целями и  
предусматривающую постоянное международное сотрудничество и контроль  
для осуществления этих принципов и целей..."*

---

<sup>1</sup> Документы EB114/7 и EB115/12.

<sup>2</sup> Документ EB114/2004/REC/1, протокол третьего заседания.

<sup>3</sup> Документ EB115/2005/REC/2, протокол шестого заседания.

В преамбуле Конвенции о психотропных веществах 1971 г. говорится:

*"Стороны,*

*заботясь о здоровье и благополучии человечества,*

*отмечая с беспокойством наличие проблемы для здоровья населения и социальной проблемы, возникающих в результате злоупотребления некоторыми психотропными веществами,*

*исполненные решимости предотвращать злоупотребление такими веществами и незаконный оборот, который оно порождает, и бороться против них,*

*считая, что необходимы строгие меры для ограничения использования таких веществ законными целями,*

*признавая, что использование психотропных веществ для медицинских и научных целей необходимо и что их доступность для таких целей не должна чрезмерно ограничиваться,*

*считая, что для того, чтобы меры против злоупотребления такими веществами были эффективными, они должны быть координированными и универсальными,*

*признавая компетенцию Организации Объединенных Наций в области контроля над психотропными веществами и желая, чтобы заинтересованные международные органы находились в рамках этой Организации,*

*признавая, что для достижения этих целей необходима международная конвенция ..."*

Процедура обзора ВОЗ, основанная на соображениях общественного здравоохранения и использующая основанный на фактических данных подход, будет применять наилучшую из имеющейся соответствующей информации. В соответствии с требованиями Конвенций 1961 г. и 1971 г., ВОЗ будет разрабатывать рекомендации о занесении в списки, руководствуясь положениями Конвенций в отношении изменений в охвате контроля веществ, учитывая преамбулы Конвенций и необходимость уменьшить риск для здоровья населения, включая обеспечение равновесия между риском злоупотребления и необходимостью всеобщего доступа к основным лекарственным средствам, а также учитывая соответствующие резолюции своих руководящих органов. Конвенции являются юридически обязательными документами; процедура обзора ВОЗ должна применяться таким образом, чтобы соответствовать духу и букве Конвенций.

### **III. ПОЛОЖЕНИЯ КОНВЕНЦИЙ**

5. Конвенции 1961 г. и 1971 г. возлагают на ВОЗ ответственность за проведение обзора и оценки веществ для определения необходимости контроля над ними согласно Конвенциям. Предложение о проведении такого обзора может быть инициировано путем уведомления Генерального секретаря Организации Объединенных Наций Стороной

Конвенции или самой ВОЗ<sup>1</sup>. ВОЗ направит результаты этого обзора КНС, которая несет ответственность за принятие решения о занесении веществ в списки согласно положениям Конвенций<sup>2</sup>.

6. Основой для рекомендаций ВОЗ относительно занесения в списки является оценка, призванная определить, удовлетворяет ли вещество конкретным критериям, изложенным в Конвенциях. Согласно положениям Конвенции 1961 г., КНС должна принять или отклонить рекомендацию ВОЗ в целом, за исключением случая, когда она принимает решение занести вещество только в Список I, но не в Список IV, если ВОЗ рекомендует одновременное включение в оба списка. КНС в принципе должна принимать медицинские, научные, химические и фармакологические результаты ВОЗ и, если КНС отклоняет рекомендацию, она должна руководствоваться иными причинами, чем соображения административного или социального характера<sup>3</sup>. В случае Конвенции 1971 г. КНС может принять предложение ВОЗ, но она может также решить занести вещество в иной список, чем рекомендованный ВОЗ. В отношении контроля по Конвенции 1971 г. оценка ВОЗ является решающей по научным и медицинским вопросам, но при принятии своего решения КНС может также учитывать юридические, административные, экономические, социальные и иные факторы<sup>4</sup>. Согласно положениям обеих Конвенций, Страна, которая не согласна с решением КНС, может предложить Экономическому и Социальному Совету пересмотреть это решение; Совет может подтвердить, изменить или отменить решение КНС.

7. Согласно положениям статьи 3 Конвенции 1971 г., Страна может освободить от конкретных мер контроля препарат, содержащий одно или более веществ, занесенных в списки, если этот препарат имеет такой состав, что риск злоупотребления им отсутствует или является незначительным, и что это вещество не может быть извлечено посредством легко доступных способов в количестве, при котором возможно злоупотребление, так что данный препарат не создает проблемы для здоровья населения и социальной проблемы. Страна должна направить уведомление Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций, который, в свою очередь, передает его другим Странам, ВОЗ и Международному совету по контролю за наркотическими средствами. Если Страна или ВОЗ располагают сведениями, которые, по их мнению, требуют прекращения освобождения препарата от мер контроля, она должна соответствующим образом уведомить Генерального секретаря Организации Объединенных Наций и представить информацию в подтверждение этого уведомления. ВОЗ рассматривает данные, представленные Странами, которые желают воспользоваться данным положением

---

<sup>1</sup> Генеральный директор представляет ВОЗ для цели получения уведомлений согласно международным конвенциям по контролю над наркотиками и составлению рекомендаций в отношении международного контроля психоактивных веществ по этим конвенциям на основе рекомендаций и консультативной помощи, предоставленной ему или ей, как описано в настоящих руководящих положениях.

<sup>2</sup> Процесс занесения в списки определен в Статье 3 Конвенции 1961 г. и Статьях 2 и 17 (п. 2) Конвенции 1971 г. Этот процесс подробно описан в комментариях к этим Конвенциям, опубликованным Организацией Объединенных Наций.

<sup>3</sup> Commentary on the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs (1961 Convention), para. 16–18 (p. 90) (Комментарии к Единой конвенции о наркотических средствах).

<sup>4</sup> Конвенция 1971 г, Ст. 2, п. 5; см. также Commentary on the Convention of Psychotropic Substances (1971 Convention), para. 20 (p. 71) (Комментарии к Конвенции о психотропных веществах).

Конвенции 1971 г. об освобождении от контроля, применяя конкретные положения, одобренные КНС<sup>1</sup>.

8. Согласно положениям Конвенции 1961 г., препараты наркотических средств, освобожденные от конкретных мер контроля, перечислены в Списке III. Новые освобождения можно осуществлять лишь путем включения препарата в Список III, и соответствующие предложения рассматриваются ВОЗ таким же образом, как и предложения в отношении отдельных веществ.

9. Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ, 1988 г. (Конвенция 1988 г.), вступила в силу в ноябре 1990 года. Статья 12 Конвенции 1988 г. устанавливает международный контроль над веществами, часто используемыми при незаконном производстве наркотических средств или психотропных веществ. Эти вещества перечислены в Таблице I и Таблице II Конвенции. На ВОЗ не возложена никакая официальная роль при занесении таких веществ в списки в соответствии с Конвенцией 1988 года. Однако вполне возможно, что одно и то же вещество может рассматриваться на предмет установления контроля одновременно в соответствии с Конвенцией 1961 г., Конвенцией 1971 г. или Конвенцией 1988 года. Руководство относительно того, как решать вопросы в такой ситуации, предоставлено ниже в подразделе *Оценка для занесения в списки Комитетом экспертов*.

#### **IV. ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕНИЯ ОБЗОРА ВОЗ<sup>2</sup>**

10. Цель процедуры обзора ВОЗ состоит в оценке веществ для международного контроля. Используя данные, представленные Секретариатом, Комитет экспертов проводит предварительное рассмотрение и критические обзоры для составления рекомендации Генеральному директору относительно занесения в списки.

11. Обзор освобожденных препаратов, уведомление о которых поступило от Стороны, включает предварительное рассмотрение Секретариатом и оценку Комитетом экспертов.

12. График процедуры обзора должен быть установлен Секретариатом с учетом графика работы КНС и ее процедурных требований.

#### **Сбор информации**

13. Информацию о психоактивных веществах, злоупотребление которыми происходит или может происходить, и о веществах, которые могут быть превращены в такие вещества, Секретариат должен регулярно собирать из литературы, программ ВОЗ, сотрудничающих центров ВОЗ, национальных органов здравоохранения и контроля за лекарственными

---

<sup>1</sup> Конкретная процедура ВОЗ в отношении рассмотрения освобожденных от контроля препаратов была разработана в соответствии с руководящими положениями Комиссии об освобождении. Эти положения, которые в значительной степени основаны на рекомендациях ВОЗ, были одобрены КНС на ее Восьмой специальной сессии и изложены в ее резолюции 1(S-VIII). См. доклад Комиссии в Официальных протоколах Экономического и Социального Совета, 1984 г. Дополнение No. 3 (документ E/CN.7/1984/13).

<sup>2</sup> См. Дополнение 3 в отношении схемы процедуры оценки.

средствами, межправительственных и неправительственных организаций, а также из исследовательских и академических учреждений и из других источников.

### **Предварительное рассмотрение**

14. Цель предварительного рассмотрения состоит в том, чтобы определить, оправдывает ли имеющаяся информация проведение критического обзора Комитетом экспертов.

15. Предварительное рассмотрение инициируется после представления в Комитет экспертов предложения вместе с сопровождающей информацией либо (1) Секретариатом, либо (2) любым членом Комитета экспертов, либо (3) представителями других организаций, приглашенных для участия в совещании Комитета экспертов в соответствии с пунктом 35. Секретариат внесет предварительное рассмотрение вещества в повестку дня первого возможного совещания Комитета экспертов.

16. Категории информации для оценки веществ в рамках предварительного рассмотрения являются теми же, что и категории, используемые в критическом обзоре. Секретариат должен представить сопровождающую информацию, необходимую для предварительного рассмотрения, в виде краткого резюме соответствующей информации. На этой стадии Комитет экспертов должен решить, оправдывает ли представленная информация проведение критического обзора. Если Комитет экспертов решит, что проведение критического обзора не является оправданным, то он должен рекомендовать не проводить дальнейшей оценки вещества. Предварительное рассмотрение является предварительным анализом и полученные на этой стадии результаты не должны определять необходимость изменения состояния контроля вещества. Конфиденциальность информации, полученной ВОЗ для использования в ходе обзора, будет соблюдаться, если такая просьба поступит от учреждения, предоставившего информацию. В тех случаях, когда Комитет экспертов имеет доступ к информации, используемой для подготовки предварительного рассмотрения, принимаются соответствующие меры к сохранению конфиденциальности.

17. Комитет экспертов рекомендует провести критический обзор, если обнаружит, что информация может оправдывать внесение этого вещества в списки или изменение списка для вещества в Конвенциях 1961 г. и 1971 г. с помощью критериев, содержащихся в пунктах 48 и 59.

### **Критический обзор**

18. Цель критического обзора состоит в рассмотрении вопроса о том, следует ли Комитету экспертов предложить Генеральному директору рекомендовать занесение вещества в списки или изменить его статус в списках.

19. Критический обзор проводится, если:

- (1) от Стороны Конвенции 1961 г. или 1971 г. поступило уведомление, касающееся занесения вещества в списки;
- (2) от КНС поступило четко выраженное предложение провести обзор вещества;

(3) в результате предварительного рассмотрения Комитет экспертов рекомендовал провести критический обзор; или

(4) вниманию ВОЗ представлена информация о том, что вещество производится нелегально, представляет особенно серьезную опасность для общественного здравоохранения и общества и не имеет признанного терапевтического использования ни в одной Стороне.

Если в случае (4) терапевтическое использование такого вещества впоследствии будет подтверждено любым государством-членом, такое вещество должно подлежать предварительному рассмотрению.

### **Документы о критическом обзоре**

20. Цель представления документа о критическом обзоре состоит в предоставлении Комитету экспертов полных данных для использования при оценке отдельных веществ.

21. Секретариат отвечает за сбор и объединение данных о веществах, отобранных для критического обзора. С этой целью с помощью вопросника он будет запрашивать информацию у министерств здравоохранения государств-членов и международных органов контроля за наркотическими средствами и будет распространять повестку дня следующего совещания.

22. Документ о критическом обзоре должен быть как можно более исчерпывающим и сбалансированным с точки зрения представления. Он должен включать адекватные и соответствующие данные, в том числе данные из медицинской литературы и из исследований злоупотребления. В этих целях Секретариат может запрашивать помощь советников и специальных рабочих групп.

23. При подготовке проекта документа о критическом обзоре, в том числе документа по результатам вопросника, Секретариат, по возможности, должен представить информацию под следующими заголовками:

(1) определение вещества с помощью Международного непатентованного наименования (МНН), химического или иного распространенного наименования и фирменных наименований, других определяющих характеристик и регистрационного номера Химической реферативной службы (CAS);

(2) химические свойства, включая общую информацию о синтезе, приготовлении и характеристиках;

(3) легкость превращения в контролируемые вещества;

(4) общая фармакология, включая фармакокинетику и фармакодинамику;

(5) токсикология;

(6) побочные реакции у людей;

(7) потенциал зависимости;

- (8) потенциал злоупотребления;
- (9) виды терапевтического применения, степень терапевтического и эпидемиологического медицинского использования;
- (10) внесение в Перечень ВОЗ основных лекарственных средств;
- (11) разрешение для маркетинга (в качестве лекарственного средства);
- (12) промышленное использование;
- (13) немедицинское использование, злоупотребление и зависимость;
- (14) характер и масштабы проблем общественного здравоохранения, связанных со злоупотреблением и зависимостью;
- (15) законное производство, потребление и международная торговля;
- (16) незаконное производство и незаконный оборот, а также связанная с этим информация;
- (17) действующие международные меры контроля и их воздействие;
- (18) действующие и прошлые национальные меры контроля;
- (19) другие медицинские и научные вопросы, относящиеся к рекомендации о занесении вещества в списки;

24. Данные в критическом обзоре должны быть представлены таким образом, который будет способствовать основанной на фактических данных оценке Комитета экспертов. Критический обзор будет включать резюме и раздел, в котором данные будут сравниваться непосредственно с критериями занесения в списки.

25. Проект документа о критическом обзоре и документ по результатам вопросника передаются всем правительствам, учреждениям, организациям и другим заинтересованным сторонам, которые непосредственно и существенным образом сотрудничали в его подготовке и запросили его. Получатели могут представить замечания по проекту. Для содействия обеспечению такого положения, при котором весь материал, представленный Комитету экспертов, будет соответствовать требованиям времени, Секретариат будет распространять повестку для следующего совещания всем тем, кто сотрудничает в предоставлении информации.

26. Для каждого вещества проект документа о критическом обзоре и доклад по результатам вопросника будут коллегиально рассмотрены двумя экспертами из списков экспертов-консультантов ВОЗ, включая оценку обоснованности представленных фактических данных. Если будут существовать ограничения или опущения данных, они должны быть выявлены, обсуждены и исправлены.

27. Документ о критическом обзоре и доклад по результатам вопросника будут предоставляться всем членам Комитета экспертов по крайней мере за тридцать дней до его совещания и размещаться на веб-сайте ВОЗ в соответствии с правилами ВОЗ в отношении публикации.

28. Конфиденциальность информации, полученной ВОЗ для использования в ходе обзора, будет соблюдаться, если просьба об этом поступила от учреждения, представившего информацию. В этом случае будут достигнуты соответствующие договоренности, когда Комитет экспертов получит доступ к информации, используемой для подготовки предварительного и критического обзора.

### **Предварительное рассмотрение освобожденных от контроля препаратов, содержащих психотропные вещества**

29. Секретариат должен рассмотреть уведомление об освобождении, полученное от Стороны Конвенции 1971 г., с тем чтобы убедиться в том, что препарат, содержащий психотропное вещество, предназначен только для использования внутри страны или экспортируется из страны, освобождающей препарат. Если препарат предназначен только для использования внутри страны и если освобождающая Страна заверяет в своем уведомлении в том, что, насколько ей известно, нет значительного злоупотребления им, Секретариат предполагает, что освобождение не требует оценки Комитетом экспертов. Однако если ВОЗ получит свидетельства о злоупотреблениях в национальных масштабах или информацию о том, что препарат может создавать проблему общественного здравоохранения и социальную проблему для другой Стороны (например, незаконная торговля и/или злоупотребление), вопрос об освобождении решается Комитетом экспертов.

### **Комитет экспертов по лекарственной зависимости**

30. В соответствии с правилами ВОЗ Комитет экспертов проводит по мере необходимости совещания для обсуждения соответствующих вопросов в пределах своей компетенции. Ориентировочно, Комитет экспертов проводит совещания один раз в два года.

31. **Членский состав.** Члены Комитета экспертов отбираются Генеральным директором в соответствии с принятыми ВОЗ Положениями о списках экспертов-консультантов и комитетах экспертов. Генеральный директор устанавливает число экспертов, приглашаемых на совещание Комитета экспертов по лекарственной зависимости, определяет дату и продолжительность и созывает совещание Комитета экспертов.

32. **Функции.** Функции Комитета экспертов состоят в изучении имеющейся у него информации о веществах, рассматриваемых для международного контроля и для освобождения, а также в оказании Генеральному директору ВОЗ консультативной помощи в отношении такого контроля. Консультативная помощь Комитета экспертов касается научных, медицинских результатов и результатов с точки зрения общественного здравоохранения и должна соответствовать критериям, установленным в Конвенциях. Конкретными обязанностями Комитета экспертов в рамках этих функций являются:

- (1) предварительное рассмотрение: решение вопроса о том, следует ли проводить критический обзор вещества;

(2) критический обзор: оценка способности вызывать зависимость, вероятности злоупотребления и создания проблем общественного здравоохранения и социальных проблем, а также терапевтической полезности каждого вещества, подвергающегося обзору; и рекомендация о внесении в соответствующий список по одной из Конвенций;

(3) освобожденные препараты: оценка необходимости прекратить освобождение уведомленных препаратов согласно Конвенции 1971 года.

33. **Процедура.** Применяются Положения ВОЗ о списках экспертов-консультантов и комитетах экспертов.

34. **Секретариат.** Помощь Комитету экспертов оказывает секретариат, состоящий из секретаря и сотрудников соответствующих программ ВОЗ, консультантов и временных советников в зависимости от потребностей. Функции Секретаря выполняет технический сотрудник, компетентный в соответствующих вопросах.

35. **Другие организации.** Для участия в заседаниях Комитета экспертов в качестве наблюдателей могут приглашаться представители организаций Организации Объединенных Наций, таких как Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УНП ООН), Международный совет по контролю над наркотическими средствами (МСКНС), а также представители соответствующих неправительственных организаций (НПО), состоящих в официальных отношениях с ВОЗ. В консультации с членами и Секретариатом Председатель может решить провести заседание Комитета экспертов только с членами.

36. Рекомендации и сообщения Комитета экспертов остаются конфиденциальными до получения разрешения на их публикацию в соответствии с внутренними правилами ВОЗ. Всем участникам предлагается соблюдать конфиденциальность всей информации, полученной в рамках процесса работы Комитета экспертов, а также конфиденциальность обсуждений в Комитете экспертов.

### **Информационное заседание**

37. Заинтересованные стороны, которые предполагают представить данные, могут предложить созвать для этой цели информационное заседание с Комитетом экспертов. Предложения о проведении такого заседания должны подаваться в Секретариат по крайней мере за двадцать дней до начала совещания Комитета экспертов. В предложении должны быть указаны характер и содержание информации, которая будет представлена на заседании. Все участники совещания Комитета экспертов приглашаются принять участие в этом информационном заседании.

38. Цель информационного заседания состоит в том, чтобы предоставить Комитету экспертов возможность до своего совещания получить информацию и задать вопросы представителям заинтересованных сторон относительно данных, которые были представлены о веществах, подлежащих обзору.

39. Информационное заседание будет проводиться до того, как Комитет экспертов созовет свое совещание. Секретариат по своему усмотрению определяет повестку дня информационного заседания, учитывая характер предложенных материалов и ограничений

во времени для совещания Комитета экспертов. Решения Секретариата, касающиеся информационного заседания, передаются запрашивающим заинтересованным сторонам по крайней мере за 10 дней до совещания Комитета экспертов.

### **Эксперты, сотрудничающие в проведении обзора ВОЗ**

40. Эксперты, сотрудничающие при проведении обзора, должны иметь хорошо документированную научную карьеру на высоком уровне и профессиональный опыт и должны представлять соответствующие поведенческие, фармакологические, фармацевтические, медицинские, биологические или эпидемиологические дисциплины, а также управление общественным здравоохранением. Ученым, представляющим промышленные исследования, может быть предложено сотрудничать соответствующим образом в качестве советников в специальных рабочих группах ВОЗ, но они не приглашаются для участия в совещании Комитета экспертов.

41. Эксперты, участвующие в обзоре ВОЗ, должны тщательно отбираться с учетом необходимости избежать конфликтов интересов. Это относится и ко всем другим участникам этого процесса. В этой связи эксперты, приглашенные для участия в обзоре ВОЗ и, в частности, в работе Комитета экспертов, подписывают заявление, касающееся возможных конфликтов интересов.

### **Оценка для занесения в списки Комитетом экспертов**

42. Комитет экспертов основывает свои обсуждения главным образом на документах, представленных Секретариатом: документе о критическом обзоре, документе по результатам вопросника и комментариях, полученных Секретариатом в отношении критического обзора. Комитет экспертов может также рассмотреть дополнительную информацию, представленную на информационном заседании. Информация, на которой основан критический обзор, будет предоставлена Комитету экспертов. Однако распространение этой информации в случае необходимости может быть ограничено для соблюдения требований о конфиденциальности в соответствии с пунктом 28.

43. Предложения об изменении мер контроля вещества должны подвергаться такой же оценке, какая проводится в отношении веществ, предлагаемых для первоначального занесения в списки; при проведении такой оценки используются те же критерии, как и упоминаемые ниже в пунктах 46-59.

44. Для содействия эффективному управлению системой международного контроля нецелесообразно заносить вещество в список более чем одной Конвенции. Это относится также к веществам, занесенным в Таблицу Конвенции 1988 г., или рекомендованным МСКНС для включения в Таблицу.

45. Рекомендацию изъять какое-либо вещество из сферы действия одной Конвенции с одновременной рекомендацией внести это же вещество в сферу действия другой Конвенции может повлиять на управление международной системой регулирования. Как и в случаях всех рекомендаций, при рассмотрении таких изменений в контроле следует учитывать новую информацию для оправдания изменения. Любое предложение изменить действующий статус вещества следует вносить лишь в том случае, если необходимы конкретные новые меры контроля для снижения масштабов или вероятности злоупотребления этим веществом или его использования в незаконном производстве

наркотических средств, и если оно не приведет к необоснованному ограничению всеобщего доступа к основным лекарственным средствам для законных медицинских и научных целей.

## Процесс оценки

### Ориентация вещества

46. Обе Конвенции 1961 г. и 1971 г. обеспечивают контроль за веществами, которые могут быть "предметом аналогичного злоупотребления или вызывать аналогичное вредное воздействие", как и уже контролируемые по этим Конвенциям вещества. Многие вещества проявляют сходство в "злоупотреблении" ими или в их "вредном воздействии" с веществами как по Конвенции 1961 г., так и по Конвенции 1971 года. Амфетамины, барбитураты и транквилизаторы являются предметом только Конвенции 1971 г. в силу понимания Сторонами Конвенций того, что Конвенция 1961 г. не применялась к этим веществам даже несмотря на то, что воздействие амфитаминов, барбитуратов и транквилизаторов было признано в некоторых отношениях сходным с воздействием кокаина и морфина<sup>1</sup>. При рассмотрении других веществ, которые проявляют характеристики злоупотребления, аналогичные характеристикам веществ, регулируемых по обеим Конвенциям, Комитет экспертов должен применять последовательность анализа, содержащуюся в руководящих положениях для всех веществ; то есть, сначала рассмотреть применимость Конвенции 1961 г. и затем применимость Конвенции 1971 года. При этом Комитет сначала будет оценивать, показывает ли рассматриваемое вещество аналогичную предрасположенность к злоупотреблению (взяв за основу исследование на животных и на людях) и способность вызывать зависимость, как и лекарственные вещества, уже контролируемые по Конвенции 1961 года. Такая оценка не должна ограничиваться узким рассмотрением только фармакологических свойств. Если рассматриваемое вещество показывает предрасположенность к злоупотреблению и свойства вызывать зависимость достаточно сходные с лекарственными веществами, уже контролируемые по Конвенции 1961 г., то его следует рекомендовать для занесения в списки по Конвенции 1961 г.; если нет, то анализ следует провести с помощью критериев, содержащихся в Конвенции 1971 года.

47. Конвенция 1961 г. предусматривает контроль над веществами, которые могут быть превращены в наркотические средства. Конвенция 1971 г. не предусматривает такого контроля над прекурсорами. Конвенция 1988 г. заполняет этот пробел, существовавший в отношении контроля над прекурсорами психотропных веществ и контроля над другими химическими веществами, часто используемыми в незаконном производстве всех контролируемых веществ. МСКНС отвечает за рассмотрение прекурсоров как наркотических, так и психотропных веществ для возможного контроля над ними. Комитету экспертов может быть предложено провести оценку вещества, чтобы определить, может ли оно быть превращено в вещество, контролируемое по Конвенции 1961 года. Если может, то Комитету следует установить, является ли вещество "превращаемым" как это определено в пункте 49 настоящих Руководящих положений, и затем установить, может ли оно быть превращено в вещество, контролируемое по Конвенции 1961 года.

---

<sup>1</sup> Commentary on the 1961 Convention, Art.3, para. 3, subpara (iii), Comment 6 (p. 87) (Комментарии к Конвенции 1961 г.).

**Этап 1: Конвенция 1961 г.**

48. Комитет экспертов, принимая по окончании своих обсуждений решение о том, следует ли рекомендовать международный контроль или вносить какие-либо изменения в отношении применения международного контроля, прежде всего, решает в соответствии с Конвенцией 1961 г., может ли данное вещество в соответствии с пунктом (iii) статьи данной Конвенции: (1) быть предметом аналогичного злоупотребления и оказывать аналогичное вредное воздействие, как и вещества, включенные в Список I или Список I; или (2) быть превращено в вещество, уже включенное в Список I или Список II.

49. Кроме того, помимо принципа "аналогичности", сформулированного в пункте 3(iii) статьи 3 этой Конвенции и упомянутого в пункте 48, Конвенция также содержит принцип "превращаемости". Вещество поддается превращению, если оно обладает такими свойствами, которые делают, ввиду легкости процесса переработки и объемов готовой продукции, преобразование данного вещества в контролируемые лекарственные средства практически осуществимым и рентабельным для незаконного производителя<sup>1</sup>.

50. Секретариат оперативно информирует Секретариат МСКНС обо всех оценках, проведенных Комитетом экспертов в отношении веществ, которые могут быть превращены в наркотическое средство. Если Комитет экспертов рекомендует включить какое-либо вещество, являющееся психоактивным или поддающимся превращению в психоактивное вещество, которое уже включено в Таблицу I или Таблицу II Конвенции 1988 г., Секретариат предпримет шаги по координации своих действий с Секретариатом МСКНС. Такие шаги позволят МСКНС рассмотреть возможность рекомендации об изъятии этого вещества из Таблицы Конвенции 1988 г., прежде чем ВОЗ передаст свою рекомендацию Организации Объединенных Наций. Если и ВОЗ, и МСКНС сделают такие рекомендации, КНС может рассмотреть эти два предложения одновременно.

51. Если вещество удовлетворяет описанным выше критериям для включения в Список I Конвенции 1961 г., Комитет экспертов должен далее рассмотреть, удовлетворяет ли данное средство требованиям для включения в Список IV в соответствии с пунктом 5 Статьи 3 этой Конвенции, касающимся веществ, которые особенно способны быть предметом злоупотребления и вызывать вредные последствия и если такая способность не компенсируется существенными терапевтическими преимуществами, которыми не обладают другие вещества помимо наркотических средств, включенных в Список IV.

52. Если Комитет экспертов сочтет, что какое-либо вещество не удовлетворяет критериям для осуществления контроля в соответствии с Конвенцией 1961 г., он проводит оценку в соответствии с условиями Конвенции 1971 года.

**Этап 2: Конвенция 1971 г.**

53. При рассмотрении вопроса о занесении в списки в соответствии с Конвенцией 1971 г. Комитет экспертов определяет в соответствии с пунктом 4 Статьи 2:

---

<sup>1</sup> Commentary on the 1961 Convention, para. 13 (p. 89) (Комментарии к Конвенции 1961 г.).

- (a) обладает ли данное вещество способностью:
- (i) (1) вызывать состояние зависимости<sup>1</sup>, и
  - (2) оказывать стимулирующее или депрессивное воздействие на центральную нервную систему, вызывая галлюцинации или нарушения моторной функции, либо мышления, либо поведения, либо восприятия, либо настроения,
- или
- (ii) приводить к аналогичному злоупотреблению и аналогичным вредным последствиям, что и какое-либо вещество, включенное в Список I, II, III или IV,
- и
- (b) имеются ли достаточные свидетельства того, что имеет место злоупотребление данным веществом или существует вероятность такого злоупотребления, которое представляет или может представить собой проблему для здоровья населения и социальную проблему, дающие основания для применения к этому веществу мер международного контроля.

54. При применении пункта 53 Руководящих положений, принцип аналогичности, изложенный в пункте 4(a)(ii) Статьи 2 Конвенции 1971 г., применим только в ситуациях, когда данное вещество не вызывает состояния зависимости. При отсутствии данных о том, что вещество вызывает состояние зависимости, принцип аналогичности приобретает значимость; в ином случае он имеет вторичное значение.

55. В Комментариях к Конвенции 1971 г. излагаются следующие соображения, которые должны быть приняты во внимание при такой оценке:

- (i) "*оценка вещества (...)* должна включать не только фактические результаты проверки [ВОЗ] (...), но также рассмотрение данных, которые могли быть обнаружены в свете таких аспектов общественного здравоохранения, которые могут считаться уместными..." Комментарии к Конвенции 1971 г., пункт 41 (с. 58, по англ. изд.);

---

<sup>1</sup> В 28-м докладе Комитета экспертов по лекарственной зависимости приводится следующее определение зависимости: "Совокупность физиологических, поведенческих и познавательных явлений различной интенсивности, при которой основное значение имеет употребление психоактивного препарата (или препаратов). Характерными особенностями, всегда наблюдающимися в этих условиях, являются стремление приобрести и принять препарат и устойчивое поведение, направленное на его поиск. Детерминанты и негативные последствия лекарственной зависимости могут иметь биологический, психологический или социальный характер; они обычно взаимодействуют между собой." Комитет также отметил, что, по его мнению, данное определение соответствует диагностическим критериям, содержащимся в МКБ-10. (Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости. Двадцать восьмой доклад. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1993 г. (Серия технических докладов ВОЗ, № 836)).

(ii) ВОЗ должна определить "*степень злоупотребления или уровень вероятности злоупотребления, (...) с тем чтобы иметь возможность установить, представляет ли ...[это]... проблему общественного здравоохранения и социальную проблему, что будет оправдывать установление международного контроля над этим веществом*". Там же, пункт 42 (с. 58, по англ. изд.);

(iii) ВОЗ должна оценить "*степень серьезности проблемы общественного здравоохранения и социальной проблемы (...) . Поскольку при принятии решения [Комиссия по наркотическим средствам будет] сопоставлять опасные свойства данного вещества с немедицинскими аспектами ... она может посчитать целесообразным узнать мнение ВОЗ в отношении степени серьезности проблемы здравоохранения и социальной проблемы, которое она должна принимать во внимание. Пункт 5 Статьи 2...*" Там же, пункт 43 (с. 59, по англ. изд.);

(iv) ВОЗ обязана включить оценку "*степени терапевтической полезности данного вещества в медицинской терапии, исходя из двух соображений: а) степени риска для здоровья населения и б) полезности лекарства в медицинской терапии...* [означает] не только его возможное полезное влияние, его ценность в случае серьезных медицинских показаний, степень и частоту его употребления, но также активность его опасных свойств, (...) а также другие вредные побочные эффекты, которые, вероятно, должны быть приняты во внимание". Там же, пункт 44 (с. 59-60, по англ. изд.);

(v) Можно с уверенностью утверждать, что рекомендуя какой-либо конкретный список для того или иного вещества, ВОЗ *будет руководствоваться своим мнением относительно степени риска, который представляет данное вещество для общественного здравоохранения, и его терапевтической полезности*". Там же, пункт 49 (с. 61, по англ. изд.).

56. С учетом сказанного выше, более конкретные критерии для включения какого-либо вещества в конкретный Список для контроля были разработаны Комитетом экспертов, на его семнадцатом совещании<sup>1</sup>. Они являются следующими:

Для включения в Список I:

Вещества, способность которых вызывать склонность к злоупотреблению ими представляет особенно серьезную опасность для общественного здравоохранения и которые имеют очень ограниченную, если вообще имеют, терапевтическую полезность.

---

<sup>1</sup> Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости. Семнадцатый доклад. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1970 г. (Серия технических докладов ВОЗ, № 437).

Для включения в Список II:

Вещества, способность которых вызывать склонность к злоупотреблению ими представляет значительную опасность для общественного здравоохранения и которые имеют незначительную или умеренную терапевтическую полезность.

Для включения в Список III:

Вещества, способность которых вызывать склонность к злоупотреблению ими представляет значительную опасность для общественного здравоохранения и которые имеют умеренную или значительную терапевтическую полезность.

Для включения в Список IV:

Вещества, способность которых вызывать склонность к злоупотреблению ими представляет меньшую, но все же значительную опасность для общественного здравоохранения и которые могут иметь как небольшую, так и значительную терапевтическую полезность.

В тех случаях, когда приведенные выше критерии применимы лишь частично, рекомендации относительно внесения в списки должны учитывать в большей мере степень опасности для общественного здравоохранения, связанной со способностью вызывать склонность к злоупотреблению.

Невзирая на вышесказанное, рекомендации для включения в Список I должны делаться только в том случае, если приведенные выше критерии удовлетворяются полностью с точки зрения как терапевтической полезности, так и опасности для общественного здравоохранения.

57. Приведенные в предыдущем пункте критерии конкретно не касаются аспекта социальных проблем, хотя в Комментариях к Конвенции 1971 г. они затрагиваются. Кроме того, приведенные выше критерии не охватывают все случаи. Выражение «опасность для общественного здравоохранения» в приведенных выше критериях должно пониматься как включающее так социальные проблемы, так и проблемы общественного здравоохранения. Следует отметить, что в соответствии с пунктом 4(b) Статьи 2 должна существовать необходимость в применении мер "международного" контроля. Это означает, что меры контроля, предусмотренные Конвенцией, пригодны для решения или смягчения проблемы и что отсутствие таких мер контроля в одной стране, независимо от того, имеется ли в ней данная проблема общественного здравоохранения и социальная проблема, вызванная рассматриваемым веществом, ослабляет меры контроля в других странах, в которых такая проблема имеется. Установление международного контроля также оправдано, если проблема общественного здравоохранения и социальная проблема существует лишь в одной стране и если меры контроля, осуществляемые этой страной, ослаблены отсутствием мер контроля в других странах.

58. Если Комитет экспертов рекомендует включить вещество, которое уже включено в Таблицу I или Таблицу II Конвенции 1988 г., Секретариат ВОЗ предпримет шаги по координации своих действий с Секретариатом МСКНС. Такие шаги позволят МСКНС рассмотреть возможность рекомендации об изъятии этого вещества из Таблицы Конвенции 1988 г., прежде чем ВОЗ передаст свою рекомендацию Организации Объединенных Наций. Если и ВОЗ, и МСКНС сделают такие рекомендации, КНС может рассмотреть эти два предложения одновременно.

59. Комитет экспертов представляет свои рекомендации в отношении внесения в списки всех рассматриваемых лекарственных средств или веществ, как указано в пункте 60. Если Комитет экспертов не имеет возможности представить рекомендации в отношении рассматриваемых веществ, он должен потребовать проведения еще одного критического обзора для передачи данного вопроса на рассмотрение следующего Комитета экспертов<sup>1</sup>.

### **Этап 3: Доклад**

60. Комитет экспертов подготавливает резюме оценки каждого рассмотренного вещества. Эта оценка должна включать выводы Комитета экспертов в отношении фармакологического сходства, аналогичных злоупотреблений и аналогичных вредных воздействий данного вещества в сравнении с веществами, включенными в Списки I и II Конвенции 1961 г., а в случае вещества, "поддающегося превращению", должна быть проведена оценка возможности превращения данного вещества в вещество, уже находящееся под контролем как наркотическое средство. Если в отношении данного вещества рекомендовано установление контроля в соответствии с Конвенцией 1971 г., оценка должна также показывать, рекомендовано ли данное вещество к установлению такого контроля в качестве вещества, вызывающего зависимость, или на основании его сходства. Для всех рассматриваемых веществ резюме оценки должно содержать описание выводов Комитета экспертов в отношении степени или вероятности злоупотребления, степени серьезности проблемы общественного здравоохранения и социальной проблемы и степени терапевтической полезности этого вещества, наряду с рекомендацией в отношении мер контроля, в случае их наличия, которые будут надлежащими в свете его оценки. Комитет экспертов будет оказывать консультативную помощь Генеральному директору по вопросам, связанным с оценкой и рекомендацией. Доклад Комитета экспертов будет размещен на веб-сайте ВОЗ в соответствии с правилами ВОЗ в отношении публикации докладов Комитета экспертов.

### **Оценка Комитетом экспертов освобожденных от контроля препаратов**

61. При оценке освобожденных от контроля препаратов Комитет экспертов должен оценить следующие элементы: (1) соответствие требованиям пункта 2 Статьи 3 Конвенции 1971 г., касающимся риска злоупотребления и возможности извлечения психотропных веществ, а также решить вопрос о том, подпадают ли психотропные вещества под действие резолюции КНС 1(S-VIII); и (2) имеющиеся у ВОЗ свидетельства того, что данный препарат может представлять проблему общественного здравоохранения и социальную проблему для импортирующей страны или страны, где осуществляется незаконная

---

<sup>1</sup> Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости. Тридцать четвертый доклад. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007 г. (Серия технических докладов ВОЗ, № 942), сс. 17–18.

торговля этим препаратом. По завершении этой оценки Комитет экспертов соответствующим образом представляет рекомендации Генеральному директору<sup>1</sup>.

## V. ПЕРЕДАЧА РЕКОМЕНДАЦИЙ ВОЗ

62. После ознакомления с мнением Комитета экспертов в отношении включения какого-либо вещества в список или изменения его статуса Генеральный директор соответствующим образом передает рекомендацию от имени Всемирной организации здравоохранения Организации Объединенных Наций. Копии этой рекомендации одновременно размещаются на веб-сайте ВОЗ.

63. Любая рекомендация о полном или частичном прекращении освобождения от контроля передается Генеральным директором освобождающей Стороне, если проблема злоупотребления ограничена страной происхождения препарата, или Организации Объединенных Наций, если проблема является распространенной.

## VI. ПУБЛИКАЦИЯ ДОКУМЕНТОВ, СВЯЗАННЫХ С ОБЗОРОМ ВОЗ

64. Генеральный директор представляет Исполнительному комитету доклад о совещаниях Комитета экспертов по лекарственной зависимости в соответствии с правилом 4.23 Положений о списках экспертов-консультантов и комитетах экспертов, а доклад Комитета экспертов публикуется в соответствии с правилами ВОЗ как в Сессии технических докладов ВОЗ, так и на веб-сайте ВОЗ. Вопрос о публикации любого другого документа, подготовленного Комитетом экспертов, решается в соответствии с правилом 4.15 Положений о списках экспертов-консультантов и комитетах экспертов, утвержденных Ассамблеей здравоохранения, в которых говорится, что Генеральный директор может опубликовать или дать разрешение на публикацию любого документа, подготовленного для комитета экспертов, при соответствующем признании авторства, если это необходимо.

## VII. АББРЕВИАТУРЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

КНС	Комиссия по наркотическим средствам Экономического и Социального Совета Организации Объединенных Наций.
Комитет экспертов	В настоящем документе выражение "Комитет экспертов" относится к Комитету экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости. Первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1948 г. постановила в резолюции WHA1.25 учредить Комитет экспертов по средствам, вызывающим привыкание, который после его шестнадцатого совещания (1968 г.) называется Комитетом экспертов по лекарственной зависимости.
МСКНС	Международный совет по контролю над наркотическими средствами, созданный в рамках Единой конвенции о наркотических средствах 1961 г. с поправками, внесенными

---

<sup>1</sup> См. также Дополнение 2.

	Протоколом 1972 г., изменяющим текст Единой конвенции о наркотических средствах 1961 г.
Государство-член	Государство, являющееся членом ВОЗ.
Наркотическое средство	Любое вещество, занесенное в Списки I и II Единой Конвенции о наркотических средствах, 1961 г. с поправками, внесенными Протоколом 1972 г., изменяющим текст Единой конвенции о наркотических средствах, как натуральных, так и синтетических.
Уведомление	Официальное сообщение, направляемое Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций Стороной международной конвенции о контроле над наркотическими средствами или ВОЗ, или же Генеральным секретарем Организации Объединенных Наций Стороне международной конвенции о контроле над наркотическими средствами или ВОЗ. В контексте данных руководящих положений ссылка на уведомление означает уведомление, касающееся занесения в списки вещества согласно положениям либо Статьи 3 Единой конвенции, либо Статей 2 и 3 Конвенции о психотропных веществах.
Сторона	Государство, которое стало Стороной международной конвенции по контролю за наркотическими средствами путем подписания, ратификации, присоединения или правопреемства.
Психоактивное вещество	Любое вещество, естественное или синтетическое, или любой естественный материал, которое обладает психоактивными свойствами.
Психотропное вещество	Любое вещество, естественное или синтетическое, или любой естественный материал, занесенные в Списки I, II, III или IV Конвенции о психотропных веществах, 1971 г.
Секретариат	Секретариат ВОЗ.
Конвенция 1961 г.	Единая конвенция о наркотических средствах, 1961 г. с поправками, внесенными Протоколом 1972 г.
Конвенция 1971 г.	Конвенция о психотропных веществах, 1971 г.
Конвенция 1988 г.	Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ, 1988 г.
УНП ООН	Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности

## ДОПОЛНЕНИЕ 1

**ВЫДЕРЖКИ ИЗ КОНВЕНЦИЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ  
О КОНТРОЛЕ НАД НАРКОТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ****Единая конвенция о наркотических средствах, 1961 г. с поправками, внесенными  
Протоколом 1972 г. (выдержка)<sup>1</sup>***Статья 3*

## ИЗМЕНЕНИЯ В СФЕРЕ ПРИМЕНЕНИЯ КОНТРОЛЯ

1. В тех случаях, когда какая-нибудь Страна или Всемирная организация здравоохранения располагают сведениями, которые, по их мнению, могут потребовать изменения какого-либо из списков, они уведомляют об этом Генерального Секретаря и представляют ему эти сведения в подтверждение указанного уведомления.
2. Генеральный Секретарь препровождает это уведомление и любые сведения, которые он считает относящимися к делу, Страна, Комиссии и, если уведомление делается какой-нибудь Страной, Всемирной организации здравоохранения.
3. В тех случаях, когда уведомление касается какого-либо вещества, еще не включенного в Список I или в Список II,
  - i) Страны рассматривают в свете имеющихся сведений возможность временного применения к данному веществу всех мер контроля, применяемых к наркотическим средствам, включенным в Список I;
  - ii) впредь до вынесения ею постановления, как это предусмотрено в подпункте III настоящего пункта, Комиссия может постановить, чтобы Страны временно применяли к этому веществу все меры контроля, применяемые к наркотическим средствам, включенным в Список I. Страны временно применяют такие меры к веществу, о котором идет речь;
  - iii) если Всемирная организация здравоохранения находит, что данное вещество способно быть предметом аналогичного злоупотребления и вызывать аналогичные вредные последствия, что и наркотические средства, включенные в Список I или в Список II, или что оно может быть превращено в наркотическое средство, оно сообщает об этом своем заключении Комиссии, которая может, в соответствии с рекомендацией Всемирной организации здравоохранения, постановить, что данное вещество должно быть добавлено к Списку I или к Списку II.
4. Если Всемирная организация здравоохранения находит, что какой-нибудь препарат, вследствие содержащихся в нем веществ, не способен быть предметом

---

<sup>1</sup> Единая конвенция о наркотических средствах, 1961 г. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1977 г., сс. 17-18.

злоупотребления и не может вызывать вредных последствий (пункт 3) и что содержащееся в нем наркотическое средство не может быть легко извлечено, Комиссия может, в соответствии с рекомендацией Всемирной организации здравоохранения, добавить этот препарат к Списку III.

5. Если Всемирная организация здравоохранения находит, что какое-нибудь наркотическое средство, включенное в Список I, особенно способно быть предметом злоупотребления и вызывать вредные последствия (пункт 3) и что такая способность не компенсируется существенными терапевтическими преимуществами, которыми не обладают другие вещества помимо наркотических средств, включенных в Список IV, Комиссия может, в соответствии с рекомендацией Всемирной организации здравоохранения, внести это наркотическое средство в Список IV.
6. В тех случаях, когда уведомление касается какого-нибудь наркотического средства, уже включенного в Список I или в Список II, или препарата, включенного в Список III, Комиссия, помимо меры, предусмотренной в пункте 5, может, в соответствии с рекомендацией Всемирной организации здравоохранения, изменить любой из списков:
  - a) перенеся какое-нибудь наркотическое средство из Списка I в Список II или из Списка II в Список I;или
  - b) исключив какое-нибудь наркотическое средство или препарат, в зависимости от случая, из какого-либо списка.
7. Любое постановление Комиссии, принятое на основании настоящей статьи, сообщается Генеральным Секретарем всем государствам - членам Организации Объединенных Наций, другим государствам - участникам Конвенции, не являющимся членами Организации Объединенных Наций, Всемирной организации здравоохранения и Комитету. Такое постановление вступает в силу в отношении каждой из Сторон в день получения ею такого сообщения, и Стороны принимают после этого такие меры, какие могут потребоваться на основании настоящей Конвенции.
8. a) Постановления Комиссии, изменяющие любой из списков, подлежат пересмотру Советом по просьбе, поданной любой Стороной в течение девяноста дней, считая со дня получения уведомления об этом постановлении. Просьба о пересмотре посылается Генеральному Секретарю вместе со всей относящейся к делу информацией, на которой основана просьба о пересмотре;
  - b) Генеральный Секретарь препровождает копии просьбы о пересмотре и относящуюся к делу информацию Комиссии, Всемирной организации здравоохранения и всем Сторонам, предлагая им представить свои замечания в течение девяноста дней. Все полученные замечания представляются Совету для рассмотрения;
  - c) Совет может утвердить, изменить или отменить постановления Комиссии, и решение Совета является окончательным. Уведомления о решении Совета

---

посылаются всем государствам - членам Организации Объединенных Наций, государствам - участникам Конвенции, не являющимся членами Организации Объединенных Наций, Комиссии Всемирной организации здравоохранения и Комитету;

d) Первоначальное постановление Комиссии остается в силе до окончания процедуры пересмотра.

9. Постановления Комиссии, принятые в соответствии с настоящей статьей, не подлежат процедуре пересмотра, предусмотренной в статье 7.

**Конвенция о психотропных веществах, 1971 г. (выдержки)<sup>1</sup>***Статья 2***СФЕРА ПРИМЕНЕНИЯ КОНТРОЛЯ НАД ВЕЩЕСТВАМИ**

...

4. Если Всемирная организация здравоохранения считает, что

а) данное вещество обладает способностью:

i) 1) вызывать состояние зависимости и

2) оказывать стимулирующее или депрессивное воздействие на центральную нервную систему, вызывая галлюцинации или нарушения моторной функции, либо мышления, либо поведения, либо восприятия, либо настроения,

или

ii) приводить к аналогичному злоупотреблению и аналогичным вредным последствиям, что и какое-либо вещество, включенное в Список I, II, III или IV, и

б) есть достаточные свидетельства того, что имеет место злоупотребление данным веществом или существует вероятность такого злоупотребления, которое представляет или может представить собой проблему для здоровья населения и социальную проблему, дающие основания для применения к этому веществу мер международного контроля. Всемирная организация здравоохранения сообщает Комиссии оценку данного вещества, включая оценку степени или вероятности злоупотребления им, степени серьезности проблемы для здоровья населения и социальной проблемы и степени полезности данного вещества в терапевтической практике, а также рекомендации, если таковые имеются, о мерах контроля, которые были бы целесообразными в свете ее оценки.

5. Комиссия, принимая во внимание указанное сообщение Всемирной организации здравоохранения, оценки которой в медицинских и научных вопросах являются определяющими, и учитывая экономические, социальные, юридические, административные и другие факторы, которые, по ее мнению, имеют отношение к данному вопросу, может включить это вещество в Список I, II, III или IV. Комиссия может обращаться за дополнительной информацией к Всемирной организации здравоохранения или к другим соответствующим источникам.

...

---

<sup>1</sup> Конвенция о психотропных веществах, 1971 г. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1977 г., сс. 9 и 12-13.

*Статья 3*

## СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ КОНТРОЛЯ НАД ПРЕПАРАТАМИ

1. За исключением случаев, предусмотренных в нижеследующих пунктах настоящей статьи, к препарату применяются те же меры контроля, что и к содержащемуся в нем психотропному веществу; если препарат содержит не одно, а несколько таких веществ, он подпадает под действие мер, применяемых к тому из веществ, которое подлежит наиболее строгим мерам контроля.

2. Если какой-либо препарат, содержащий какое-либо психотропное вещество, за исключением какого-либо вещества, включенного в Список I, имеет такой состав, что риск злоупотребления им отсутствует или является незначительным и что это вещество не может быть извлечено посредством легко доступных способов в количестве, при котором возможно злоупотребление, так что данный препарат не создает проблемы для здоровья населения и социальной проблемы, такой препарат может быть изъят из-под действия некоторых мер контроля, предусмотренных в настоящей Конвенции, в соответствии с пунктом 3.

3. Если Сторона делает заключение на основе предыдущего пункта в отношении какого-либо препарата, то она может принять решение об изъятии этого препарата в своей стране или в одном из своих районов из-под действия какой-либо одной или всех мер контроля, предусмотренных в настоящей Конвенции, за исключением положений:

- a) статьи 8 (лицензии) в части, касающейся изготовления;
- b) статьи 11 (регистрационные записи) в части, касающейся препаратов, изъятых из-под контроля;
- c) статьи 13 (запрещение и ограничение экспорта и импорта);
- d) статьи 15 (инспекция) в части, касающейся изготовления;
- e) статьи 16 (доклады, представляемые Сторонами) в части, касающейся препаратов, изъятых из-под контроля; и
- f) статьи 22 (положения о наказаниях), в той мере, в какой это необходимо для подавления действий, противоречащих законам или постановлениям, принятым во исполнении вышеназванных обязательств.

Сторона уведомляет Генерального Секретаря о любом таком решении, о названии и составе этого препарата, изъятого из-под контроля, и о мерах контроля, из-под действия которых он изъят. Генеральный Секретарь передает это уведомление другим Сторонам, Всемирной организации здравоохранения и Комитету.

4. Если какая-либо Сторона или Всемирная организация здравоохранения располагает сведениями о каком-либо препарате, изъятом из-под контроля в исполнении пункта 3, которые, по ее мнению, могут потребовать полного или частичного прекращения изъятия, она уведомляет об этом Генерального Секретаря и представляет ему информацию в подтверждение этого уведомления. Генеральный Секретарь направляет такое уведомление

и любую информацию, которая, по его мнению, относится к данному вопросу, Сторонам, Комиссии и, когда это уведомление поступает от какой-либо Стороны,- Всемирной организации здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения сообщает Комиссии оценку данного препарата по вопросам, указанным в пункте 2, вместе с рекомендацией о мерах контроля, если они вообще необходимы, из-под действия которых должно прекратиться изъятие данного препарата. Комиссия, принимая во внимание указанное сообщение Всемирной организации здравоохранения, оценки которой в медицинских и научных вопросах являются определяющими, и учитывая экономические, социальные, юридические, административные и другие факторы, которые, по ее мнению, имеют отношение к данному вопросу, может принять решение о прекращении изъятия данного препарата из-под действия какой-либо одной или всех мер контроля. О любом решении Комиссии, принятом согласно настоящему пункту, Генеральный секретарь направляет сообщение всем государствам-членам Организации Объединенных Наций, Сторонам настоящей Конвенции, не являющимся членами Организации Объединенных Наций, Всемирной организации здравоохранения и Комитету. Все Стороны принимают меры по прекращению изъятия из-под действия рассматриваемой меры или мер контроля в течение 180 дней со дня направления сообщения Генеральным Секретарем.

**Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ, 1988 г. (выдержки)<sup>1</sup>**

*Статья 12*

**ВЕЩЕСТВА, ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ НЕЗАКОННОМ ИЗГОТОВЛЕНИИ  
НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ИЛИ ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ**

1. Стороны принимают меры, которые они считают необходимыми для предотвращения утечки веществ, включенных в Таблицу I и Таблицу II, которые используются для незаконного изготовления наркотических средств или психотропных веществ, и с этой целью сотрудничают друг с другом.
2. Если Сторона или Комитет располагают информацией, которая, по их мнению, может потребовать включения какого-либо вещества в Таблицу I или в Таблицу II, она уведомляет об этом Генерального секретаря и предоставляет ему информацию в подтверждение указанного уведомления. Процедура, изложенная в пунктах 2-7 настоящей статьи, применяется также, если Сторона или Комитет располагают информацией, оправдывающей исключение какого-либо вещества из Таблицы I или Таблицы II или перенос вещества из одного перечня в другой.
3. Генеральный секретарь препровождает такое уведомление и любые сведения, которые он считает относящимися к делу, Сторонам, Комиссии и, если какая-либо Сторона делает на этот счет уведомление, Комитету. Стороны сообщают Генеральному секретарю свои замечания, касающиеся уведомления, вместе со всей дополнительной информацией, которая может помочь Комитету в проведении оценки и Комиссии в выработке решения.
4. Если Комитет, принимая во внимание масштабы, значение и разнообразие законного использования этого вещества, а также возможность и легкость применения альтернативных веществ как в законных целях, так и для незаконного изготовления наркотических средств и психотропных веществ, считает, что:
  - а) вещество часто используется при незаконном изготовлении наркотических средств или психотропных веществ;
  - б) объем и масштабы незаконного изготовления наркотических средств или психотропных веществ создают серьезные проблемы для здоровья населения или социальные проблемы, которые дают основания принять меры на международном уровне,

---

<sup>1</sup> Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ, 1988 г.

Комитет сообщает Комиссии результаты оценки этого вещества, включая возможные последствия включения этого вещества в Таблицу I или Таблицу II для законного использования и незаконного изготовления, а также рекомендации в отношении мер по контролю, если таковые необходимы, в свете результатов оценки.

5. Комиссия, принимая во внимание замечания, представленные Сторонами, и замечания и рекомендации Комитета, оценка которого имеет определяющее значение в отношении научных вопросов, а также должным образом учитывая любые другие относящиеся к данному вопросу факторы, может большинством голосов в две трети ее членов принять решение о включении вещества в Таблицу I или в Таблицу II.

...

## ДОПОЛНЕНИЕ 2

**РЕЗОЛЮЦИЯ 1 (S-VIII) КОМИССИИ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ  
ПО НАРКОТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ<sup>1</sup>****Руководящие положения об изъятии препаратов из-под действия некоторых мер  
контроля, предусмотренных в положениях Статьи 3  
Конвенции о психотропных веществах 1971 г.****Комиссия по наркотическим средствам,**

приняв к сведению документы MNH/78.1 и MNH/82.51, содержащие предложения консультативных групп Всемирной организации здравоохранения относительно руководящих положений о предоставлении изъятий в соответствии с положениями статьи 3 Конвенции о психотропных веществах 1971 г.,

рассмотрев доклад Генерального секретаря от 16 декабря 1983 г., озаглавленный Обзор выработки руководящих положений по изъятиям в отношении препаратов в соответствии с положениями Статьи 3 Конвенции о психотропных веществах 1971 года (E/CN.7/1984/4),

ссылаясь на свои резолюции 2 (S-VI) от 19 февраля 1980 г. и 5 (XXX) от 16 февраля 1983 г.,

учитывая, что принятые ею решения в отношении прекращения действия какого-либо изъятия должны отражать социальные и экономические условия в стране, предоставившей это изъятие, в том числе уровень развития ее национальных медицинских служб и национальной системы распределения лекарственных средств,

будучи убеждена в необходимости оказания правительствами содействия в разработке дальнейших руководящих положений в свете опыта, полученного в процессе применения ныне действующих руководящих положений,

одобряет следующие руководящие положения для использования национальными органами, Всемирной организацией здравоохранения и Комиссией по наркотическим средствам:

**Руководящие положения, предлагаемые для использования национальными органами**

- а) В отношении препарата, содержащего какое-либо психотропное вещество в сочетании с (i) другим психотропным веществом, (ii) каким-либо наркотическим средством или (iii) психоактивным веществом, не подпадающим под международный контроль, о котором известно, что им можно злоупотреблять, изъятие не допускается; тем не менее, может рассматриваться возможность изъятия в отношении какого-либо препарата, относящегося к любой из трех вышеуказанных

---

<sup>1</sup> Выдержка из документа Организации Объединенных Наций E/CN.7/1984/13 (1984).

категорий, который составлен таким образом, что представляет незначительный риск злоупотребления;

b) В отношении препарата, содержащего какое-либо психотропное вещество в сочетании с каким-либо наркотическим средством, указанным в Списке I или II Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года, изъятия не должны допускаться; изъятие может быть санкционировано лишь в том случае, если этот препарат был внесен Комиссией в Список III этой Конвенции в соответствии с процедурой внесения поправок, установленной согласно положениям пункта 4 статьи 3 этой Конвенции;

c) В отношении препарата, содержащего какое-либо психотропное вещество в инъекционной дозировке, изъятия не должны допускаться;

d) В отношении препарата, содержащего какое-либо психотропное вещество, не должны допускаться изъятия из-под действия положений пункта 1 статьи 10 Конвенции о психотропных веществах 1971 года;

e) В отношении препарата, содержащего какое-либо психотропное вещество, не должны допускаться изъятия из-под действия положений пункта 2 статьи 10 Конвенции о психотропных веществах 1971 года, если только такое изъятие не будет отвечать требованиям национального закона;

f) В отношении препарата, содержащего какое-либо психотропное вещество, не должны допускаться изъятия из-под действия требований статьи 12 Конвенции о психотропных веществах 1971 года;

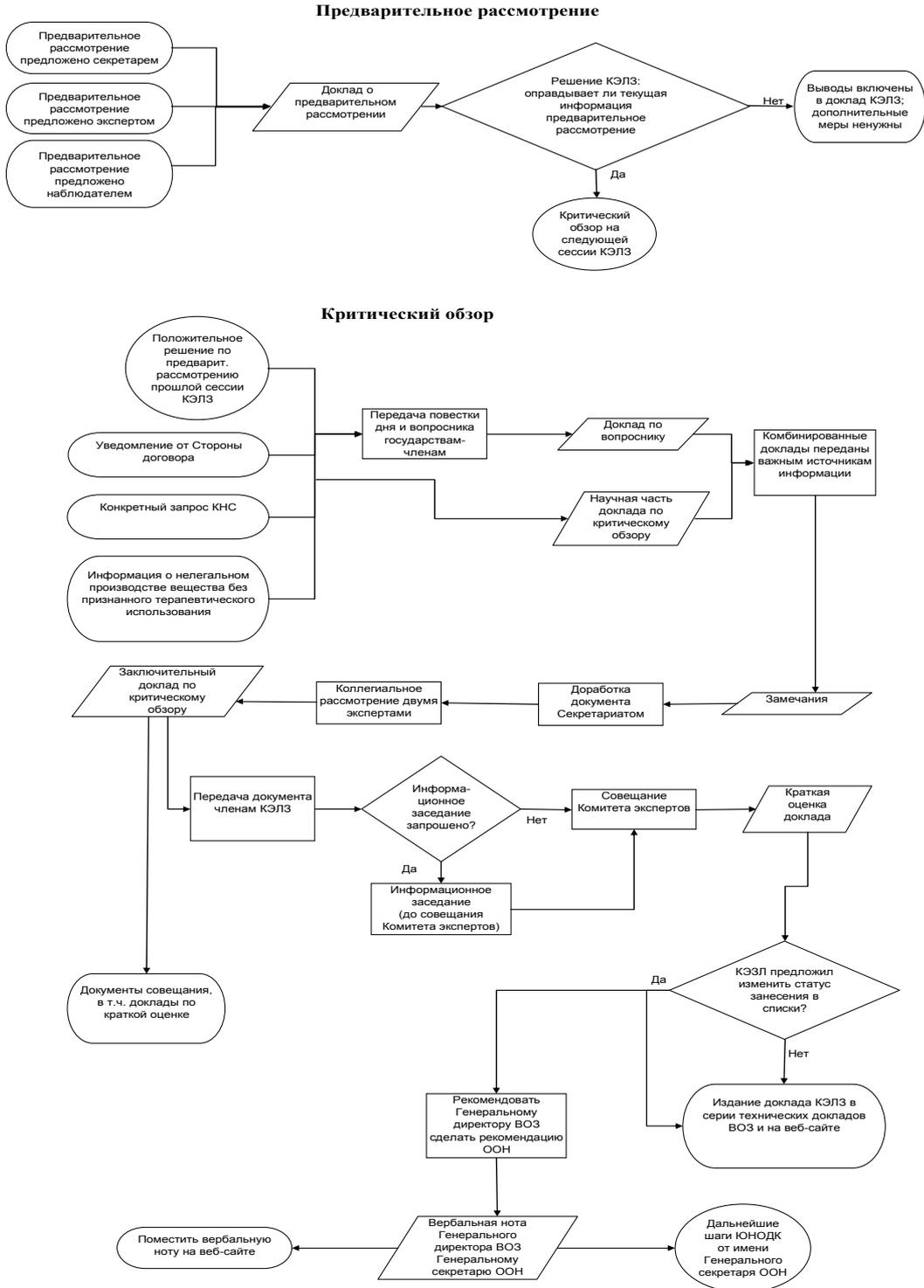
g) Несмотря на руководящие положения (d), (e) и (f), допускаются изъятия из-под действия положений статей 10 и 12 Конвенции 1971 года в отношении диагностических реагентов *in vitro*, буферных растворов и аналитических стандартов, содержащих психотропные вещества.

#### **Руководящие положения, предлагаемые для использования Всемирной организацией здравоохранения**

h) Всемирная организация здравоохранения не должна на регулярной основе рассматривать уведомления Сторон об изъятиях, предназначенных только для внутреннего использования; однако, при наличии данных о том, что какое-либо конкретное изъятие, предоставленное каким-либо компетентным национальным органом, не соответствует руководящим положениям (a)–(e) выше и может представлять опасность для здоровья населения соответствующей страны, Всемирная организация здравоохранения незамедлительно обратит внимание этого компетентного национального органа на возможный риск для здоровья населения и уведомит Комиссию по наркотическим средствам о своих шагах в этой связи. Если, однако, имеются данные о том, что такое изъятие представляет опасность для другой страны, то Всемирной организации здравоохранения следует рассмотреть это изъятие в неотложном порядке.

### ДОПОЛНЕНИЕ 3 СХЕМА ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНКИ

Проведение ВОЗ обзора психоактивных веществ с целью международного контроля



## ПРИЛОЖЕНИЕ 7

### Доклад о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюций, предлагаемых для принятия Исполнительным комитетом или Ассамблеей здравоохранения

<b>1. Резолюция EB126.R4</b> Мониторинг достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем	
<b>2. Связь с программным бюджетом</b>	
Стратегические цели:	Ожидаемые для всей Организации результаты:
2. Вести борьбу против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии	Все ожидаемые результаты в отношении данной стратегической цели
4. Сокращать заболеваемость и смертность и улучшать здоровье на важных этапах жизни, включая беременность, роды, неонатальный период, детский и подростковый возраст, а также улучшать сексуальное и репродуктивное здоровье и способствовать активной и здоровой старости для всех людей.	Все ожидаемые результаты, за исключением 4.8.
10. Улучшать работу служб здравоохранения посредством совершенствования руководства, финансирования, укомплектования штатов и управления на основе надежных и доступных фактических данных и результатов научных исследований.	Все ожидаемые результаты, за исключением 10.6, 10.7 и 10.9
<b>(Кратко указать связь с ожидаемыми результатами, общими показателями, целевыми показателями, базовым состоянием)</b>	
<p>Эта резолюция особенно тесно связана со стратегической целью 10, которая касается как совершенствования руководства, так и организации оказания услуг в области здравоохранения в рамках подхода первичной медико-санитарной помощи, а также улучшения мониторинга и оценки хода работы. Данная резолюция также тесно связана со всеми стратегическими целями, касающимися достижения конкретных результатов в отношении здоровья, особенно стратегических целей 1-4. Из последней группы она особенно касается стратегической цели 2 и стратегической цели 4. Другие стратегические цели, связанные с этой резолюцией, включают стратегическую цель 5 по чрезвычайным ситуациям и кризисам (ожидаемые результаты 5.1-5.3), стратегическую цель 6 по сокращению факторов риска для здоровья, связанных с нездоровым образом жизни (ожидаемый результат 6.6, стратегическую цель 7 по учету социально-экономических детерминант здоровья и повышения справедливости в отношении здоровья</p>	

(ожидаемый результат 7.3), стратегическую цель 8 по содействию более здоровой окружающей среде (ожидаемые результаты 8.1-8.2), стратегическую цель 9 по питанию, безопасности пищевых продуктов и продовольственной безопасности (ожидаемые результаты 9.1-9.4), стратегическую цель 11 по обеспечению доступа к продукции и технологиям медицинского назначения (ожидаемые результаты 11.1-11.3) и стратегическую цель 12 по лидерству, партнерству и сотрудничеству со странами (ожидаемые результаты 12.1-12.3)

### 3. Бюджетные последствия

**(a) Общая расчетная стоимость осуществления в течение всего срока деятельности Секретариата, предложенной в резолюции (с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия)**

Два основных направления деятельности и связанных с ней затрат касаются:

(i) подготовки ежегодного доклада по связанным со здоровьем Целям тысячелетия в области развития; и (ii) оказания технической поддержки странам по активизации выполнения, мониторингу и оценке программ. Первое направление в основном осуществляется на уровне штаб-квартиры, а второе на уровне региональных бюро.

Общие затраты по подготовке ежегодного доклада (в качестве части публикации *Мировая статистика здравоохранения*): 350 000 долл. США.

Затраты на персонал: 33% от полной ставки специалиста ранга P6; 40% от полной ставки специалиста ранга P5; 50% от полной ставки специалиста ранга P4; и 50% от полной ставки специалиста ранга P3.

Всего: 1,9 млн. долл. США.

Общие затраты по вкладам региональных бюро: 2 млн. долл. США.

Общие затраты: 4 250 000 долл. США.

**(b) Расчетная стоимость на двухгодичный период 2010-2011 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия, и с указанием уровней Организации, на которых возникают расходы, и, в соответствующих случаях, конкретных регионов).**

Общие затраты по выполнению: 1,7 млн. долл. США (900 000 долл. США на уровне штаб-квартиры и 800 000 долл. США на уровне региональных бюро).

**(c) Включена ли расчетная стоимость, указанная в пункте (b), в существующий утвержденный программный бюджет на двухгодичный период 2010-2011 гг.?**

Да

### 4. Финансовые последствия

**(a) Как будет финансироваться расчетная стоимость, указанная в подпункте 3(b) (указать потенциальные источники средств)?**

На уровне штаб-квартиры: 50% от обязательных взносов, 50% из добровольных взносов.

На уровне региональных бюро: 100% из добровольных взносов.

### 5. Административные последствия

**(a) Места осуществления (указать уровни Организации, на которых будет проводиться работа, и, в соответствующих случаях, конкретные регионы)**

Деятельность по осуществлению в отношении ежегодного доклада по связанным со здоровьем Целям тысячелетия в области развития будет происходить на уровне штаб-квартиры. Будет проводиться сотрудничество со всеми региональными бюро по повышению доступности современной информации, и в случае необходимости будет организована поддержка странам в анализе, проверке и оценке данных.

- (b) Можно ли выполнить эту резолюцию с помощью существующего персонала? Если нет, просьба указать в подпункте (c) ниже.**

На уровне штаб-квартиры: да, при условии сохранения доступности финансирования.

На уровне региональных бюро: нет, в отношении Регионального бюро для стран Африки и Регионального бюро для стран Юго-Восточной Азии

- (c) Дополнительные кадровые потребности (указать необходимый дополнительный персонал – в пересчете на полный рабочий день – по уровням Организации, отметив, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации).**

В Региональном бюро для стран Африки и Региональном бюро для Юго-Восточной Азии потребуется один штатный работник (на полный рабочий день) для работы со странами

- (d) Указать широкие временные рамки для осуществления деятельности.**

В период с 2010 по 2015 годы.

- 1. Резолюция EB126.R5** Питание детей грудного и раннего возраста: четырехлетний доклад о ходе работы

- 2. Связь с программным бюджетом**

Стратегические цели:

2. Вести борьбу против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии.

Ожидаемые для всей Организации результаты:

2.1 Руководства, политика, стратегия и другие средства, разработанные для профилактики, лечения и ухода за пациентами с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией, включая новаторские подходы к расширению обслуживания среди бедных, труднодоступных и уязвимых групп населения.

2.2 Предоставление политической и технической поддержки странам в целях расширения осуществления учитывающих гендерный аспект мероприятий по профилактике, лечению и уходу при ВИЧ/СПИДе, туберкулезе и малярии; включая комплексную подготовку кадров и обслуживание; более широкие сети провайдеров услуг; и повышенный лабораторный потенциал и лучшие связи с другими службами здравоохранения, включая сексуальное и репродуктивное здоровье, здоровье матерей, новорожденных и детей, инфекции, передаваемые половым путем, питание, службы лечения наркотической зависимости, респираторные болезни, забытые болезни и санитарное состояние окружающей среды.

2.4 Укреплены и расширены глобальные, региональные и национальные системы эпиднадзора, оценки и мониторинга для отслеживания успехов в достижении целевых заданий и контроля за выделением ресурсов на борьбу с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией для выявления воздействия мер борьбы и эволюции лекарственной резистентности.

4. Сокращать заболеваемость и смертность и улучшать здоровье на важных этапах жизни, включая беременность, роды, неонатальный период, детский и подростковый возраст, а также улучшать сексуальное и репродуктивное здоровье и способствовать активной и здоровой старости для всех людей.

7. Учитывать основополагающие социально-экономические детерминанты здоровья в политике и программах, направленных на усиление справедливости в отношении здоровья и включающих подходы, ориентированные на малоимущих, учитывающие гендерные аспекты и основанные на правах человека.

9. Улучшать питание, безопасность пищевых продуктов и продовольственную безопасность на протяжении всего жизненного цикла и в поддержку общественного здравоохранения и устойчивого развития.

4.4 На страновом уровне используются руководства, подходы и инструменты для улучшения показателей выживания и здоровья новорожденных при технической поддержке государств-членов в целях ускорения движения ко всеобщему охвату, параллельно с эффективными мероприятиями и контролем за ходом работы.

4.5 На страновом уровне используются руководства, подходы и инструменты для улучшения здоровья и развития детей при технической поддержке государств-членов в целях ускорения движения ко всеобщему охвату населения эффективными мерами и контролем за ходом работы, учитывая международные нормы и стандарты прав человека, особенно те, которые содержатся в Конвенции о правах ребенка.

7.2 ВОЗ предприняла инициативу для обеспечения возможности и средств межсекторального сотрудничества на национальном и международном уровнях по социальным и экономическим детерминантам здоровья, включая более глубокое понимание и действия в связи с последствиями для общественного здравоохранения торговли и торговых соглашений, а также по сокращению масштабов нищеты и устойчивому развитию.

9.1 Сформированы партнерства и альянсы, обеспечено лидерство, осуществляется координация и созданы сети сотрудничества со всеми заинтересованными сторонами на страновом, региональном и глобальном уровнях для развития информации и коммуникации, стимулирования межсекторальных действий, увеличения инвестиций в мероприятия по питанию, безопасности пищевых продуктов и продовольственной безопасности, а также разработки и поддержки программы научных исследований.

9.2 Выпущены и распространены среди государств-членов нормативные документы, включая справочники, регламенты, приоритеты научных исследований, руководства, учебные материалы и стандарты, для повышения их потенциала в вопросах оценки всех форм неправильного питания, зоонозных и неззоонозных болезней пищевого происхождения и борьбы с ними, а также в вопросах содействия здоровой практике питания.

9.3 Укрепление мониторинга и надзора за потребностями, а также оценки ответных мер в области питания и связанных с рационом питания хронических болезней, а также расширения возможности выявлять наилучшие политические варианты как в стабильных ситуациях, так и в условиях гуманитарных кризисов.

9.4 Создан потенциал и оказывается поддержка для направления усилий государств-членов на разработку, укрепление и осуществление планов, политики и программ в области питания, ориентированных на улучшение питания на протяжении всей жизни в стабильных и чрезвычайных ситуациях.

**(Кратко указать связь с ожидаемыми результатами, общими показателями, целевыми показателями, базовым состоянием)**

- Пересмотр и уточнение руководящих принципов по мерам вмешательства в области питания с увеличением их количества с 10 до 40.
- Осуществление мониторинга роста детей, практики кормления детей грудного и раннего возраста, положения с потреблением микроэлементов и принятых мер вмешательства в области питания с увеличением числа стран, применяющих стандарты роста, с 50 до 70; осуществление пяти обследований, связанных с потреблением микроэлементов; и сбор данных об осуществлении в 150 странах.
- Разработка на глобальном и страновом уровнях совместных межведомственных инициатив в целях расширения масштабов программ в области питания: 5 инициатив.
- Оказание технической поддержки 20 странам в расширении масштабов мер вмешательства и дополнительно 15 странам – в создании потенциала.
- Оказание государствам-членам технической поддержки в укреплении и осуществлении национальной политики в области питания в целях наращивания масштабов работы по смягчению остроты проблемы, связанной с двойным бременем неадекватного питания: оказание поддержки дополнительно 15 странам.
- Предоставление технических консультаций по приоритетным действиям в области питания, направленным на профилактику туберкулеза и поддержку в борьбе против ВИЧ: оказание поддержки дополнительно 15 странам.

**3. Бюджетные последствия**

**(a) Общая расчетная стоимость осуществления в течение всего срока деятельности Секретариата, предложенной в резолюции (с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия)**

12 млн. долл. США (расходы на персонал: 5 млн. долл. США, деятельность: 7 млн. долл. США.) на три года.

**(b) Расчетная стоимость на двухгодичный период 2010-2011 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия, и с указанием уровней Организации, на которых возникают расходы, и, в соответствующих случаях, конкретных регионов)**

8,5 млн. долл. США (расходы на персонал: 4 млн. долл. США, деятельность: 4,5 млн. долл. США; разбивка в рамках Организации: штаб-квартира – 2,5 млн. долл. США, регионы - 6 млн. долл. США).

- (с) Включена ли расчетная стоимость, указанная в пункте (b), в существующий утвержденный программный бюджет на двухгодичный период 2010-2011 гг.?

Да.

#### 4. Финансовые последствия

- Как будет финансироваться расчетная стоимость, указанная в подпункте 3(b) (указать потенциальные источники средств)?**

В настоящее время разрабатывается глобальный план мобилизации ресурсов в целях выхода на потенциальных доноров. Частичное финансирование было предоставлено правительствами Италии, Испании, Люксембурга, Соединенных Штатов Америки, Японии и благотворительными организациями.

#### 5. Административные последствия

- (a) Места осуществления (указать уровни Организации, на которых будет проводиться работа, и, в соответствующих случаях, конкретные регионы)**

Хотя нормативная работа (включая разработку и научную рецензию руководящих принципов) будет выполняться в штаб-квартире, все же основная часть деятельности будет проводиться на страновом и региональном уровнях. Приоритет будет отдан 36 странам, определенным ВОЗ по наиболее тяжелому бремени смертности и заболеваемости, которые обусловлены неадекватным питанием.

- (b) Можно ли выполнить эту резолюцию с помощью существующего персонала? Если нет, просьба указать в подпункте (с) ниже.**

Как уже рекомендовалось в обзоре проведенной работы в области питания по линии ВОЗ, кадровые ресурсы должны быть укреплены. Это, в первую очередь, относится к работе на страновом уровне и на уровне некоторых региональных бюро.

- (с) Дополнительные кадровые потребности (указать необходимый дополнительный персонал – в пересчете на полный рабочий день – по уровням Организации, отметив, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации).**

Кадровые ресурсы должны быть укреплены во всех регионах, особенно в Африканском регионе, Регионе Юго-Восточной Азии и в Регионе Восточного Средиземноморья. Особая потребность ощущается в сотрудниках категории Р2 и Р3, специализирующихся на технических вопросах питания.

- (d) Указать широкие временные рамки для осуществления деятельности.**

Осуществление некоторых видов деятельности в соответствии с этой резолюцией уже начато в текущем двухгодичном периоде. Большая часть мероприятий будет осуществлена до первого квартала 2011 года.

<b>1. Резолюция EB126.R7</b> Продвижение инициатив по безопасности пищевых продуктов	
<b>2. Связь с программным бюджетом</b>	
Стратегическая цель:	Ожидаемые для всей Организации результаты:
1. Уменьшить медико-санитарное, социальное и экономическое бремя инфекционных болезней	1.3 Обеспечение эффективной координации и поддержки государствам-членам для предоставления доступа всем группам населения к мероприятиям по профилактике, борьбе и полной и частичной ликвидации забытых тропических болезней, включая зоонозные болезни.
5. Уменьшать медико-санитарные последствия чрезвычайных ситуаций, стихийных бедствий, кризисов и конфликтов и сводить к минимуму их социальное и экономическое воздействие	5.5 Государствам-членам оказывается техническая поддержка для укрепления повышения готовности и создания национальных механизмов предупреждения и ответных мер в случае продовольственных и экологических чрезвычайных ситуаций, представляющих опасность для здоровья.
9. Улучшать питание, безопасность пищевых продуктов и продовольственную безопасность и на протяжении всего жизненного цикла и в поддержку общественного здравоохранения и устойчивого развития	9.1 Сформированы партнерства и альянсы, обеспечено лидерство, осуществляется координация и созданы сети сотрудничества со всеми заинтересованными сторонами на страновом, региональном и глобальном уровнях для развития информации и коммуникации, стимуляции межсекторальных действий, увеличения инвестиций в мероприятия по питанию, безопасности пищевых продуктов и продовольственной безопасности, а также разработки и поддержки программы научных исследований.
	9.2 Выпущены и распространены среди государств-членов нормативные документы, включая справочники, регламенты, приоритеты научных исследований, руководства, учебные материалы и стандарты, для повышения их потенциала оценивать все формы неправильного питания, зоонозные и неззоонозные болезни пищевого происхождения и бороться с ними, а также содействовать здоровой практике питания.
	9.5 Укреплены системы эпиднадзора, профилактики и борьбы с зоонозными и неззоонозными болезнями пищевого происхождения, созданы и включены в существующие национальные системы эпиднадзора программы мониторинга и оценки опасностей, связанных с пищевыми продуктами, а результаты их деятельности распространяются среди всех основных участников.

9.6 Создан потенциал и оказывается поддержка государствам-членам, включая обеспечение их участия в установлении международных стандартов в целях повышения их возможностей оценки риска зоонозных и неззоонозных болезней пищевого происхождения, безопасности пищевых продуктов, а также разработки и осуществления национальных систем контроля за пищевыми продуктами при обеспечении связей с международными системами, касающимися чрезвычайных ситуаций.

**(Кратко указать связь с ожидаемыми результатами, общими показателями, целевыми показателями, базовым состоянием)**

Эта резолюция обеспечит обновленные концептуальные рамки для нормативной деятельности ВОЗ по безопасности пищевых продуктов в соответствии с существующими ожидаемыми результатами с дополнительным акцентом на усиление научного консультирования, оценку бремени для здоровья болезней пищевого происхождения, поддержку Международной сети органов по безопасности пищевых продуктов (ИНФОСАН) и перекрестно-секторальную профилактику зоонозных болезней.

**3. Бюджетные последствия**

**(a) Общая расчетная стоимость осуществления в течение всего срока деятельности Секретариата, предложенной в резолюции (с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия)**

29,1 млн. долл. США на предстоящий шестилетний период (персонал: 16,5 млн. долл. США, деятельность: 12,6 млн. долл. США).

**(b) Расчетная стоимость на двухгодичный период 2010-2011 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия, и с указанием уровней Организации, на которых возникают расходы, и, в соответствующих случаях, конкретных регионов)**

9,7 млн. долл. США в штаб-квартире.

**(c) Включена ли расчетная стоимость, указанная в подпункте (b), в существующий утвержденный Программный бюджет на двухгодичный период 2010-2011 гг.?**

8 млн. долл. США включены в Программный бюджет.

**4. Финансовые последствия**

**Как будет финансироваться расчетная стоимость, указанная в подпункте 3(b), (указать потенциальные источники средств)?**

С помощью внебюджетных средств заинтересованных государств-членов и соответствующих неправительственных организаций.

**5. Административные последствия**

**(a) Места осуществления (указать уровни Организации, на которых будет проводиться работа, и, в соответствующих случаях, конкретные регионы)**

Осуществление будет организовано в штаб-квартире в координации со всеми региональными бюро и отдельными странами каждого региона.

- (b) Можно ли выполнить эту резолюцию с помощью существующего персонала? Если нет, просьба указать в подпункте (c) ниже  
Нет.
- (c) **Дополнительные кадровые потребности (указать необходимый дополнительный персонал - в пересчете на полный рабочий день - по уровням Организации, отметив, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации)**  
Два штатных сотрудника категории специалистов в штаб-квартире.
- (d) **Сроки (указать широкие временные рамки для осуществления деятельности)**  
Инициативы по безопасности пищевых продуктов являются постоянной деятельностью. Следующий доклад о ходе работы будет представлен Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения; следовательно, основные новые инициативы должны быть оценены к концу периода 2010-2011 гг.

**1. Резолюция EB126.R12** Улучшение здоровья посредством обеспечения безопасного и экологически обоснованного удаления отходов

**2. Связь с программным бюджетом**

Стратегическая цель:

Ожидаемые для всей Организации результаты:

8. Содействовать более здоровой окружающей среде, активизировать первичную профилактику и влиять на государственную политику во всех секторах, с тем чтобы воздействовать на коренные причины опасностей для здоровья, связанных с окружающей средой.

8.2. Государствам-членам предоставляется техническая поддержка и консультации для осуществления мер первичной профилактики, сокращающих риски в окружающей среде; повышена безопасность; улучшилось здоровье населения, в том числе в определенных условиях (например, на рабочих местах или в городских условиях) и среди уязвимых групп населения (например, детей).

**(Кратко указать связь с ожидаемыми результатами, общими показателями, целевыми показателями, базовым состоянием)**

Настоящая резолюция соответствует указанному ожидаемому результату и ее осуществление будет способствовать достижению цели на 2011 г. для 12 государств-членов, проводящих, при поддержке со стороны ВОЗ, мероприятия по первичной профилактике с целью уменьшения экологического риска для здоровья, по крайней мере в четырех ситуациях: на рабочих местах, по месту проживания или в городских условиях. Общий показатель на 2010 г. (8) останется без изменений.

**3. Бюджетные последствия**

**(а) Общая расчетная стоимость осуществления в течение всего срока деятельности Секретариата, предложенной в резолюции (с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия)**

На мероприятия не требуются дополнительные средства. В резолюции содержится просьба в адрес Секретариата поддержать, в рамках мандата Организации и имеющихся ресурсов, проведение мер, предусматриваемых в Балийской декларации. План работы на двухлетний период 2010-2011 гг. уже предусматривает мероприятия, направленные на решение проблемы опасных отходов, в особенности, медико-санитарных отходов, совместно с другими соответствующими учреждениями, включая ЮНЕП и Секретариат Базельской конвенции.

- (b) Расчетная стоимость на двухгодичный период 2010-2011 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия, и с указанием уровней Организации, на которых возникают расходы, и, в соответствующих случаях, конкретных регионов)

Никаких дополнительных расходов, конкретно по данной резолюции не предусматривается.

- (c) Включена ли расчетная стоимость, указанная в пункте (b), в существующий утвержденный программный бюджет на двухгодичный период 2010-2011 гг.?

Не применимо.

#### 4. Финансовые последствия

- Как будет финансироваться расчетная стоимость, указанная в подпункте 3(b), (указать потенциальные источники средств)?

Не применимо.

#### 5. Административные последствия

- (a) Места осуществления (указать уровни Организации, на которых будет проводиться работа, и, в соответствующих случаях, конкретные регионы)

Мероприятия по первичной профилактике будут в основном проводиться на страновом уровне; многострановые проекты будут проводиться через штаб-квартиру и региональные бюро; связь с ЮНЕП и Базельской конвенцией будет поддерживаться через штаб-квартиру и региональные бюро.

- (b) Можно ли выполнить эту резолюцию с помощью существующего персонала? Если нет, просьба указать в подпункте (c) ниже.

Да.

- (c) Дополнительные кадровые потребности (указать необходимый дополнительный персонал - в пересчете на полный рабочий день - по уровням Организации, отметив, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации)

Не применимо.

- (d) Сроки (указать примерные сроки для осуществления и оценки)

Актуальность проблемы медико-санитарных и других опасных отходов должна сохраняться, если мы хотим прочно удерживать на минимальном уровне производство опасных отходов. Поэтому, первоначальные сроки по данной резолюции будут соответствовать Среднесрочному стратегическому плану до 2013 года. После этого сроки будут при необходимости пересмотрены.

**1. Резолюция EB126.R13** Укрепление здоровья посредством безопасного удаления вышедших из употребления пестицидов и других вышедших из употребления химических веществ

**2. Связь с программным бюджетом**

Стратегическая цель:

8. Содействовать более здоровой окружающей среде, активизировать первичную профилактику и влиять на государственную политику во всех секторах, с тем чтобы воздействовать на коренные причины опасностей для здоровья, связанных с окружающей средой.

Ожидаемые для всей Организации результаты:

8.1 Проведены основанные на фактических данных оценки, сформулированы и обновлены нормы и стандарты по приоритетным рискам в окружающей среде (например, загрязнение воздуха, химические вещества, электромагнитные поля, радон, питьевая вода плохого качества, использование сточных вод)

8.2 Государствам-членам предоставляется техническая поддержка и консультации для осуществления мер первичной профилактики, позволяющих снизить уровень рисков в окружающей среде; повышена безопасность; улучшилось здоровье населения, в том числе в определенных условиях (например, на рабочих местах или в городских условиях) и среди уязвимых групп населения (например, детей)

8.3 Техническая помощь и поддержка государствам-членам для укрепления национальных систем, функций и служб управления факторами риска в рабочих условиях и окружающей среде

8.5 Укрепление ведущей роли сектора здравоохранения в интересах оздоровления окружающей среды и изменения политики во всех секторах, с тем чтобы направить усилия на искоренение изначальных причин угрозы здоровью в окружающей среде, в том числе за счет принятия мер в ответ на проблемы гигиены окружающей среды, возникающие и вновь возникающие под воздействием развития, а также за счет изменения структуры потребления и производства, и на вредные последствия новых технологий.

**(Кратко указать связь с ожидаемыми результатами, общими показателями, целевыми показателями, базовым состоянием)**

Эта резолюция соответствует перечисленным ожидаемым результатам и поддерживает показатели, касающиеся: государств-членов, которые оценивают экологические опасности для здоровья, осуществляют первичную профилактику экологических рисков для здоровья и выполняют национальные планы действий или политику в области управления профессиональной гигиеной. База остается той же.

**3. Бюджетные последствия**

- (а) Общая расчетная стоимость осуществления в течение всего срока деятельности Секретариата, предложенной в резолюции (с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия).**

Сроки не указаны, в связи с чем выполнение этой резолюции предполагается продолжить, так как в результате действий по преодолению рисков из употребления будут выходить дополнительные пестициды и химические вещества. Запланированная деятельность Секретариата в значительной степени направлена на конкретные вещества, вызывающие беспокойство, например на постепенное сокращение использования свинца, ртути и асбеста. Нынешний уровень деятельности в штаб-квартире в отношении таких веществ требует расходов в сумме 500 000 долл. США за двухгодичный период. Согласно оценкам, осуществление всеобъемлющей деятельности по вышедшим из употребления пестицидам и вышедшим из употребления химическим веществам в целом потребует приблизительно таких же расходов.

- (b) Расчетная стоимость на двухгодичный период 2010-2011 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия, и с указанием уровней Организации, на которых возникают расходы, и, в соответствующих случаях, конкретных регионов).**

См. раздел 3(а) выше.

- (с) Включена ли расчетная стоимость, указанная в подпункте (b), в существующий утвержденный Программный бюджет на двухгодичный период 2010-2011 гг.?**

Текущий уровень деятельности по конкретным веществам, вызывающим беспокойство, составляющий приблизительно 500 000 долл. США, включен в существующий Программный бюджет.

**4. Финансовые последствия**

- Как будет финансироваться расчетная стоимость, указанная в подпункте 3(b), (указать потенциальные источники средств)?**

Добровольные взносы заинтересованных государств-членов и соответствующие неправительственные ресурсы.

**5. Административные последствия**

- (а) Места осуществления (указать уровни Организации, на которых будет проводиться работа, и, в соответствующих случаях, конкретные регионы).**

Штаб-квартира (координация осуществления и обеспечение общего руководства для региональных и страновых бюро), а также региональные бюро в консультации со странами.

- (b) Можно ли выполнить эту резолюцию с помощью существующего персонала? Если нет, просьба указать в подпункте (с) ниже.**

Нынешний уровень деятельности может поддерживаться с помощью существующего персонала. Осуществление всеобъемлющей деятельности по вышедшим из употребления пестицидам и вышедшим из употребления химическим веществам в целом потребует дополнительного персонала (см. (с) ниже).

- (с) Дополнительные кадровые потребности (указать необходимый дополнительный персонал - в пересчете на полный рабочий день - по уровням Организации, отметив, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации).**

Всеобъемлющая деятельность потребует одного дополнительного сотрудника категории специалистов (эквивалент 25% полного рабочего дня).

- (d) Сроки (указать широкие временные рамки для осуществления деятельности).**

Сроки не указаны, и, как ожидается, осуществление продолжится (см. 3 (а) выше).

<p><b>1. Резолюция EB126.R15</b> Ускорение прогресса в достижении 4-ой Цели тысячелетия в области развития (Сокращение детской смертности): профилактика и лечение пневмонии</p>	
<p><b>2. Связь с программным бюджетом</b></p> <p>Стратегическая цель:</p> <p>1. Уменьшить медико-санитарное, социальное и экономическое бремя инфекционных болезней.</p> <p>4. Сокращать заболеваемость и смертность и улучшать здоровье на важных этапах жизни, включая беременность, роды, неонатальный период, детский и подростковый возраст, а также улучшать сексуальное и репродуктивное здоровье и способствовать активной и здоровой старости для всех людей.</p> <p style="text-align: center;"><b>(Кратко указать связь с ожидаемыми результатами, общими показателями, целевыми показателями, базовым состоянием)</b></p> <p>Эта резолюция находится в соответствии с перечисленными ожидаемыми результатами и оказывает поддержку следующим показателям: в отношении стратегической цели 1 - (i) число государств-членов с охватом иммунизацией на уровне, по меньшей мере, 90% (АКДС-3); и (ii) число государств-членов, включивших вакцину против <i>Haemophilus influenzae</i> типа b в свои национальные графики проведения иммунизации; и в отношении стратегической цели 4 - (i) число целевых государств-членов, имеющих единую политику в отношении всеобщего доступа к эффективным мероприятиям по улучшению здоровья матери, новорожденного и ребенка; и (ii) число государств-членов, осуществляющих стратегии расширения охвата мероприятиями по улучшению здоровья и развития детей.</p>	
<p><b>3. Бюджетные последствия</b></p> <p><b>(а) Общая расчетная стоимость осуществления в течение всего срока деятельности Секретариата, предложенной в резолюции (с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия).</b></p> <p>Для покрытия затрат на уровне штаб-квартиры, а также на уровнях региональных и страновых бюро требуется 110 млн. долл. США на период 2010-2015 гг.</p>	

- (b) Расчетная стоимость на двухгодичный период 2010-2011 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия, и с указанием уровней Организации, на которых возникают расходы, и, в соответствующих случаях, конкретных регионов).**

В отношении стратегической цели 1: на уровне штаб-квартиры - всего 5,9 млн. долл. США (900 000 долл. США на персонал и 5 млн. долл. США на осуществление мероприятий); на уровнях региональных и страновых бюро - всего 27,4 млн. долл. США (5 млн. долл. США на персонал, 22,4 млн. долл. США на мероприятия).

В отношении стратегической цели 4: на уровне штаб-квартиры - всего 600 000 долл. США (450 000 долл. США на персонал, 150 000 долл. США на мероприятия); на уровнях региональных и страновых бюро - всего 8 млн. долл. США (2,4 млн. долл. США на персонал, 5,6 млн. долл. США на мероприятия).

- (c) Включена ли расчетная стоимость, указанная в пункте (b), в существующий утвержденный программный бюджет на двухгодичный период 2010-2011 гг.?**

Да.

#### **4. Финансовые последствия**

- Как будет финансироваться расчетная стоимость, указанная в подпункте 3(b), (указать потенциальные источники средств)?**

В отношении стратегической цели 1: средства на 2010 г. предоставляются Альянсом ГАВИ и Фондом Гейтса. Некоторое финансирование, которое требуется на 2011 г., возможно, поступит из тех же самых источников, но дефицит финансирования, вероятно, возникнет в 2011 году.

В отношении стратегической цели 4: для финансирования этих мероприятий будут изыскиваться добровольные взносы.

#### **5. Административные последствия**

- (a) Места осуществления (указать уровни Организации, на которых будет проводиться работа, и, в соответствующих случаях, конкретные регионы).**

Все уровни ВОЗ при уделении особого внимания 68 приоритетным странам, в которых болезнь является тяжелым бременем и которые находятся в центре внимания инициативы "Отчет времени до 2015 г.". Большинство указанных стран также имеет право на получение финансирования от Альянса ГАВИ.

- (b) Можно ли выполнить эту резолюцию с помощью существующего персонала? Если нет, просьба указать в подпункте (c) ниже.**

Нет. Для выполнения данной резолюции потребуется дополнительный персонал, особенно в странах с тяжелым бременем этой болезни.

- (c) Дополнительные кадровые потребности (указать необходимый дополнительный персонал - в пересчете на полный рабочий день - по уровням Организации, отметив, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации).**

Три штатных сотрудника (на полной ставке) категории специалистов на уровне Р4: один в штаб-квартире, один в Региональном бюро для стран Юго-Восточной Азии и один на страновом уровне.

- (d) Сроки (указать широкие временные рамки для осуществления деятельности).**

Период 2010-2015 гг.

<b>1. Резолюция EB126.R16 Вирусный гепатит</b>	
<b>2. Связь с программным бюджетом</b>	
<p>Стратегическая цель:</p> <p>1. Уменьшить медико-санитарное, социальное и экономическое бремя инфекционных болезней</p>	<p>Ожидаемые для всей Организации результаты:</p> <p>1.1 Оказание политической и технической поддержки государствам-членам для доведения до максимума справедливого доступа всех людей к вакцинам гарантированного качества, включая новые иммунизационные продукты и технологии, а также интеграция других важных мероприятий по охране здоровья детей с мероприятиями по иммунизации.</p> <p>1.4. Оказание политической и технической поддержки государствам-членам для расширения их потенциала по проведению эпиднадзора и мониторингу за всеми инфекционными болезнями, имеющими значение с точки зрения общественного здравоохранения.</p> <p>1.5 Получение и проверка новых знаний, практических средств и стратегий, удовлетворяющих приоритетным потребностям, для профилактики и борьбы с инфекционными болезнями с привлечением большего числа ученых из развивающихся стран для руководства такими исследованиями.</p> <p style="text-align: center;"><b>(Кратко указать связь с ожидаемыми результатами, общими показателями, целевыми показателями, базовым состоянием)</b></p> <p>Эта резолюция соответствует ожидаемым результатам. При необходимости будут разработаны конкретные показатели, касающиеся профилактики вирусного гепатита.</p>
<b>3. Бюджетные последствия</b>	
<p><b>(а) Общая расчетная стоимость осуществления в течение всего срока деятельности Секретариата, предложенной в резолюции (с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия)</b></p> <p>В течение следующих пяти лет потребуется 30 млн. долл. США. Одна треть этой суммы (10 млн. долл. США) необходима для штаб-квартиры для осуществления глобального планирования и координации деятельности между заинтересованными сторонами, руководства глобальной политикой в этой области и предоставления поддержки региональным и страновым бюро; две трети этой суммы (20 млн. долл. США) необходимы для поддержки деятельности на региональном и страновом уровнях.</p> <p><b>(б) Расчетная стоимость на двухгодичный период 2010-2011 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США, включая персонал и мероприятия, и с указанием уровней Организации, на которых возникают расходы, и, в соответствующих случаях, конкретных регионов).</b></p> <p>Общие расчетные затраты составляют 6 млн. долл. США в год.</p>	

**(с) Включена ли расчетная стоимость, указанная в пункте (b), в существующий утвержденный программный бюджет на двухгодичный период 2010-2011 гг.?**

В деятельности по профилактике гепатита участвует целый ряд технических подразделений ВОЗ. Сложно определить точный объем ресурсов, имеющихся для деятельности в этой области, так как они могут быть непосредственно не указаны в программном бюджете и могут, например, входить в состав таких статей, как безопасность крови, безопасность инъекций, безопасность пищевых продуктов, профилактика рака, иммунизация детей или лечение оппортунистических инфекций при ВИЧ/СПИДе.

**4. Финансовые последствия**

**Как будет финансироваться расчетная стоимость, указанная в подпункте 3(b) (указать потенциальные источники средств)?**

Ожидается дополнительное финансирование за счет добровольных взносов в результате активной мобилизации ресурсов.

**5. Административные последствия**

**(a) Места осуществления (указать уровни Организации, на которых будет проводиться работа, и, в соответствующих случаях, конкретные регионы)**

В настоящее время большая часть деятельности осуществляется в штаб-квартире (рекомендации в отношении политики и технические рекомендации, информационно-пропагандистская деятельность на глобальном уровне, координация деятельности заинтересованных сторон и мобилизация денежных средств) и в двух регионах ВОЗ (Восточного Средиземноморья и Западной части Тихого океана).

**(b) Можно ли выполнить эту резолюцию с помощью существующего персонала? Если нет, просьба указать в подпункте (с) ниже.**

Нет.

**(с) Дополнительные кадровые потребности (указать необходимый дополнительный персонал – в пересчете на полный рабочий день – по уровням Организации, отметив, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации).**

В штаб-квартире потребуются, по меньшей мере, два дополнительных сотрудника категории специалистов (на полную ставку) и один сотрудник категории общего обслуживания (на полную ставку). В течение двухгодичного периода 2010-2011 гг. потребуются дополнительно по одному сотруднику категории специалистов (на полную ставку) в каждом из трех региональных бюро (плюс административная поддержка); в течение двухгодичного периода 2012-2013 гг. потребуются еще три сотрудника (на полную ставку) для остальных региональных бюро (плюс административная поддержка). Таким образом, в целом потребуются восемь сотрудников категории специалистов (на полную ставку) и три-четыре сотрудника категории общего обслуживания (на полную ставку). По меньшей мере в 10 странах потребуются наличие специального сотрудника в рамках национальной программы в этой области.

**(d) Сроки (указать широкие временные рамки для осуществления деятельности).**

Глобальная программа будет расширена и распространена на Африканский регион, Европейский регион и регион Восточного Средиземноморья в 2010 г., а в течение двухгодичного периода 2010-2011 гг. - на все регионы.