Всемирная
организация здравоохранения

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ
Сто тридцать четвертая сессия
Пункт 13.2 предварительной повестки дня

EB134/53
6 декабря 2013 г.

Доклады о ходе работы

Доклад Секретариата

СОДЕРЖАНИЕ

Инфекционные болезни

A. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу на 2011-2015 гг. (резолюция WHA64.14) 3

B. Ликвидация дракункулеза (резолюция WHA64.16) 5

Неинфекционные заболевания

C. Предупреждение детского травматизма (резолюция WHA64.27) 8

Укрепление здоровья на протяжении всего жизненного цикла

D. Репродуктивное здоровье: стратегия по ускорению хода работы в направлении достижения международных целей и задач в области развития (резолюция WHA57.12) 10

E. Нанесение увечий женским гениталиям (резолюция WHA61.16) 13

F. Молодежь и риски для здоровья (резолюция WHA64.28) 15

G. Выполнение рекомендаций Комиссии Организации Объединенных Наций по товарам, спасающим жизнь женщин и детей (резолюция WHA66.7) 17

H. Изменение климата и здоровье (резолюции EB124.R5 и WHA61.19) 19

Системы здравоохранения

I. Глобальная стратегия и план действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности (резолюция WHA61.21) 21

J. Наличие, безопасность и качество продуктов крови (резолюция WHA63.12) . 25

K. Трансплантация органов и тканей человека (резолюция WHA63.22) 28

L. Стратегия ВОЗ по научным исследованиям в области здравоохранения 31

Обеспечение готовности, эпиднадзор и ответные меры

M. Ответные действия и роль ВОЗ в качестве руководителя кластера здравоохранения для удовлетворения растущих потребностей в области здравоохранения при чрезвычайных гуманитарных ситуациях (резолюция WHA65.20) 33

Корпоративные услуги/вспомогательные функции

N. Многоязычие: осуществление плана действий (резолюция WHA61.12) 36

Инфекционные болезни

A. ГЛОБАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ВИЧ/СПИДУ НА 2011-2015 гг. (резолюция WHA64.14)

1. В резолюции WHA64.16 Ассамблея здравоохранения приняла глобальную стратегию сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу на 2011-2015 гг. и предложила Генеральному директору информировать о ходе ее осуществления.

2. С момента провозглашения стратегии число новых случаев заражения ВИЧ в странах с низким и среднем уровнем доходов сократилось с 2,7 миллиона в 2010 г. до 2,3 миллиона в 2012 г, при этом общее снижение с 2001 г. составило 33%. Расширение охвата обслуживанием с целью профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку привело к 36% сокращению числа новых случаев инфицирования детей в 2012 г. против 2009 года. К концу 2012 г. 9,7 миллиона человек в странах с низким и средним уровнем доходов получали антиретровирусную терапию, то есть на 1,6 миллиона больше, чем в конце 2011 г., что явилось самым стремительным ростом доступа к антиретровирусной терапии в любой отдельно взятый год и позволяет рассматривать в качестве достижимой цель обеспечить к 2015 г. эту терапию для 15 миллионов человек. Доступ к антиретровирусной терапии способствовал сокращению ежегодного числа случаев смерти в связи со СПИДом с 1,8 миллиона в 2010 г. до 1,6 миллиона в 2012 г., в результате чего в период с 1996 г. по 2012 г. было, по оценкам, предотвращено 5,2 миллиона случаев смерти. Расширение доступа к антиретровирусной терапии также привело к сокращению числа случаев смерти от туберкулеза, в результате чего число спасенных жизней людей возросло, по оценкам, с 50 000 в 2005 г. до 400 000 в 2011 году. Однако расширение услуг и их качество характеризуются неровностью по регионам, странам и различным группам населения.

3. В июне 2013 г. ВОЗ обнародовала свои *«Консолидированные руководящие принципы по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции»*[1], которые включают новые рекомендации по: тестированию на ВИЧ и консультированию по ВИЧ на уровне местных сообществ; применение антиретровирусной терапии на более раннем этапе; лечение всех детей в возрасте до пяти лет и всех беременных и кормящих грудью женщин; гармонизации схем антиретровирусного лечения по различным группам населения; использованию более простых и безопасных схем лечения; совершенствованию мониторинга пациентов и перераспределению задач; децентрализации и интеграции обслуживания. В руководящих принципах сделан акцент на: повышение качества мероприятий и услуг в рамках всего континуума оказания помощи в связи с ВИЧ, включая тестирование на ВИЧ и консультирование по ВИЧ; вовлечение населения в лечение и оказание помощи; максимизацию приверженности антиретровирусному лечению; удержание людей в рамках лечебного процесса и профилактику и ведение основных сопутствующих заболеваний. ВОЗ провела семинары во всех регионах по содействию

[1] Консолидированные руководящие принципы по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf, по состоянию на 25 октября 2013 г.).

оперативному принятию и адаптированию этих руководящих принципов и осуществляет мониторинг их воздействия на национальные меры политики и практику в связи с использованием антиретровирусных препаратов.

4. Для обеспечения эффективности ответные меры сектора здравоохранения на ВИЧ следует сосредоточить на группах населения и условиях, характеризующихся возросшим риском передачи, заболеваемости и смертности. Основные группы населения наибольшего риска, включая работников секс-индустрии, мужчин, вступающих в половые отношения с мужчинами, трансгендерных женщин и заключенных, часто не имеют доступа к услугам в связи с ВИЧ. Так, например, из данных, собранных в 2011 г. в 21 стране в Европе, следует, что 59% лиц, отвечающих критериям получения антиретровирусной терапии, приобрели ВИЧ в результате употребления инъекционных наркотиков, однако пользователи таких наркотиков составляют лишь 21% от получателей антиретровирусной терапии. В 2014 г. ВОЗ консолидирует методические указания по комплексным медицинским услугам в связи с ВИЧ для этих основных групп населения, чтобы способствовать усилению равенства в здравоохранении и прав человека. Организация также поддерживает усилия по охвату других уязвимых групп населения, в том числе путем подготовки двух наборов руководящих принципов по ВИЧ-услугам для подростков и профилактике гендерного насилия. ВОЗ осуществила преквалификацию устройства для мужского обрезания, чтобы расширить масштабы добровольного медицинского обрезания мужчин с целью профилактики ВИЧ путем охвата уязвимых мужчин в ситуациях высокой распространенности.

5. В *«Глобальном плане устранения новых случаев заражения ВИЧ среди детей до 2015 г. и оказания помощи матерям, чтобы они могли оставаться в живых»*[1] рекомендованы более тесные связи между программами по ВИЧ, обеспечению здоровья матерей и детей и планированию семьи. В рамках этого плана ВОЗ поддерживает антиретровирусные программы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку в 22 странах с высоким показателем распространенности, что позволило расширить охват с 57% в 2011 г. до 63% в 2012 году. Однако только 34% детей, отвечающих критериям получения антиретровирусной терапии в странах с максимальным бременем заболевания, получали в 2012 г. лечение по сравнению с 68% взрослых, отвечающих таким критериям. Осуществляемое сотрудничество между программами по туберкулезу и ВИЧ служат моделью интегрированного подхода, как это указано в *Политике ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ: руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон*[2].

---

[1] Глобальный план устранения новых случаев заражения ВИЧ среди детей до 2015 г. и оказания помощи матерям, чтобы они могли оставаться в живых. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС); 2011 г.

[2] Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ: руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон. Женева: ВОЗ, 2012 г. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503006_eng.pdf, по состоянию на 22 октября 2013 г.).

6. ВОЗ нацеливает свои программы по ВИЧ на возникающие приоритеты, например профилактику и ведение сопутствующих заболеваний. Она подготовила новые руководящие указания по профилактике и ведению гепатита В и гепатита С с упором на сочетанную инфекцию гепатита и ВИЧ. Возрастает распространенность неинфекционных заболеваний среди лиц, живущих с ВИЧ, и существует потребность в услугах по оказанию помощи, которые интегрированы и адаптированы к хроническим патологиям. В этой связи в 2014 г. ВОЗ проведет оценку относительного бремени неинфекционных заболеваний среди лиц, живущих с ВИЧ, и примет решение относительно клинических и программных методических указаний, которые необходимы для обеспечения комплексного медицинского обслуживания.

7. Секретариат продолжит свою работу с государствами-членами и партнерами по мониторингу осуществления глобальной стратегии сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу на 2011–2015 годы.

B. ЛИКВИДАЦИЯ ДРАКУНКУЛЕЗА (резолюция WHA64.16)

8. В соответствии с резолюцией WHA64.16, предлагающей представлять доклады о ходе работы на ежегодной основе, в настоящий доклад включена обновленная информация о ликвидации дракункулеза.

9. В настоящее время 192 страны, территории и района сертифицированы в качестве свободных от передачи дракункулеза. По состоянию на 30 августа 2013 г. остается 14 государств-членов, которым предстоит пройти сертификацию: четыре страны, являющиеся эндемичными по этой болезни (Чад, Эфиопия, Мали и Южный Судан), шесть стран, находящихся на стадии, предшествующей сертификации (Кот-д'Ивуар, Гана, Кения, Нигер, Нигерия и Судан), и четыре страны, которые не сообщали ни об одном случае этой болезни за последнее время (Ангола, Демократическая Республика Конго, Сомали и Южная Африка). Девятое совещание Международной комиссии по сертификации ликвидации дракункулеза планируется провести 3–5 декабря 2013 года. На Семнадцатом совещании по обзору национальных программ ликвидации дракункулеза, которое состоялось в Уагадугу в апреле 2013 г., были рассмотрены итоги работы за 2012 г. и составлены планы работы на 2013 год. В период проведения Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения состоялось неофициальное совещание министров здравоохранения стран, являющихся эндемичными по дракункулезу, в целях усиления поддержки мер, направленных на ликвидацию этой болезни.

10. В период с января по август 2013 г. число новых зарегистрированных случаев заболевания дракункулезом сократилось на 77% и составило 115 случаев по сравнению с 499 случаями, зарегистрированными за этот же период в 2012 году. Случаи заболевания имели место в 86 сельских населенных пунктах, в то время как в 2012 г. случаи заболевания регистрировались в 263 сельских населенных пунктах. Основной причиной этого являлось сокращение числа новых случаев, зарегистрированных в Южном Судане в период с января по август, на 80% – с 485 случаев в 2012 г. до 96 случаев в 2013 году. Случаи местной передачи в настоящее время ограничиваются лишь несколькими районами в этих странах.

11. В Чаде вспышка заболевания этой болезнью продолжается уже четвертый год, при этом в период с января по август 2013 г. зарегистрировано восемь новых случаев в восьми сельских населенных пунктах; в семи случаях были приняты меры сдерживания распространения болезни, и более чем в 700 сельских населенных пунктах проводится активный эпиднадзор при содействии Центра Картера. Гельминты, которые морфологически неотличимы от гельминтов, обнаруживаемых у человека, за последний год были выявлены у собак в этом же районе повышенного риска, и взятые образцы подвергаются эпидемиологическому изучению. Секретариат оказывает Чаду техническую поддержку в усилении эпиднадзора за дракункулезом и повышении уровня информированности населения за пределами сельских пунктов, находящихся под активным эпиднадзором, о полагаемом вознаграждении. В то же время необходима дополнительная поддержка этой деятельности и мер, направленных на сдерживание распространения болезни.

12. В Эфиопии в регионе Гамбела продолжалась передача заболевания с низкой степенью интенсивности. В период с января по август 2013 г. поступили сообщения о шести новых случаях в четырех сельских населенных пунктах по сравнению с тремя случаями в 2012 году. Четыре новых случая заболевания были локализованы. Требуется содействие в усилении эпиднадзора и повышении уровня информированности населения о системе поощрительного вознаграждения, особенно вдоль границы с Южным Суданом. В настоящее время Секретариат проводит работу по обеспечению взаимосвязи между эпиднадзором за дракункулезом и проводимыми крупномасштабными мероприятиями, такими как эпидемиологическое картирование забытых тропических болезней и распределение лекарственных средств на уровне местных сообществ. Однако для изучения всех непроверенных сообщений и локализации новых случаев заболевания необходимы также решительные и целенаправленные действия местных органов.

13. Мали остается единственной страной Западной Африки, где продолжается передача дракункулеза. В период с января по август 2013 г. в трех сельских населенных пунктах в двух районах было зарегистрировано четыре новых случая заболевания. Один случай был локализован. Такое же число случаев было зарегистрировано в 2012 году. С марта 2012 г. из соображений безопасности на севере страны выполнение национальной программы по ликвидации этой болезни было приостановлено, хотя группы Организации Объединенных Наций, осуществляющие гуманитарную деятельность, периодически проводили эпидемиологические наблюдения. Улучшение ситуации в отношении безопасности в последнее время позволило усилить эпиднадзор. Эпиднадзор был также усилен в лагерях малийских беженцев в Буркина-Фасо, Мавритании и Нигере в целях предотвращения дальнейшего распространения этой болезни. В рамках этих усилий Секретариат оказывал техническую и финансовую поддержку для расширения возможностей сотрудников здравоохранения и проводил по всей стране мероприятия по повышению уровня информированности местных сообществ о системе денежных вознаграждений в целях повышения эффективности эпиднадзора. Однако необходимо дополнительное содействие в восстановлении или усилении эпиднадзора после улучшения ситуации в отношении безопасности, а также в более широком пропагандировании системы вознаграждений.

14. На Южный Судан приходилось 83% всех случаев заболевания дракункулезом в период с января по август 2013 года. В 70 сельских населенных пунктах было зарегистрировано 96 новых случаев заболевания, из которых 68% было локализовано. По сравнению с тем же периодом в 2012 г., когда было зарегистрировано 485 случаев заболевания, число случаев сократилось на 80%. ВОЗ, ЮНИСЕФ и Центр Картера поддерживают национальную программу по прерыванию передачи заболевания и оказывают техническое содействие для усиления эпиднадзора за дракункулезом, включая наращивание потенциала, усиление надзора, проверку слухов о случаях заболевания, а также санитарное просвещение и координацию действий. В то же время необходимо содействие в дальнейшем усилении мер сдерживания распространения заболевания и проведении эпиднадзора, в том числе в районах, граничащих с Суданом, а также в усилении эпиднадзора с помощью добровольного информирования о случаях заболевания с использованием системы вознаграждений.

15. В июне 2013 г. сообщалось о случае дракункулеза в ходе проведения кампании по ликвидации полиомиелита в Судане в южной части Дарфура, граничащей с Южным Суданом. Позднее этот случай получил лабораторное подтверждение как *Dracunculus medinensis*. Последний местный случай заболевания в Судане был зарегистрирован в 2002 г., а последний завозной случай – в 2007 году. Секретариат оказывает техническую и финансовую помощь Судану в усилении эпиднадзора за дракункулезом путем усиления системы комплексного эпиднадзора за болезнями и ответных мер, используя проведение последовательных проверок в домах в ходе кампаний вакцинации против полиомиелита и повышение уровня информированности местного населения о денежном вознаграждении за добровольное сообщение о случаях заболевания. Однако необходима дополнительная помощь для усиления эпиднадзора и повышения уровня информированности населения о системе вознаграждений, в том числе в труднодоступных районах, таких как находящиеся на границе с Южным Суданом и Чадом.

16. При поддержке ВОЗ продолжается проведение эпиднадзора в свободных от дракункулеза районах в четырех странах, остающихся эндемичными по этой болезни, и в шести странах, находящихся на стадии, предшествующей сертификации. Эти меры дополняются системой вознаграждений за добровольное предоставление информации, ведущей к подтверждению случаев заболевания дракункулезом. Кроме того, для выявления случаев заболевания дракункулезом применяются такие меры, как обход домов при проведении национальных дней иммунизации и массовых кампаний по приему лекарств. Совершенствуются и усиливаются меры по обмену информацией и трансграничному эпиднадзору в странах, эндемичных по данной болезни, и в соседних странах, которые свободны от дракункулеза.

17. Все страны, которые остаются эндемичными по этой болезни и находящиеся на стадии, предшествующей сертификации, ежемесячно представляли отчеты в ВОЗ. В период с января по август 2013 г. ежемесячные отчеты представляли 87% районов десяти стран, остающихся эндемичными по этой болезни и находящихся на стадии, предшествующей сертификации. За этот же период было получено 2532 неофициальных сообщения, из которых 2105 (83%) были проверены в течение 24 часов после получения информации. Странам предлагается сообщать о том, в какой

степени отдельные лица информированы о вознаграждении, которое выдается за добровольное предоставление информации.

18. Из стран, находящихся на стадии, предшествующей сертификации, в 2013 г. ежеквартальные отчеты представляли Бенин, Буркина-Фасо, Камерун, Центральноафриканская Республика, Сенегал и Того. В странах, находящихся на стадии, предшествующей сертификации, следует продолжать проведение эпиднадзора в рамках систем санитарно-медицинского надзора на местном уровне и незамедлительно сообщать о любых предполагаемых или неподтвержденных случаях заболевания.

Неинфекционные заболевания

C. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА (резолюция WHA64.27)

19. В резолюции WHA64.27 Всемирная ассамблея здравоохранения предложила Генеральному директору, помимо прочего, предоставлять нормативную и техническую поддержку, развивать индивидуальный и институциональный потенциал, необходимый для предупреждения детского травматизма и борьбы с ним, и расширять меры политики и программы, основанные на научных данных, по предупреждению детского травматизма и смягчению его последствий. Она также предложила Генеральному директору создать сеть для обеспечения эффективной координации и осуществления мер в целях предупреждения детского травматизма в странах с низким и средним уровнем дохода.

20. С помощью электронных средств связи ВОЗ привлекла заинтересованные стороны к участию в сети по предупреждению детского травматизма, после чего была проведена консультация с участием ЮНИСЕФ, технических партнеров, неправительственных организаций и научных работников. Эта консультация решительно поддержала целесообразность такой сети и достигла консенсуса в отношении ее трех приоритетных задач, таких как повышение видимости детского травматизма, предоставление форума для технического обмена и создание потенциала. Доработан круг ведения, и в рамках консультативного процесса определяются стратегические цели сети, которые должны быть достигнуты в первые два года ее существования.

21. Развитие институционального и индивидуального потенциала является стратегическим фокусом работы. ВОЗ разработала ряд учебных ресурсов по предупреждению детского травматизма, включая онлайновый учебный курс на эту тему в рамках программы электронного обучения «TEACH-VIP»; новый цикл уроков на тему детского травматизма в рамках программы «TEACH-VIP 2»; последний цикл комплексной учебной программы, используемый в настоящее время более чем в 100 странах; и трехдневный краткий курс по предупреждению детского травматизма. Службам неотложной помощи и реабилитации для детей, получивших травмы, также уделяется внимание в двух дополнительных кратких курсах «VIP»; один из них касается планирования и управления систем травматологии, а другой – улучшения качества систем травматологии.

22. Упомянутые выше учебные ресурсы предназначены для передачи знаний. Кроме того, ВОЗ уделяла приоритетное внимание приобретению практических навыков в области предупреждения детского травматизма в рамках «MENTOR-VIP», глобальной программы по наставничеству, координируемой Секретариатом. В рамках этой программы дистанционного наставничества созданы программы по наставничеству, занимающиеся программированием, сбором данных или научными исследованиями в области детского травматизма, в Нигерии, Объединенной Республике Танзания, Пакистане и Филиппинах.

23. На сегодняшний день региональные семинары по созданию потенциала на темы детского травматизма проведены во всех регионах, кроме Региона стран Америки. В центре внимания семинаров было улучшение базы данных для национальных координаторов по травматизму, лиц, формирующих политику, и персонала соответствующих институтов и неправительственных организаций.

24. В составлении программ и проведении политики на основе научных данных достигнут прогресс – например, в небольшом, но важном числе стран приняты законы о детских удерживающих устройствах. Необходимо, чтобы таких стран стало больше, а обеспечение соблюдения таких законов должно быть улучшено в глобальных масштабах. *Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире, 2013 г.*[1] привлек внимание к этому вопросу и предоставил руководящие принципы и поддержку для государств-членов, с тем чтобы они приняли законы о детских удерживающих устройствах и обеспечили их соблюдение.

25. Относительно включения проблемы предупреждения детского травматизма в более широкие программы сотрудники штаб-квартиры и Регионального бюро для стран Восточного Средиземноморья вели совместную работу по созданию стратегических основ для предупреждения детского и подросткового травматизма в этом регионе. Эти основы предназначены для поддержки усилий министерств здравоохранения в партнерстве с другими ключевыми секторами, направленных на предупреждение детского и подросткового травматизма и выполнение рекомендаций *Всемирного доклада о профилактике детского травматизма*[2].

26. Аналогичным образом, Региональное бюро для стран Западной части Тихого океана включило предупреждение детского травматизма в ресурсы по оказанию первичной медико-санитарной помощи, основанной на подходе, охватывающем весь жизненный цикл, и проводит его пилотное тестирование в Лаосской Народно-Демократической Республике и Филиппинах. В Регионе Юго-Восточной Азии сотрудники штаб-квартиры и регионального бюро оказывают активную поддержку включению проблемы предупреждения детского травматизма в программы по охране здоровья матерей и детей в Шри-Ланке на основе успешного опыта такого включения в Таиланде.

---

[1] Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире: поддержать десятилетие действий. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г.

[2] World report on child injury prevention. Geneva: World Health Organization; 2008.

Укрепление здоровья на протяжении всего жизненного цикла

D. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: СТРАТЕГИЯ ПО УСКОРЕНИЮ ХОДА РАБОТЫ В НАПРАВЛЕНИИ ДОСТИЖЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНЫХ ЦЕЛЕЙ И ЗАДАЧ В ОБЛАСТИ РАЗВИТИЯ (резолюция WHA57.12)

27. В рамках технической помощи странам по осуществлению стратегии репродуктивного здоровья Секретариат сотрудничал с ЮНФПА при проведении глобального обследования прогресса в достижении целей Международной конференции по народонаселению и развитию, а также принял участие в региональных конференциях, на которых рассматривались результаты обследования.

28. Как указывается в этом обследовании, прогресс достигнут. Большинство из ответивших 176 стран сообщили о выполнении целого ряда положений или стратегий по укреплению сексуального и репродуктивного здоровья и прав людей в этой области. В их число вошли: национальные стратегии по репродуктивному здоровью, здоровью матери и ребенка и по планированию семьи; включение аспектов сексуального и репродуктивного здоровья в специальные программы; ранее выявление и первичная профилактика рака матки и грудной железы; профилактика ВИЧ/СПИДа и инфекций, передаваемых половым путем, и борьба с ними; предупреждение нежелательной беременности и небезопасных абортов; а также повышение уровня сексуального и репродуктивного здоровья молодых людей.

29. Однако, как сообщили страны, нужно уделить дополнительное внимание следующим областям: доступ к всеобъемлющим услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья для подростков и молодых людей, уязвимых групп и лиц с инвалидностью; интеграция услуг по сексуальному и репродуктивному здоровью и по ВИЧ/СПИДу; предупреждение и ведение последствий небезопасных абортов; материнская смертность; гендерное неравенство; насилие в отношении женщин; онкологические заболевания в связи с репродуктивными функциями; и участие мужчин. Секретариат продолжал оказывать поддержку для укрепления мер реагирования по ликвидации оставшихся пробелов. Например, опубликованы клинические и политические руководящие указания по предупреждению ранней беременности; по реагированию на насилие со стороны интимного партнера и случаи сексуального насилия в отношении женщин; а также по безопасным абортам.

30. Разнородный и неравномерный прогресс также наблюдается в показателях репродуктивного здоровья. Именно так обстоит дело в различных регионах по материнской смертности. В период с 1990 по 2010 год ежегодное сокращение показателя материнской смертности в глобальном масштабе составило 3,1%. В регионах Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана, по оценкам, сокращение составило 5,2%, в то время как в регионах Африки и Восточного Средиземноморья эти показатели равнялись 2,7% и 2,6%, соответственно. В 1990 г. порядка 43% случаев материнской смертности в мире приходились на южную Азию, а 35% – на страны Африки к югу от Сахары; в 2010 г. ситуация поменялась, и, по оценкам, 29% случаев глобальной смертности в мире имели место в южной Азии, а 56% – в странах Африки к югу от Сахары.

31. Доступ к помощи во время беременности и родов является критическим фактором сокращения материнской смертности и повышения уровня материнского здоровья. Согласно последним имеющимся данным, доля родов с участием квалифицированных медико-санитарных специалистов увеличилась в глобальных масштабах с 61% в 1990-х годах[1] до 70% в период 2005-2012 годов[2]. Неравенство может быть связано с местом проживания: в среднем, доля родов с участием квалифицированного медико-санитарного специалиста составила 61% в сельских районах по сравнению с 88% в городских районах[2].

32. Сокращение неудовлетворенных потребностей в том, что касается планирования семьи, и расширение доступа к контрацепции могут предотвратить до одной трети случаев материнской смертности[3]. В глобальном масштабе использование контрацептивов выросло с 55% в 1990 г. до свыше 60% в 2010 году[4]. Тем не менее, около 146 миллионов женщин в возрастной группе от 15 до 49 лет (как замужних, так и в гражданском браке), которые хотели бы отложить или остановить деторождение, не имели доступа к каким-либо формам планирования семьи, а 222 миллиона женщин не имели доступа к современным контрацептивам. Удовлетворение потребностей в том, что касается планирования семьи, содействует как расширению прав женщин, так и гендерному равенству, благодаря расширению возможностей экономического участия. Обеспечение безопасности контрацептивов входит в число ключевых элементов глобальной стратегии по ликвидации неудовлетворенных потребностей в области контрацепции. В частности, Секретариат активно поддержал осуществление рекомендаций Комиссии Организации Объединенных Наций по товарам, спасающим жизнь женщин и детей.

33. В качестве демографической группы подростки особенно уязвимы для негативных медико-санитарных и социальных последствий. Показатели рождаемости среди подростков остаются высокими в странах Африки к югу от Сахары (118 родов на 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет)[5]; то же самое можно сказать о Латинской Америке и Карибском бассейне и о южной Азии (79 и 46 родов на 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет, соответственно)[5]. С тем чтобы поддержать усилия по сокращению высоких показателей рождаемости среди подростков, Секретариат активно помогает государствам-членам в осуществлении своих руководящих указаний

---

[1] Всемирная статистика здравоохранения, 2010 год. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 год.

[2] Всемирная статистика здравоохранения, 2013 год. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 год.

[3] Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. The Lancet. 2006;368:1810–1827.

[4] Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. The Lancet. 2013;381:1642–1652.

[5] Цели тысячелетия в области развития. Доклад за 2013 год. Статистическое приложение. Нью-Йорк. Организация Объединенных Наций. 2013 год.

по предотвращению ранней беременности и неблагоприятных репродуктивных исходов[1].

34. Критическими шагами как в удовлетворении медико-санитарных потребностей, так и в осуществлении прав подростков являются углубление знаний и понимание ими проблематики сексуального и репродуктивного здоровья, включая ВИЧ/СПИД, а также расширение их жизненных навыков, с тем чтобы они могли управлять уровнем своего здоровья. В настоящее время менее 40% молодых мужчин в развивающихся регионах знают о том, что использование презервативов и либо абстиненция, либо отношения с одним неинфицированным партнером являются эффективными способами избежать заражения инфекции, передаваемой половым путем. Доля молодых мужчин, которые сообщили об использовании презерватива во время последнего высоко рискованного секса, колебалась от 37,2% в южной Азии до 76,2% на Кавказе и в Средней Азии. Была продемонстрирована эффективность программ сексуального образования в сокращении рискованного сексуального поведения[2]. Секретариат подготовил конкретные исследования по успешным примерам расширения масштабов сексуального образования в целях содействия обмену такой передовой практикой по линии Юг-Юг.

35. Помимо вышеупомянутых конкретных мероприятий, на Лондонской встрече на высшем уровне по планированию семьи, которая состоялась в июле 2012 г., Секретариат заявил о своей приверженности целям этой Встречи на высшем уровне, которые предусматривают укрепление доказательной базы и норм эффективной политики и программы действий в целях расширения доступа к качественным услугам. В рамках этого обязательства готовятся руководства по обеспечению основанного на правах человека подхода к программам планирования семьи на фоне расширения масштабов контрацептивных услуг.

E. НАНЕСЕНИЕ УВЕЧИЙ ЖЕНСКИМ ГЕНИТАЛИЯМ (резолюция WHA61.16)

36. Во исполнение резолюции WHA61.16 Секретариат сотрудничает с государствами-членами и международными, региональными и национальными партнерами с целью положить конец практике нанесения увечий женским гениталиям. В этом докладе излагается прогресс, достигнутый за период с 2011 года.

37. Проведенные в последнее время анализы позволяют сделать вывод о том, что распространенность практики нанесения увечий женским гениталиям идет на убыль[3], особенно в Центральноафриканской Республике и Кении среди женщин в возрасте от 15 до 49 лет. Вместе с тем, в тех странах, в которых уровень распространенности все еще остается высоким, эту работу необходимо активизировать. Общее число девушек

---

[1] WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2011.

[2] Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, Bajos N. Sexual behaviour in context: a global perspective. The Lancet 2006;368:1706–1728.

[3] Нанесение увечий женским гениталиям/обрезание: статистический обзор и изучение динамики изменений. Нью-Йорк: Детский фонд Организации Объединенных Наций; июль 2013 года.

и женщин, которые подвергались практике нанесения увечий женским гениталиям в регионах Африки и Восточного Средиземноморья, составляет, по оценкам, более 125 миллионов человек[1]. В Европейском союзе этот показатель варьируется в зависимости от стран[2].

38. К сентябрю 2013 г. в общей сложности 24 страны в регионах Африки и Восточного Средиземноморья квалифицировали эту практику в качестве уголовного правонарушения[3]. Законодательство, которое квалифицирует нанесение увечий женским гениталиям в качестве уголовного правонарушения, было принято в Гвинее-Бисау и Кении в 2011 г., а в Сомали – в 2012 году. В 2011 г. в Буркина-Фасо, Эритрее, Эфиопии, Кении, Сенегале, Судане и Уганде было возбуждено судебное разбирательство по 141 случаю[4]. Соответствующий законопроект, квалифицирующий эту практику в качестве уголовного правонарушения, был передан на утверждение законодательным органам в Гамбии и Мавритании.

39. После подготовки последнего доклада о ходе работы в 2011 г. программы, которые были введены в действие по инициативе государств-членов в целях решения проблемы нанесения увечий женским гениталиям, включают инициативу по защите новорожденных девочек в Судане и включение проблематики нанесения увечий женским гениталиям в национальную учебную программу в Сенегале. Международный день полной нетерпимости к практике нанесения увечий женским гениталиям, который ежегодно отмечается 6 февраля, дает возможность странам проводить активную работу по повышению осведомленности о такой практике[5].

40. С 2010 г. многие тысячи общин во всей Африке публично заявили о своем решении прекратить практику нанесения увечий женским гениталиям[6]. В Гамбии, Кении, Сомали, Уганде и Объединенной Республике Танзания введены в практику

---

[1] Нанесение увечий женским гениталиям/обрезание: статистический обзор и изучение динамики изменений. Нью-Йорк: Детский фонд Организации Объединенных Наций; июль 2013 года

[2] Нанесение увечий женским гениталиям в Европейском союзе и Хорватии. Доклад. Вильнюс: Европейский институт гендерного равенства; 2013 год.

[3] Страны, принявшие законы и/или указы против практики нанесения увечий женским гениталиям/обрезания, в которых распространена эта практика, включают Бенин, Буркина-Фасо, Центральноафриканскую Республику, Чад, Кот-д'Ивуар, Джибути, Египет, Эритрею, Эфиопию, Гану, Гвинею, Гвинею-Бисау, Кению, Либерию, Мавританию, Нигерию, Нигер, Сенегал, Сомали, Судан, Того, Уганду, Объединенную Республику Танзания и Йемен. В Камеруне, Гамбии, Мали, Сьерра-Леоне законов против нанесения увечий женским гениталиям/обрезанию не существует.

[4] Совместная программа ЮНФПА-ЮНИСЕФ по борьбе с нанесением увечий женским гениталиям/обрезанием: Активизация перемен. Ежегодный доклад, 2011 г. Нью-Йорк: Детский фонд Организации Объединенных Наций; 2012 год.

[5] Международный день отмечается в следующих странах: Буркина-Фасо, Джибути, Египет, Эритрея, Эфиопия, Гамбия, Гвинея, Гвинея-Бисау, Кения, Мали, Мавритания, Сенегал, Сомали, Судан и Уганда.

[6] Совместная программа ЮНФПА-ЮНИСЕФ по борьбе с нанесением увечий женским гениталиям/обрезанием. Активизация перемен. Ежегодный доклад, 2011 г. Нью-Йорк: Детский фонд Организации Объединенных Наций; 2012 год.

альтернативные переходные ритуалы, организуемые на общинном уровне, имеющие целью оказать соответствующее воздействие в целях отказа от этой практики. Активизировалась поддержка, с тем чтобы положить конец практике нанесения увечий женским гениталиям, и среди религиозных лидеров. В 2011 г. религиозные лидеры из восьми западноафриканских стран, Египта и Судана осудили эту практику[1]. В 2012 г. против практики нанесения увечий женским гениталиям[1] открыто выступили 4178 религиозных и традиционных лидеров в 15 африканских странах[2], и 730 религиозных лидеров в восьми африканских странах[3] осудили какую бы то ни было связь между нанесением увечий женским гениталиям и религией[2].

41. В 2012 г. совместная программа ЮНФПА-ЮНИСЕФ по борьбе с практикой нанесения увечий женским гениталиям оказала поддержку в подготовке 2690 профессиональных работников здравоохранения по лечению осложнений, обусловленных этой практикой[2]. Кроме того, Совет Европейского союза принял Стратегическую рамочную программу и план действий ЕС по правам человека и демократии, в которой также нашла отражение проблематика нанесения увечий женским гениталиям.

42. Секретариат продолжал играть ведущую роль и оказывать поддержку в усилиях на национальном и международном уровнях с целью искоренить практику нанесения увечий женским гениталиям, особенно в таких областях деятельности, как политический диалог, укрепление информационных систем по отслеживанию прогресса, информационно-разъяснительная работа и исследования, в том числе в Эфиопии и Нигерии, исследования проблематики психологических последствий, обусловленных нанесением увечий женским гениталиям, и исследование взаимосвязи между образованием фистулы и нанесением увечий женским гениталиям в Сьерра-Леоне. Секретариат также рассмотрел различные подходы к работе с целью (i) положить конец этой практике[4] и (ii) принять меры в целях ее количественного определения[5] и обобщил имеющиеся данные. ВОЗ, в сотрудничестве с ЮНФПА и другими партнерами, поддержала идею создания Африканского координационного центра по прекращению практики нанесения увечий женским гениталиям, который базируется в Найробийском университете.

---

[1] Буркина-Фасо, Джибути, Египет, Эритрея, Эфиопия, Гамбия, Гвинея, Гвинея-Бисау, Кения, Мали, Мавритания, Сенегал, Сомали, Судан и Уганда.

[2] Совместная программа ЮНФПА-ЮНИСЕФ по борьбе с нанесением увечий женским гениталиям/обрезанием. Активизация перемен. Расширение масштабов применения всестороннего подхода с целью положить конец этой практике в 15 африканских странах. Ежегодный доклад, 2012 г. Нью-Йорк: Детский фонд Организации Объединенных Наций.

[3] Джибути, Эритрея, Эфиопия, Гамбия, Гвинея-Бисау, Кения, Мавритания и Сенегал.

[4] Johansen REB, Nafissatou JD, Laverack G, Leye L. What works and what does not: a discussion of popular approaches for the abandonment of female genital mutilation. Obstet Gynecol Int. 2013; 2013:348248.

[5] Yoder PS, WangS, Johansen E. Estimates of female genital mutilation/cutting in 27 African countries and Yemen. Stud Fam Plann. 2013; 44(2):189–204.

43. Секретариат оказывает техническую поддержку Судану в реализации рассчитанной на несколько лет инициативы по решению проблемы нанесения увечий женским гениталиям в сотрудничестве с правительством Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии. В 2012 г. Секретариат внес также конструктивный вклад в принятие Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций соответствующей резолюции по активизации усилий на глобальном уровне с целью положить конец практике нанесения увечий женским гениталиям[1].

F. МОЛОДЕЖЬ И РИСКИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ (резолюция WHA64.28)

44. Основными причинами смертности в возрастной группе от 10 до 19 лет являются самоубийства, дорожно-транспортный травматизм, СПИД, диарейные болезни и состояния, связанные с материнством[2]. Результаты обследования в возрастной группе от 13 до 15 лет[3] показывают, что растет распространенность употребления алкоголя несовершеннолетними и эпизодических запоев, причем распространенность употребления алкоголя в последние 30 дней достигла 60% в некоторых странах. Показатели избыточного веса и ожирения растут в странах с низким и средним уровнем дохода, особенно в городских условиях, причем в некоторых случаях распространенность ожирения среди 13–15-летних достигает 30%. Распространенность курения сигарет среди 13–15-летних достигает в настоящее время 44%[4], а 41% людей в этой возрастной группе регулярно подвергаются воздействию вторичного табачного дыма[5]. Как сообщается, также широко распространена травля, причем в некоторых случаях она достигает 70% и может ассоциироваться с психическими заболеваниями во взрослом возрасте. Во всемирном масштабе среди девочек-подростков два фактора риска являются определяющими с точки зрения заболеваемости: небезопасный секс, ведущий к передаче инфекций, включая ВИЧ, половым путем, а также отсутствие контрацепции, приводящее к беременности высокого риска. В настоящее время также признаются последствия ранних браков и нужды подростков, живущих с ВИЧ.

45. Эти вопросы нашли свое отражение в политике здравоохранения многих государств-членов, причем в большинстве случаев главным образом упор делается на

---

[1] Резолюция 67/146 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций.

[2] Глобальная обсерватория здравоохранения (ГОЗ) [веб-сайт]. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г. (www.who.int/gho, по состоянию на 21 октября 2013 г.).

[3] Global school-based student health survey (GSHS) [website]. Geneva, World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/chp/gshs/en/, по состоянию на 21 октября 2013 г.).

[4] Global Youth Tobacco Survey (GYTS) – Country Reports. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г. (http://www.who.int/tobacco/surveillance/country_reports/en/, по состоянию на 21 октября 2013 г.).

[5] Глобальная оценка бремени болезни от вторичного табачного дыма. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 г.

репродуктивное здоровье и ВИЧ/СПИД[1]. В глобальных масштабах 169 стран осуществили по крайней мере одну из мер по сокращению спроса на табак. Данные в отношении национальной политики по табаку говорят о том, что 16% подростков в мире защищены всеобъемлющими законами о запрете курения, а 10% защищены запретами на рекламу, стимулирование продаж и спонсорство[2]. Большинство стран Европейского региона частично или полностью осуществили политику, ограничивающую маркетинг продуктов питания и напитков, нацеленный на детей и подростков[3]. Снижение допустимых норм содержания алкоголя в крови (≤0,02 г/дл) является эффективным средством сокращения числа аварий в результате управления транспортным средством в нетрезвом состоянии в этой возрастной группе. Эта политика в настоящее время применяется в 42 странах (23%)[4]. Показатели вакцинации подростков против столбняка, менингококка, краснухи и кори варьируются в разных странах; в результате введения вакцины против ВПЧ углубилось понимание необходимости иммунизации подростков.

46. Значение раннего вмешательства при профилактике самоубийств среди молодежи подчеркивалось во всеобъемлющем плане действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг., который был принят Шестьдесят шестой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в качестве глобального механизма мониторинга профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними. Этот механизм предусматривает в отношении подростков конкретные показатели употребления алкоголя и табака, физической активности, избыточного веса и ожирения. В сотрудничестве с партнерами по Организации Объединенных Наций, с гражданским обществом и молодежью разработаны технические руководящие указания. Например, ВОЗ выпустила руководства по предотвращению ранней беременности и неблагоприятных исходов в области репродуктивного здоровья среди подростков; по тестированию на ВИЧ и консультированию, а также по помощи подросткам, живущим с ВИЧ; и о ведении состояний, конкретно связанных со стрессом, включая ряд рекомендаций по подросткам. Вопрос об осуществлении существующих стратегий применительно к молодежи будет рассматриваться в глобальных докладах по алкоголю, самоубийствам, предотвращению насилия, а также в докладе, который будет озаглавлен «*Здоровье для подростков в мире*», которые ВОЗ планирует опубликовать в 2014 году.

---

[1] Подростки упоминаются почти в 84% документации по национальной политике в области здравоохранения, которая содержится в базе данных ВОЗ циклам планирования в странах (http://www.who.int/nationalpolicies/resources/resources_database/en/, по состоянию на 21 октября 2013 г.).

[2] Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2013 г. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.

[3] Маркетинг пищевых продуктов с высоким содержанием жира, соли и сахара, ориентированный на детей – обновленная информация за 2012-2013 гг. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 г.

[4] Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире, 2013 г. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.

47. Существующие в настоящее время в Организации механизмы координации деятельности, связанной со здоровьем молодежи, являются неадекватными. Нехватка как финансовых, так и людских ресурсов оказала особенно негативное воздействие на обеспечение систематической поддержки стран при осуществлении имеющейся стратегии. Африканское региональное бюро решило этот вопрос за счет недавнего набора консультанта по вопросам здоровья подростков, который может оказывать помощь странам. Ссылки на здоровье молодежи содержатся в ряде категорий Программного бюджета на 2014-2015 гг. (где также упоминается показатель рождаемости среди подростков), который был утвержден на Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

G. ВЫПОЛНЕНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ КОМИССИИ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ ПО ТОВАРАМ, СПАСАЮЩИМ ЖИЗНЬ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ (резолюция WHA66.7)

48. В докладе, подготовленном в соответствии с резолюцией WHA66.7, обобщается прогресс, достигнутый в осуществлении рекомендаций Комиссии Организации Объединенных Наций по товарам, спасающим жизнь женщин и детей. Доклад содержит описание работы, осуществляемой ВОЗ в сотрудничестве с другими организациями системы Организации Объединенных Наций, национальными, региональными и международными регулирующими органами и другими партнерами по обеспечению для уязвимых женщин и детей доступа к безопасным товарам высокого качества.

49. В тесной координации с ЮНИСЕФ и ЮНФПА ВОЗ продолжала оказывать поддержку в подготовке на основе фактических данных и с учетом потребностей планов в области репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей в поддержку осуществления рекомендаций Комиссии в восьми странах-«первопроходцах»[1]. К числу результатов этой работы относится разработка в Нигерии, в числе прочего, комплексной системы обеспечения доступа к спасающим жизнь товарам, под эгидой которой амоксициллин был зафиксирован в качестве однозначного лечения первой линии от пневмонии, было включено использование всех соответствующих неонатальных товаров в процессе осуществления политики перераспределения задач; ведется обновление перечней основных лекарственных средств на федеральном уровне и в штатах; и разрабатываются гармонизированные программы подготовки кадров.

50. Деятельность по улучшению доступа к спасающим жизнь товарам включает оказание технической поддержки в вопросах политики, регулирования и в технической области. Был обновлен Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств, который теперь включает (i) уточнения по использованию хлоргексидина и (ii) перечень антенатальных кортикостероидов. Были обновлены лечебные методические указания по оказанию медицинской помощи новорожденным в помощь медработникам, обеспечивающим безопасное эффективное лечение с использованием

[1] Демократическая Республика Конго, Эфиопия, Малави, Нигерия, Сенегал, Сьерра-Леоне, Уганда и Объединенная Республика Танзания.

спасающих жизнь товаров, и был подготовлен свод методических указаний для улучшения доступа к критически важной информации. Были приняты стратегии в поддержку стран с целью адаптирования этой информации и оказания поддержки в проведении основанных на фактических данных обзоров национальных мер политики в государствах-членах.

51. В июне Секретариат организовал процессы сотрудничества в странах с целью разработки спецификаций по педиатрической продукции и медицинским устройствам и определения соответствующих методов контроля качества и регулирования. В случаях отсутствия согласия со стороны требовательных нормативных систем были созданы Группы экспертов по обзору для обеспечения качества и содействия оперативной закупке основных товаров для обеспечения репродуктивного здоровья. В настоящее время проводятся обследования с целью определения статуса намеченных товаров в плане регулирования и качества. Была опробована продукция, доступная на местных рынках, с целью определения направленности технического содействия, усилий по формированию рынков и подходов, учитывающих риски. Была оказана техническая поддержка производителям цинка, пероральных регидрационных солей и амоксициллина, чтобы облегчить им получение согласия от требовательных нормативных органов.

52. На глобальном уровне ВОЗ играет активную роль в формировании и продолжающемся конфигурировании руководящего комитета по репродуктивному здоровью, здоровью матерей, новорожденных и детей[1]. Руководящий комитет является неофициальной группой, призванной согласовать и гармонизировать глобальные финансовые потоки на цели репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей, с тем чтобы улучшить реагирование на запросы стран и ликвидировать существующие пробелы, включая максимизацию дополнительных финансовых потоков в рамках «единого странового плана», а также обеспечить привязку глобальных инициатив к страновым планам. Для этого целевая группа, созданная на ограниченный период времени, анализирует процессы взаимодействия стран с целью максимизации потоков финансирования, например Инновационного целевого фонда по обеспечению результатов в области здравоохранения, Инициативы H4+ и вновь созданного Целевого фонда RMNCH.

53. В порядке поддержки рекомендаций Комиссии Организации Объединенных Наций по информации и подотчетности в отношении здоровья женщин и детей ВОЗ и ее партнеры также ведут работу по улучшению организации измерения результатов и подотчетности в отношении различных инициатив, осуществляемых под эгидой

[1] Членами этого руководящего комитета являются представители доноров и стран-получателей: Канада, Эфиопия, Франция, Нигерия, Норвегия, Сенегал, Швеция, Объединенная Республика Танзания и Канцелярия Генерального секретаря Организации Объединенных Наций, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Всемирный банк, Бюро специального посланника Генерального секретаря Организации Объединенных Наций по финансированию Целей тысячелетия в области развития и малярии, Фонд Организации Объединенных Наций, Партнерство по здоровью матерей и детей, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Альянс ГАВИ, Фонд Билла и Мелинды Гейтс, Агентство международного развития Соединенных Штатов Америки и Инициатива Клинтона по обеспечению доступа к здравоохранению.

Глобальной стратегии Генерального секретаря Организации Объединенных Наций по обеспечению здоровья женщин и детей с использованием семи принципов международного партнерства в области здравоохранения и сопутствующих инициатив (IHP+). В рамках поддержки, оказываемой независимой Группе экспертов по обзору, ВОЗ представляет информацию о прогрессе в направлении осуществления рекомендаций Комиссии Организации Объединенных Наций по спасающим жизнь товарам.

H. ИЗМЕНЕНИЕ КЛИМАТА И ЗДОРОВЬЕ (резолюции EB124.R5 и WHA61.19)

54. Данный доклад представляется в соответствии с просьбой Исполнительного комитета в резолюции EB124.R5 относительно ежегодного доклада о прогрессе в осуществлении резолюции WHA61.19 и плана работы ВОЗ по изменению климата и здоровью.

55. Свои усилия по углублению понимания этой проблематики Секретариат сосредоточил на повышении устойчивости систем здравоохранения; на гарантиях таких экологических детерминантов здоровья, как водоснабжение и санитария; а также на сокращении бремени болезни в результате загрязнения воздуха при одновременном сокращении выбросов парниковых газов. Для привлечения внимания к взаимосвязи между различными элементами были использованы следующие возможности: региональные и министерские совещания по здравоохранению и окружающей среде и подготовительные сессии к ним; такие мероприятия министерского уровня как (i) совещание по здоровью, загрязнению воздуха и изменению климата, которое состоялось в ходе Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, и (ii) совещание по повышению устойчивости здоровья к климатическим изменениям, которое было организовано на девятнадцатой сессии Конференции Сторон Рамочной конвенции Организации Объединенных Наций по климатическим изменениям, в связи с чем ВОЗ предложила подготовку кадров и спонсировала представителей здравоохранения для участия в переговорах. Секретариат также участвовал в организации совещания на высшем уровне тех неправительственных организаций, которые работают в области здоровья и изменения климата[1].

56. ВОЗ по-прежнему возглавляла медико-санитарную составляющую ответных мер Организации Объединенных Наций на изменение климата посредством переговорного процесса Рамочной конвенции Организации Объединенных Наций по климатическим изменениям, региональных координационных механизмов, а также в качестве ведущего учреждения по вопросам здоровья в страновых группах Организации Объединенных Наций. В число ее основных партнеров входят: секретарит Рамочной конвенции Организации Объединенных Наций по климатическим изменениям, ПРООН, ВМО и ЮНЕП, региональные и субрегиональные учреждения и органы (например, Экономическая и Социальная комиссия Организации Объединенных Наций для Западной Азии, Лига Арабских государств и Европейский союз), двусторонние учреждения по вопросам развития и сотрудничающие центры ВОЗ. Эти партнерства

[1] http://www.climateandhealthalliance.org/summit/climate-and-health-summit, по состоянию на 13 ноября 2013 года.

поддерживают целый диапазон программных областей, включая применение информации об изменении климата в связанной со здоровьем деятельности, которая осуществляется с ВМО, разработку учебных материалов с Учебным и научно-исследовательским институтом ООН, осуществление страновых проектов с ПРООН. ВОЗ также присоединилась к Коалиции за сохранение климата и чистоты воздуха по сокращению коротко живущих загрязняющих веществ.

57. Секретариат участвовал в подготовке Пятого оценочного доклада Межправительственной группы по климатическим изменениям и представлял сектор здравоохранения в программе работы по потерям и ущербу, которая была создана Рамочной конвенцией Организации Объединенных Наций по климатическим изменениям, а также в Найробийской программе работы РККИ ООН по воздействию, уязвимости и адаптации к климатическим изменениям. Секретариат также опубликовал руководство по оценке экономического ущерба и адаптационных расходов[1], а также по учету гендерных факторов в медико-санитарных адаптационных программах[2] наряду с обзором воздействия наводнений на здоровье и профилактических мер в Европейском регионе[3]. Новая инициатива ВОЗ направлена на определение исследовательских приоритетов в соответствии с пунктов 2 резолюции WHA61.19. Также были уточнены оценки бремени болезней, вызываемых загрязнением воздуха; была проанализирована связь между энергией, здоровьем и изменением климата, в контексте домашних хозяйств; а также была разработана методика оценки воздействия на здоровье для определения преимуществ для здоровья в результате сокращения загрязнения воздуха в связи с более экологичным транспортом.

58. Секретариат осуществлял мониторинг и оказывал поддержку выполнению резолюции WHA61.19, а также связанных региональных механизмов действий посредством предоставления технических руководств о разработке компонента здоровья национальных адаптационных планов, а также посредством практикумов с привлечением стран во всех регионах (все 58 государств-членов в регионах Африки и Юго-Восточной Азии, 32 – в Регионе стран Америки, 12 – в Европейском регионе, 8 – в Регионе Восточного Средиземноморья и 14 – в Регионе Западной части Тихого океана). Также распространяются новые учебные материалы, в том числе по конкретным областям особого внимания, например по изменению климата, водным ресурсам и здоровью.

59. При помощи правительств Германии, Норвегии, Республики Корея и Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии и вместе с Глобальным экологическим фондом и Фондом достижения Целей развития

---

[1] Изменение климата и здоровье: инструмент для расчета финансовых издержек, связанных со здоровьем и адаптационными мерами. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 год.

[2] Mainstreaming gender in health adaptation to climate change programmes: user's guide: discussion draft. Geneva: World Health Organization; 2012.

[3] Наводнения в Европейском регионе ВОЗ: неблагоприятные последствия для здоровья и их предупреждение. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 год.

тысячелетия Секретариат координировал крупномасштабные экспериментальные проекты по адаптации общественного здравоохранения к изменению климата в Албании, Бангладеш, Барбадосе, Бутане, Камбодже, Китае, Эфиопии, Фиджи, Иордании, Казахстане, Кении, Кыргызстане, Малави, Монголии, Непале, Папуа-Новой Гвинее, Филиппинах, Российской Федерации, Таджикистане, Объединенной Республике Танзания, бывшей югославской Республике Македония и Узбекистане.

Системы здравоохранения

I. ГЛОБАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ И ПЛАН ДЕЙСТВИЙ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ИННОВАЦИЙ И ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ (резолюция WHA61.21)

60. Глобальная стратегия и план действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности были приняты Ассамблеей здравоохранения в резолюциях WHA61.21 и WHA62.16. Глобальная стратегия и план действий включают восемь элементов, призванных, в частности, содействовать развитию и обеспечению приоритетности научных исследований и разработок, укрепить инновационный потенциал, содействовать передаче технологий и управлять интеллектуальной собственностью в целях удовлетворения потребностей развивающихся стран в области научных исследований и разработок с уделением особого внимания болезням, которые диспропорционально затрагивают эти страны.

61. Осуществление Глобальной стратегии, особенно элемента 1 (Определение приоритетов в области потребностей в научных исследованиях и разработок) и элемента 2 (Содействие научным исследованиям и разработкам), гармонизировано с осуществлением Стратегии научных исследований в области здравоохранения ВОЗ. Региональные бюро ВОЗ участвуют в инвентаризации научно-исследовательских усилий и в оказании поддержки в определении приоритетов общественного здравоохранения. В *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2013 г.* внимание было сосредоточено на важности научных исследований в достижении всеобщего охвата медико-санитарным обслуживанием[1].

62. Ключевую роль в осуществлении глобальной стратегии играет Специальная программа исследований и подготовки кадров в области тропических болезней/ ЮНИСЕФ/ПРООН/Всемирного банка/ВОЗ. В число мероприятий, осуществляемых Специальной программой по содействию научным исследованиям и разработкам в связи с наиболее необходимыми медицинскими изделиями и технологиями в развивающихся странах, входят: создание консорциума по подготовке новых руководящих указаний по прогнозированию, выявлению вспышек денге и реагированию на них; завершение подготовки к новым исследованиям по вопросам воздействия изменений климата на трансмиссивные болезни в Африке; и выпуск

[1] *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2013 г.*: *научные исследования для обеспечения всеобщего охвата медико-санитарным обслуживанием*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.

Глобального доклада об исследованиях в области инфекционных болезней бедности, 2012 г.[1] совместно с Советом по исследованиям в области здравоохранения в целях развития/Глобальным форумом по исследованиям в области здравоохранения и организацией «Полиси кьюэрс».

63. За счет увеличения числа стран, участвующих в Международной платформе для регистрации клинических испытаний, ВОЗ продолжает обеспечивать для всех участников процесса принятия решений в области оказания медицинской помощи полное представление о научных исследованиях в целях повышения прозрачности, обоснованности и ценности базы научных данных.

64. В рамках элемента 3 глобальной стратегии (Создание и совершенствование инновационного потенциала) и элемента 4 (Передача технологий) ВОЗ осуществляет руководство проектом, финансируемым Европейским союзом, который направлен на расширение доступа к медицинским изделиям в развивающихся странах путем наращивания потенциала для местного производства и сопутствующей передачи технологий.

65. Секретариат идентифицировал биотерапевтическую продукцию как сферу, где передача технологий и местное производство могут повлиять на цены и доступ. В целях содействия такой деятельности Секретариат создает в Нидерландах центр передачи технологий. Кроме того, продолжается передача технологий для организации местного производства моноклональных антител против бешенства. Из трех институтов развивающихся стран, получивших технологии, один завершил клинические оценки раннего этапа; а из 14 производителей, участвующих в текущем проекте передачи технологий для производства вакцин против пандемического гриппа в развивающихся странах, пять на сегодняшний день зарегистрировали вакцины против гриппа местного производства, увеличив глобальный потенциал на 300 миллионов доз вакцин против пандемического гриппа.

66. В процессе осуществления элемента 5 глобальной стратегии (Применение принципов интеллектуальной собственности на практике и управление ими в целях содействия инновационной деятельности и укреплению общественного здравоохранения) ВОЗ, ВОИС и ВТО опубликовали исследование *Содействие доступу к медицинским инновациям: точки пересечения между здоровьем, интеллектуальной собственностью и торговлей*[2], которое предназначено для лиц, формулирующих политику, законодателей, государственных должностных лиц, международных организаций, неправительственных организаций и исследователей. В сотрудничестве с ВОИС ВОЗ провела патентное ландшафтное обследование по отдельным вакцинам[3] с

---

[1] Global report for research on infectious diseases of poverty 2012. Geneva: World Health Organization; 2012.

[2] World Health Organization, World Intellectual Property Organization and World Trade Organization. Promoting access to medical technologies and innovation: intersections between public health, intellectual property and trade. Geneva: World Health Organization; 2012.

[3] Конъюгатные вакцины против пневмококковой инфекции и тифа у людей и вакцины от гриппа человека.

целью определить, где интеллектуальная собственность создает препятствие для производства новых изделий[1].

67. ВОЗ в сотрудничестве с правительством Бразилии, ЮНЭЙДС, ЮНИТЭЙД, ВОИС, ВТО и неправительственной организацией Пул патентов на лекарственные средства организовала консультации по вопросу доступа к лекарствам от ВИЧ в странах со средним уровнем доходов с акцентом на расширение доступа к антиретровирусному лечению (Бразилиа, 10-12 июня 2013 г.).

68. В связи с элементом 6 глобальной стратегии (Улучшение доставки и доступа), который предусматривает усиление программы преквалификации ВОЗ, ВОЗ упростила преквалификацию средств диагностики, лекарств и вакцин, объединив эти функции в рамках одного подразделения, входящего в Департамент основных лекарственных средств и продукции здравоохранения. На 30 июня 2013 г. ВОЗ провела преквалификацию 347 медицинских изделий (из них – 38 после 2012 г.: 19 изделий для лечения ВИЧ/СПИДа; 14 противотуберкулезных препаратов, 3 противомалярийных средства и два препарата для обеспечения репродуктивного здоровья), 48 активных фармацевтических ингредиентов, 129 вакцин, 25 диагностических изделий (включая устройства для мужского обрезания и тест для ранней диагностики ВИЧ у новорожденных), и 27 лабораторий по контролю качества лекарств, охватывающих все регионы ВОЗ (пять после 2012 г.).

69. В своей работе по усилению потенциала регулирующих органов Секретариат сосредоточил внимание на:

- разработке консолидированного методического инструмента для всех изделий (включая средства диагностики и устройства), который предполагается завершить в 2014 г.;
- оценке фармаконадзора и постмаркетинговой деятельности в области фармацевтических препаратов в странах Африки к югу от Сахары; и
- подготовке национальных планов развития учреждений в целях укрепления национальных регулирующих органов, национальных контрольных лабораторий и центров фармаконадзора, участвующих в регулировании вакцин.

Секретариат сосредоточил внимание на оказании поддержки Бразилии, Китаю, Российской Федерации, Индии и Южной Африке в проведении оценок, последующей деятельности и подготовке кадров. Тридцать пять из 44 стран-производителей продолжили свои операции; согласно оценкам, в настоящее время 97% мировых поставок вакцин имеют гарантированное качество.

[1] Patent landscape report on vaccines for selected infectious diseases. Geneva: World Intellectual Property Organization; 2012.

70. Следующий доклад Альянса по изучению политики и систем здравоохранения, который будет подготовлен в сотрудничестве с Департаментом по основным лекарственным средствам и медицинской продукции и выйдет в 2014 г., будет посвящен доступу к лекарственным средствам и их ценовой доступности и надлежащему использованию. Доклад будет содержать информацию по инновационным мероприятиям, включая обеспечение лекарственных средств в качестве элемента всеобщего охвата медико-санитарным обслуживанием, и об осуществлении мероприятий на частных рынках или в рамках сообществ пациентов.

71. В связи с элементом 7 (Продвижение устойчивых механизмов финансирования) Секретариат оказывал содействие Консультативной рабочей группе экспертов по научным исследованиям и разработкам: финансирование и координация в подготовке ею доклада для представления Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2012 году[1]. После проведения серии национальных, региональных и глобальных консультаций по выводам этого доклада Шестьдесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла резолюцию WHA66.22, одобрив стратегический план работы, который в ней содержится. Секретариат продолжает предпринимать шаги, запрошенные в пункте 4 этой резолюции.

72. В связи с элементом 8 (Создание систем мониторинга и отчетности) Секретариат в рамках сотрудничества, охватывающего всю Организацию и включающего Региональное бюро для стран Америки, разрабатывает глобальную платформу в отношении инноваций и доступа – онлайновый портал для мониторинга прогресса, достигнутого государствами-членами и другими заинтересованными сторонами, в осуществлении глобальной стратегии. Эта платформа включает информационный центр, хранилище знаний и виртуальный форум по инновациям. ВОЗ планирует ввести информационный центр в строй до конца 2014 года.

73. В июле 2013 г. в ответ на выводы Консультативной рабочей группы экспертов, а также принятие резолюции SEA/RC65/R3 на шестьдесят пятой сессии Регионального комитета для стран Юго-Восточной Азии в 2012 г. и резолюции WHA66.22 на Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2013 г. Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии организовало региональные консультации в целях формулирования регионального стратегического плана работы. В ходе консультаций были рассмотрены нормативы и стандарты классификации научных исследований и разработок в области здравоохранения; предложена схема классификации, которая могла бы служить моделью для предложенной обсерватории по научным исследованиям и разработкам в области здравоохранения, и определены конкретные демонстрационные проекты.

74. Региональная платформа ПАОЗ по доступу и инновациям в отношении технологий здравоохранения (PRAIS) является фундаментальным элементом стратегии ПАОЗ в области технического сотрудничества для осуществления глобальной стратегии. Хотя эта Платформа функционирует лишь с мая 2012 г., она получает все более широкое признание как канал обмена информацией, осуществления

[1] Документы A65/24 и A65/24 Corr.1.

сотрудничества и получения подтвержденной информации для принятия решений в связи с технологиями в области здравоохранения в Регионе стран Америки. Кроме того, ПАОЗ проводит официальные консультации и процесс отбора демонстрационных проектов в соответствии с рекомендациями, содержащимися в докладе Консультативной рабочей группы экспертов по научным исследованиям и разработкам: финансирование и координация[1].

75. Европейский консультативный комитет по научным исследованиям в области здравоохранения продолжил проведение совещаний и осуществление специального плана работы по консультированию Регионального директора по вопросам научных исследований в области здравоохранения. Европейское региональное бюро провело веб-консультации по демонстрационным проектам в области научных исследований и разработок в соответствии с пожеланиями, высказанными в резолюции WHA66.22 и в решении WHA66(12) в развитие доклада Консультативной рабочей группы экспертов, результаты которых будут переданы в штаб-квартиру ВОЗ для глобального технического консультативного совещания, которое состоится в декабре 2013 года.

J. НАЛИЧИЕ, БЕЗОПАСНОСТЬ И КАЧЕСТВО ПРОДУКТОВ КРОВИ (резолюция WHA63.12)

76. В ответ на резолюцию WHA63.12 государства-члены и Секретариат осуществили многочисленные инициативы за период 2010–2013 годов.

77. **Самообеспеченность на основе добровольного безвозмездного донорства**. Количество и доля случаев добровольного безвозмездного донорства крови, сообщаемых в Глобальную базу данных ВОЗ о безопасности крови, ежегодно возрастают; в 2011 г. 71 страна сообщила о том, что более 90% ее запасов крови было обеспечено за счет добровольного безвозмездного донорства крови по сравнению с 66 странами в 2008 году. Было выпущено *Совместное заявление экспертов ВОЗ*[2], содержащее глобальное определение самообеспеченности по крови и продуктам крови на основе добровольного безвозмездного донорства крови и стратегии и механизмы для ее достижения. В 2013 г. Глобальный форум ВОЗ по безопасности крови определил приоритетные потребности для достижения самообеспеченности и укрепления систем обеспечения крови, а ВОЗ опубликовала доклад *«К достижению самообеспеченности по безопасным крови и продуктам крови на основе добровольного безвозмездного донорства: глобальная ситуация в 2013 г.»*[3]. В октябре 2013 г. в сотрудничестве с правительством Италии и правительством Японии ВОЗ созвала форум высокого уровня для лиц, формирующих политику, на котором была принята Римская декларация о

[1] Документ A65/24, Приложение.

[2] Expert consensus statement on achieving self-sufficiency in safe blood and blood products based on voluntary non-remunerated donation (http://www.who.int/entity/bloodsafety/Expert_Consensus_Statement_Self-Sufficiency.pdf, по состоянию на 25 ноября 2013 г.).

[3] Towards self-sufficiency in safe blood and blood products based on voluntary non-remunerated donation: global status 2013. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/entity/bloodsafety/transfusion_services/WHO_GlobalStatusReportSelf-SufficiencyinBloodBloodProducts.pdf, по состоянию на 25 ноября 2013 г.).

достижении самообеспеченности по безопасным крови и продуктам крови на основе добровольного безвозмездного донорства. Растет число стран, продолжающих отмечать Всемирный день донора крови с уделением особого внимания кампаниям донорства крови. ВОЗ вместе с Международной федерацией обществ Красного Креста и Красного Полумесяца предоставила глобальное руководство в своей публикации на разных языках *«К стопроцентному добровольному донорству крови: глобальная стратегия действий»*[1]. Она также опубликовала руководящие принципы для отбора доноров крови (2012 г.)[2] и консультирования доноров (2013 г.)[3] и подготовила учебные материалы по правильному обращению с донорами крови.

78. **Системы обеспечения запасов крови**. Резолюция WHA63.12 заложила основу для проведения основных реформ системы обеспечения крови путем усиления лидерства и управления во многих странах. Помимо опубликования рекомендаций в отношении скрининга донорской крови на гемотрансмиссивные инфекции[4] и руководства по вопросам политики в виде памятной записки о развитии национальных систем обеспечения крови[5], Секретариат оказывает техническую поддержку для усиления систем и потенциала кадровых ресурсов в ряде стран, включая Бангладеш, Бутан, Буркину-Фасо, Камбоджу, Эфиопию, Гаити, Лаосскую Народно-Демократическую Республику, Мали, Непал, Пакистан, Папуа-Новую Гвинею, Южный Судан и Уганду, путем проведения региональных и национальных семинаров по вопросам лидерства и управления, добровольного безвозмездного донорства крови, отбора доноров, скрининга крови гарантированного качества, управления данными о безопасности крови и холодовой цепи для крови.

79. **Системы обеспечения качества и гемонадзор.** Методики и учебные материалы ВОЗ для улучшения качества управления службами переливания крови используются при разработке национальных стандартов и систем обеспечения качества во многих странах, включая Бангладеш, Бутан, Камбоджу, Китай, Казахстан, Кыргызстан, Непал, Пакистан, Папуа-Новую Гвинею, Южный Судан, Таджикистан и Вьетнам. По имеющимся данным, в 2011 г. о наличии национальной системы гемонадзора сообщила 71 страна по сравнению с 57 странами в 2008 году. В ноябре 2012 г. ВОЗ

---

[1] К стопроцентному добровольному донорству крови: глобальная стратегия действий. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 год.

[2] Blood donor selection: guidelines on assessing donor suitability for blood donation. Geneva: World Health Organization; 2012.

[3] Blood donor counselling: implementation guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013. (http://www.who.int/entity/bloodsafety/voluntary_donation/Blooddonorcounselling.pdf, по состоянию на 25 ноября 2013 г.).

[4] Скрининг донорской крови на гемотрансмиссивные инфекции: рекомендации. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 год. (http://www.who.int/bloodsafety/publications/bts_screendondbloodtransf/en/index.html, по состоянию на 25 ноября 2013 г.).

[5] WHO aide-mémoire for ministries of health: developing a national blood system. Geneva: World Health Organization; 2011 (document WHO/EHT/11.01, available online at http://www.who.int/entity/bloodsafety/publications/am_developing_a_national_blood_system.pdf, по состоянию на 25 ноября 2013 г.).

организовала глобальную консультацию с правительством Объединенных Арабских Эмиратов и ключевыми международными партнерами, включая Международную сеть гемонадзора и Международное общество по переливанию крови, в целях предоставления руководства по созданию национальных систем гемонадзора.

80. **Безопасное и рациональное использование крови и продуктов крови и правильное обращение с кровью пациентов.** В 2011 г. 109 стран сообщили о наличии национальных руководящих принципов по гемотрансфузии по сравнению с 90 странами в 2008 г.; 52 страны сообщили том, что более 50% их больниц имеют комитеты по переливанию крови по сравнению с 28 странами. ВОЗ выпустила руководство по вопросам политики в виде памятной записки о процессе гемотрансфузии в клинической практике и безопасности пациентов[1], созвала глобальный форум по правильному обращению с кровью пациентов; оказала техническую поддержку странам, включая Бангладеш, Непал и Уганду, путем создания потенциала и предоставления учебных материалов и методик по безопасной практике гемотрансфузии и безопасности пациентов; и организовала несколько консультаций и семинаров для целого ряда стран по надлежащему использованию крови, безопасным методикам гемотрансфузии и безопасности пациентов (включая межрегиональную консультацию по вопросам усиления роли медсестер и акушерок в обеспечении безопасной клинической гемотрансфузии и безопасности пациентов для 20 стран и субрегиональный семинар по безопасному и надлежащему использованию крови и безопасности пациентов для Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана и Узбекистана).

81. **Национальные системы регулирования в области крови.** Секретариат оказывал поддержку с целью развития правовых регулирующих структур, включая обеспечение соблюдения и осуществление надлежащей практики производства в учреждениях службы крови и регулирование диагностических устройств in vitro, связанных с безопасностью крови. В этом контексте он опубликовал руководящие принципы по надлежащей практике производства для учреждений службы крови[2] и организовал региональные семинары для совместного участия национальных регулирующих органов и национальных служб крови. Организация опубликовала также документ о критериях оценки для национальных систем регулирования в области крови с изложением общей позиции Сети регулирующих органов ВОЗ в области крови и Комитета экспертов ВОЗ по биологической стандартизации[3]. ВОЗ работает с Обществом Африки по гемотрансфузии и регулирующими органами и национальными службами крови в Африке, Азии и Латинской Америке для обеспечения ввода в действие систем регулирования в области крови и улучшения местного производства

---

[1] Памятка ВОЗ для национальных органов и учреждений здравоохранения и администрации больниц: процесс гемотрансфузии в клинической практике и безопасность пациентов. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 г. (документ WHO/EHT/10.05, доступен в онлайновом режиме на (http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/en/ , по состоянию на 25 ноября 2013 г.).

[2] WHO guidelines on good manufacturing practices for blood establishments. Technical Report Series, No. 961, Annex 4. Geneva: World Health Organization; 2011.

[3] Assessment criteria for national blood regulatory systems. WHO Technical Report Series, No. 979, Annex 7. Geneva: World Health Organization, 2012. Geneva: World Health Organization, 2012.

качественной плазмы из цельной донорской крови в странах с низким и средним уровнем доходов. В октябре 2013 г. ВОЗ опубликовала дополнение к Перечню основных лекарственных средств, содержащее кровь и компоненты крови (эритроциты, тромбоциты и свежезамороженную плазму) в качестве основных лекарственных средств. Эта мера должна способствовать улучшению наличия, безопасности и качества крови путем стимулирования государств-членов для инвестирования необходимых средств в создание и поддержание систем обеспечения качества в учреждениях службы крови.

82. **Международные биологические эталонные препараты ВОЗ.** После принятия резолюции WHA63.12 в 2010 г. было изготовлено 34 биологических эталонных препарата ВОЗ в целях усиления контроля качества в областях, имеющих отношение к продуктам крови и диагностическим устройствам in vitro, связанным с безопасностью крови. Регулирующие органы определяют требования на основе биологических эталонных препаратов ВОЗ. Организация проводит работу по созданию эталонных панелей для оценки уровня эффективности наборов для диагностики гепатита и ВИЧ в отношении различных генотипов и подтипов, распространенных в разных регионах. Продвижение эталонных стандартов ВОЗ на продукты крови и соответствующие диагностические устройства in vitro осуществляется через онлайновый каталог Организации[1], а также путем проведения семинаров и через международные профессиональные организации. Семинары и технические совещания, в которых участвуют страны из всех регионов, подтверждают свою эффективность для продвижения стандартов ВОЗ и получения замечаний и предложений от стран в отношении их ценности.

83. Для многих стран с низким и средним уровнями дохода основными проблемами остаются укрепление их национальных систем крови для обеспечения безопасности крови и продуктов крови, а также проведение политики в целях усиления самообеспеченности и своевременного предоставления доступа к крови и продуктам крови для удовлетворения потребностей пациентов. В будущем ВОЗ будет концентрировать усилия на решении проблемы по оказанию поддержки национальным системам обеспечения крови в странах с низким и средним уровнем дохода для достижения самообеспеченности по безопасным крови и продуктам крови.

K. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА (резолюция WHA63.22)

84. В резолюции WHA63.22 Ассамблея здравоохранения одобрила Руководящие принципы ВОЗ по трансплантации человеческих клеток, тканей и органов. С того времени Принципы оказали влияние на создание или модификацию законов, законодательных и нормативных актов в 40 странах, что позволило им, в частности, вести более эффективную борьбу с трансплантацией в коммерческих целях и упростить развитие донорства после смерти.

[1] Доступен на http://www.who.int/bloodproducts/catalogue/en/ (по состоянию на 30 ноября 2013 г.).

85. На Третьей глобальной консультации ВОЗ по вопросам донорства и трансплантации органов (Мадрид, 23–25 марта 2010 г.) в результате обсуждений на тему «Усилия по достижению самообеспеченности» была выработана парадигма самообеспеченности, то есть удовлетворение потребностей пациентов из данной группы населения на основе соответствующего предоставления услуг по трансплантации и поставок органов от этой группы населения. При поддержке и контроле со стороны правительства такая парадигма гарантирует: (i) справедливость донорства от возможных доноров и справедливость распределения; (ii) просвещение в отношении донорства, а также в отношении профилактики болезней, в результате которых возникает потребность в трансплантации; и (iii) транспарентность и профессионализм. Для достижения самообеспеченности требуется комплексное ведение хронических болезней почек – от профилактики до замещения почки. Аналогичным образом, национальные службы донорства и трансплантации органов должны обеспечивать возможности для донорства органов после смерти во всех возможных ситуациях.

86. Секретариат расширил свое сотрудничество с национальными органами здравоохранения и призвал научные и профессиональные общества исполнять функции в области глобального управления донорством и трансплантацией. Научные и профессиональные общества вносят вклад в глобальное благо путем:

(i) гармонизации практических методик, в том числе через программы аккредитации (например, Всемирная сеть по переливанию крови и трансплантации костного мозга);

(ii) борьбы с неэтичными практическими методиками, в частности, с коммерческим подходом, незаконной торговлей органами и трансплантационным туризмом (например, Стамбульская декларация о незаконной торговле органами и трансплантационном туризме, сформулированная по инициативе Трансплантационного общества и Международного общества нефрологии);

(iii) содействия в обеспечении доступа к соответствующей трансплантации (Трансплантационное общество, Всемирная сеть по переливанию крови и трансплантации костного мозга); и

(iv) разработки и поддержания применяемых в глобальных масштабах терминологии и систем кодирования для трансплантатов, соответствующих глобальному информационному стандарту на кровь и трансплантаты – ISBT 128 (Международный совет по унификации в области автоматизации служб крови).

87. Данные о деятельности и практике собираются Глобальной обсерваторией по донорству и трансплантации, совместным проектом с Национальной организацией Испании по трансплантации, являющейся сотрудничающим центром ВОЗ. Данные о трансплантации органов доступны на веб-сайтах Глобальной обсерватории по

донорству и трансплантации и Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ[1]. Практика трансплантации органов все шире применяется во всем мире и в настоящее время охватывает 100 стран; однако в общей сложности трансплантации удовлетворяют лишь 10% глобальных потребностей.

88. О донорстве органов после смерти сообщается из 69 стран. За период 2008-2011 гг. число трансплантаций почек от умерших доноров возросло на 17%, в то время как значительных изменений в области трансплантации почек от живых доноров зарегистрировано не было. Необходим дальнейший прогресс, с тем чтобы возможность донорства органов после смерти стала неотъемлемой частью медицинской помощи в конце жизни. В 2011 г. лишь 20 стран сообщали о донорстве органов после смерти, вызванной остановкой кровообращения.

89. Немногие государства-члены могут предоставить данные о деятельности по поставкам, обработке и использовании человеческих тканей и клеток применительно к органам. Процедуры по трансплантации кроветворных стволовых клеток контролируются в рамках Всемирной сети по переливанию крови и трансплантации костного мозга. Приоритетной задачей остается обеспечение глобальной гармонизации нормативного контроля за ксенотрансплантацией, клеточной терапией и регенеративной медициной, основанных на использовании аллогенных или аутологичных клеток, тканей и органов.

90. Разработанная ВОЗ и Национальным центром Италии по трансплантации (сотрудничающим центром ВОЗ) база данных «Notify Library» о дидактических случаях побочных явлений и реакций позволяет распространять уроки, извлеченные в рамках программ по обеспечению бдительности и надзору, управляемых национальными органами и научными и профессиональными обществами, в соответствии с требованиями резолюции WHA63.22.

91. В ответ на возрастающий интерес к вопросам, имеющим отношение к медицинским продуктам человеческого происхождения, Секретариат учредил специальную инициативу в рамках кластера «Системы здравоохранения и инновации». В отношении медицинских продуктов человеческого происхождения - от донорства до последующего наблюдения за реципиентом - существует общий риск нарушения этических норм, а также общие риски для безопасности, в частности со стороны трансмиссивных болезней. В целях обеспечения защиты донора, реципиента и общества в целом потребуется установление глобальных консенсуальных принципов для управления использованием медицинскими продуктами человеческого происхождения, включая некоммерческий характер организма человека и его частей как таковых и строгое отслеживание наряду с обеспечением бдительности и надзором.

[1] Доступны на веб-сайтах, соответственно, http://www.transplant-observatory.org/Pages/home.aspx and http://www.who.int/gho/en/ (по состоянию на 11 октября 2013 г.).

L. СТРАТЕГИЯ ВОЗ ПО НАУЧНЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

92. В течение двухгодичного периода 2012-2013 гг. осуществление стратегии ВОЗ по научным исследованиям в области здравоохранения было гармонизировано с осуществлением глобальной стратегии и плана действий по общественному здравоохранению, инновациям и интеллектуальной собственности и, в частности, с элементом 1 плана действий (Определение приоритетов в области потребностей в научных исследованиях и разработках) и элементом 2 (Содействие научным исследованиям и разработкам).

93. В рамках деятельности по осуществлению глобальной стратегии и плана действий по общественному здравоохранению, инновациям и интеллектуальной собственности региональные бюро были задействованы при планировании исследовательских усилий и координации определения демонстрационных проектов, раскрывающих суть новых и инновационных механизмов для поддержки научных исследований по приоритетным темам общественного здравоохранения.

94. Началась работа по этапу планирования глобальной обсерватории научных исследований и разработок в области здравоохранения, и проводятся мероприятия, связанные с первоначальным определением заинтересованных сторон. Эта работа опирается на результаты неофициального практикума ВОЗ по мониторингу ресурсных потоков в области научных исследований и разработок, который состоялся в феврале 2013 года[1].

95. В материале, опубликованном журналом *«Лансет»*[2], обозначены проблемы, связанные с созданием глобальной обсерватории научных исследований и разработок в области здравоохранения. В *«Бюллетене Всемирной организации здравоохранения»*[3] опубликовано исследование значения Международной платформы ВОЗ для регистрации клинических испытаний при оценке глобального распределения клинических испытаний и создании информационной основы для политики и научных исследований и разработок в области здравоохранения. Это исследование продемонстрировало, что распределение глобальных усилий в области научных исследований несбалансировано: на каждый миллион лет жизни, скорректированных на инвалидность, в странах с высоким, выше среднего, ниже среднего и низким уровнем доходов, по оценкам, активно проводятся 292,7, 13,4, 3,0 и 0,8 зарегистрированных клинических испытания, соответственно.

---

[1] Неофициальный практикум ВОЗ по мониторингу ресурсовых потоков для научных исследований и разработок [веб-сайт]. Женева, Всемирная организация здравоохранения; 2013 г. (http://www.who.int/phi/workshop14022013/en/index.html, по состоянию на 21 октября 2013 г.).

[2] Røttingen JA, Regmi S, Eide M, Young AJ, Viergever RF, Årdal C et al. Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing, and what role is there for a global observatory? The Lancet. 2013;382:1286–1307. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61046-6.

[3] Viergever RF, Terry RF, Karam G. Use of data from registered clinical trials to identify gaps in health research and development. Bulletin of the World Health Organization. 2013;91:416–425C. doi: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.114454.

96. В настоящее время ведется обсуждение с независимой исследовательской группой «Policy Cures» о конкретных мероприятиях по установлению связи между базой данных «Policy Cures» по финансированию научных исследований забытых болезней (обзор G-FINDER) и базой данных разрабатываемой продукции по забытым болезням. Также идут первоначальные обсуждения с организацией африканского базирования «Research Africa», которая ведет базу данных источников финансирования научных исследований, с тем чтобы разработать карту, показывающую, куда направляются средства. Региональное бюро ВОЗ для стран Америки/ПАОЗ в мае 2012 г. ввело в действие свою региональную платформу доступа и инноваций технологии здравоохранения[1].

97. Кроме того, Секретариат подготовил базу данных, которая дает систематическую картину приоритетов научных исследований и разработок в области здравоохранения, которые были определены при помощи технических программ ВОЗ, а также подборку ведущих донорских учреждений и неправительственных организаций. Например, эта база данных включает научно-исследовательские приоритеты, определенные в докладах по группам справочной информации о конкретных болезнях, которые были опубликованы Специальной программой по научным исследованиям и подготовке специалистов по тропическим болезням в отношении болезни Шагаса, африканского трипаносомоза человека, лейшманиоза, гельминтозов, зоонозов и маргинальных инфекционных болезней бедности, а также в отношении взаимодействия между окружающей средой, сельским хозяйством и инфекционными болезнями бедности[2].

98. Многие из концепций, изложенных в стратегии по научным исследованиям в области здравоохранения, получили дальнейшее развитие в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2013 г.*[3], куда вошли многочисленные конкретные исследования, подчеркивающие важность научных исследований по обеспечению всеобъемлющего охвата медико-санитарной помощью.

99. Секретариат участвует в работе группы крупных международных доноров на цели научных исследований в области общественного здравоохранения, которая называется Форум научно-исследовательских данных по общественному здравоохранению. Члены этой группы приняли обязательство работать совместно для расширения наличия данных, полученных в результате финансируемых ими научных исследований, с тем чтобы ускорить прогресс в общественном здравоохранении.

---

[1] Региональная платформа доступа и инноваций технологий здравоохранения [веб-сайт]. Вашингтон ОК, Панамериканская организация здравоохранения/Региональное бюро ВОЗ для стран Америки; 2013 (http://prais.paho.org/rscpaho/, по состоянию на 21 октября 2013 г.).

[2] Публикации и ресурсы [веб-сайт]. Женева, Специальная программа по научным исследованиям и подготовке специалистов по тропическим болезням, 2013 г. (http://www.who.int/tdr/publications/en/, по состоянию на 21 октября 2013 г.).

[3] Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2013 г.: научные исследования в целях достижения всеобщего охвата населения медицинскими услугами. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г. (http://apps.who.int/iris/handle/10665/85761, по состоянию на 21 октября 2013 г.).

100. В пяти из шести регионов ВОЗ состоялись совещания Консультативных комитетов по научным исследованиям[1]. В соответствии со своими основными функциями по определению повестки дня научных исследований и формулировке политических вариантов, ВОЗ осуществляет обзор своих структур, которые оказывают поддержку научным исследованиям. В настоящее время планируется воссоздать научно-исследовательское подразделение в штаб-квартире ВОЗ.

Обеспечение готовности, эпиднадзор и ответные меры

M. ОТВЕТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ И РОЛЬ ВОЗ В КАЧЕСТВЕ РУКОВОДИТЕЛЯ КЛАСТЕРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ РАСТУЩИХ ПОТРЕБНОСТЕЙ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ГУМАНИТАРНЫХ СИТУАЦИЯХ (резолюция WHA65.20)

101. Резолюция WHA65.20 призывает ВОЗ принимать более оперативные, более эффективные и более предсказуемые ответные меры гуманитарного характера. В настоящем докладе описывается деятельность ВОЗ по реализации необходимой политики и процессов, укреплению потенциала на случаи пиковой нагрузки, выполнению своей роли в качестве ведущего учреждения кластера здравоохранения, задействования Механизма реагирования ВОЗ на чрезвычайные ситуации, а также сбора и распространения данных о нападениях на сотрудников и службы здравоохранения.

102. Создана Глобальная группа по управлению в чрезвычайных ситуациях в составе помощников Генерального директора, директоров департаментов из штаб-квартиры и директоров управлений из каждого из шести регионов, которые отвечают за гуманитарные чрезвычайные ситуации, вспышки болезней и осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 г.). Эта Группа по управлению контролирует увязку деятельности ВОЗ в чрезвычайных ситуациях с охватом любых опасностей в рамках всей Организации в соответствии с обязательствами ВОЗ в качестве ведущего учреждения Глобального кластера здравоохранения и в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.), а также программой преобразований Межучрежденческого постоянного комитета. В 2013 г. завершено создание Механизма реагирования ВОЗ на чрезвычайные ситуации и связанной системы отслеживания результатов. На сегодняшний день дана оценка по более чем 30 чрезвычайным ситуациям, и внедрен процесс систематического мониторинга результатов деятельности ВОЗ. Общие для ВОЗ контрольные перечни вопросов по состоянию готовности дорабатываются для каждого уровня Организации, с тем чтобы повысить степень готовности реагирования на возникновение кризисных ситуаций в результате любых опасностей, имеющих последствия для общественного здравоохранения. ВОЗ играла ведущую роль или приняла участие в пяти крупных

[1] Были задействованы следующей региональные бюро: Региональное бюро для стран Африки, Региональное бюро для стран Америки, Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии, Европейской региональное бюро и Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья.

учениях по проверке готовности в соответствии Механизмом реагирования на чрезвычайные ситуации и программой преобразований.

103. Создаются дежурные команды ВОЗ для экстренного реагирования в чрезвычайных ситуациях, а в сентябре 2013 г. для кандидатов был проведен первоначальный курс подготовки. Организация расширяет масштабы своих административных процедур для быстрого направления экспертов по чрезвычайным ситуациям. Доработана политика режима ожидания, и 4 ноября 2013 г. было подписано Соглашение с программами информационного управления и разминирования, Норвежским советом по делам беженцев, RedR Австралии и CANADEM. Этот дополнительный потенциал на случай пиковой нагрузки был дополнен соглашением, которое было подписано на основании документа Европейской комиссии о гуманитарной помощи, с тремя неправительственными организациями-партнерами: Международным медицинским корпусом, Мерлином и Фондом помощи детям. Резервные или неправительственные организации-партнеры были задействованы в операциях ВОЗ в Демократической Республике Конго, Иордании, Мали, на Филиппинах, в Сирийской Арабской Республике и Турции.

104. Работа и функционирование Глобального кластера здравоохранения и его партнеров на международном и национальном уровне рассматриваются в контексте программы преобразований Межучрежденческого постоянного комитета и создают основу для укрепления поддержки кластеров здравоохранения и операций на страновом уровне. В 2013 г. ВОЗ провела глобальное обследование партнерских возможностей и полевых операций и проанализировала деятельность Глобального кластера здравоохранения для информационного обеспечения планирования на следующий двухгодичный период. В июне 2013 г. было проведено совещание с участием 24 из 29 координаторов страновых кластеров здравоохранения, с тем чтобы проанализировать деятельность на страновом уровне и получить информацию о программе преобразования. Межучрежденческий постоянный комитет доработал стандартный инструмент для оценки деятельности страновых кластеров. В 2013 г. была проведена оценка пяти страновых кластеров здравоохранения и были определены области дальнейшего усовершенствования. Начиная с двухгодичного периода 2014-2015 гг. запланированы ежегодные оценки всех страновых кластеров здравоохранения, с тем чтобы укрепить роль ВОЗ в качестве ведущего учреждения кластера здравоохранения, специальная группа по этому вопросу создается в Департаменте управления рисками и гуманитарной помощи при чрезвычайных ситуациях. На двухгодичный период 2014-2015 гг. ВОЗ и ее партнеры по Глобальному кластеру здравоохранения обязались значительно расширить поддержку и повысить эффективность кластера здравоохранения и/или сектора здравоохранения в 10 приоритетных странах: Афганистане, Центральноафриканской Республике, Демократической Республике Конго, Гаити, Мали, Мьянме, Сомали, Южном Судане, Сирийской Арабской Республике и Йемене.

105. Проводящиеся реформы деятельности ВОЗ по линии гуманитарных чрезвычайных ситуаций содействовали повышению эффективности на страновом уровне. Из всех острых чрезвычайных ситуаций, которые были классифицированы в соответствии с Механизмом реагирования на чрезвычайные ситуации в 2012-2013 гг.,

самыми сложными были ситуации в Мали, Центральноафриканской Республике и Сирийской Арабской Республике. Кризис в Сирийской Арабской Республике обусловил задействование общеорганизационной помощи через страновые бюро ВОЗ в Египте, Ираке, Иордании, Ливане, Сирийской Арабской Республике и Турции. Использование Механизма реагирования на чрезвычайные ситуации в Сирийской Арабской Республике привело к более предсказуемым и эффективным действия ВОЗ в таких областях, как быстрые оценки, механизмы координации, улучшенная отчетность, эпиднадзор и системы реагирования при наличии регулярно обновляемых планов действий в области здравоохранения. Что касается Мали, то здесь ВОЗ возглавила деятельность по оценке и картированию ресурсов здравоохранения, что стало центральным элементом разработки под эгидой правительства переходного плана для сектора здравоохранения. В Центральноафриканской Республике ВОЗ действовала с Министерством здравоохранения по линии быстрой оценки услуг и содействовала оказанию тех из них, которые были возможны в складывающейся ситуации, примером чего является массовая вакцинация против кори. В числе препятствий на пути действий ВОЗ и сектора здравоохранения на страновом уровне в ходе основных кризисных ситуаций в 2013 г. следует назвать отсутствие безопасности, нехватку медико-санитарного персонала и недостатки снабжения, рост расходов и сложности, связанные с транспортом, недостаточным финансированием, а в некоторых обстоятельствах и даже с осложненными процессами утверждений.

106. ВОЗ разрабатывает методику систематического сбора и распространения данных о нападениях на медико-санитарные сооружения, работников здравоохранения, медико-санитарный транспорт и пациентов в гуманитарных ситуациях. Для подготовки рекомендаций по этому процессу создана партнерская контактная группа, а в 2013 г. начата серия технических консультаций с широким кругом учреждений Организации Объединенных Наций, неправительственных и гуманитарных организаций и академических институтов. Чтобы укрепить потенциал для сбора таких данных, будет проведена работа по укреплению координации с глобальным защитным кластером и заинтересованными сторонами в соответствующих странах. ВОЗ укрепит свою разъяснительную деятельность относительно нейтралитета работников здравоохранения, медико-санитарных сооружений и услуг в соответствии с тем заявлением по этому вопросу, которое было подписано более чем 50 странами с пяти континентов, которые подтвердили обязательство всех сторон в конфликтах соблюдать нормы международного гуманитарного права[1].

107. Чтобы ускорить реформу потенциала ВОЗ для удовлетворения растущих потребностей здравоохранения в гуманитарных чрезвычайных обстоятельствах, требуется решить вопрос о хронической нехватке людских и финансовых ресурсов для ее основной деятельности, острых чрезвычайных ситуаций и затяжных кризисов. Использование Механизма реагирования на чрезвычайные ситуации в 2013 г. подчеркнуло необходимость набирать и удерживать ключевой персонал ВОЗ и обеспечивать устойчивое базовое финансирование для этой цели прежде всего в крайне уязвимых регионах и странах. Например, лишь в трех из 29 стран кластера

[1] Общее заявление по доступу к медицинскому обслуживанию в Сирии.

здравоохранения в настоящее время есть работающий полное время Координатор кластера здравоохранения и ни в одной стране нет специального сотрудника по управлению информацией. Из базового бюджета ВОЗ в сумме 106,7 млн. долл. США на гуманитарную деятельность в двухгодичном периоде 2012-2013 гг. уже получены лишь 44,6 млн. долл. США (или 42% от запланированных расходов). Полное финансирование базового бюджета ВОЗ в сумме 87,9 млн. долл. США на ее гуманитарную деятельность в 2014-2015 гг. абсолютно необходимо для выполнения обязательств Организации в этой области и для дальнейшего углубления недавних реформ. Тенденция к сокращению гуманитарного финансирования для потребностей сектора здравоохранения на страновом уровне сохранилась в 2013 г. как в процентном, так и номинальном выражении; 49% из 1300 млн. долл. США, необходимых в 2013 г., были получены по состоянию на 4 ноября 2013 г., что меньше 53% от 1400 млн. долл. США в 2012 г. и 64% от 1000 млн. долл. США в 2011 году[1]. Сектор здравоохранения по-прежнему не получает достаточного финансирования в серьезных чрезвычайных ситуациях; по состоянию на 4 ноября 2013 г. лишь 53% потребностей сектора здравоохранения по плану гуманитарной помощи в Сирии на 2013 г. получили финансирование, а в Центральноафриканской Республике получено лишь 25% от потребностей сектора здравоохранения в соответствии с объединенным призывом 2013 года.

108. Для дальнейшего совершенствования своей деятельности в качестве ведущего учреждения Глобального кластера здравоохранения в 2014-2015 гг. ВОЗ: создаст группу глобального кластера здравоохранения; по линии Группы по глобальной политике обеспечит анализ роли, функций и результатов деятельности ВОЗ в качестве ведущего учреждения Глобального кластера здравоохранения; расширит поддержку координаторов кластеров здравоохранения и помощь им, особенно в странах, которые считаются приоритетными на двухгодичный период; будет стремиться к полному кадровому обеспечению ключевых кластерных функций в приоритетных странах; создаст внутренний потенциал ВОЗ на случай пиковых нагрузок при наличии резервных и неправительственных организаций-партнеров; а также укрепит оценку и мониторинг потенциала и результатов деятельности каждого кластера здравоохранения на страновом уровне.

Корпоративные услуги/вспомогательные функции

N. МНОГОЯЗЫЧИЕ: ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПЛАНА ДЕЙСТВИЙ (резолюция WHA61.12)

109. В мае 2012 г. Всемирная ассамблея здравоохранения на своей Шестьдесят пятой сессии приняла к сведению последний доклад о ходе работы по осуществлению плана

[1] Источник: Отдел координации гуманитарных вопросов, Служба финансового контроля, 4 ноября 2013 года.

действий по многоязычию[1]. В данном докладе представлена дополнительная обновленная информация о мерах по осуществлению этого плана.

110. Продолжались усилия в поддержку доступного многоязычного контента на веб-сайте ВОЗ. Многоязычная группа веб-редакторов, работая совместно со службой переводов ВОЗ, сократила разрыв между английским и остальными пятью официальными языками Организации в том, что касается наличия технического контента. Группа также обеспечила наличие всего корпоративного веб-контента на шести официальных языках. В период с января 2012 г. по сентябрь 2013 г. было добавлено 1142 веб-страницы на арабском, 1521 – на китайском, 7152 – на английском, 1722 – на французском, 1752 – на русском и 1202 – на испанском языках.

111. По состоянию на сентябрь 2013 г. Институциональное хранилище ВОЗ для обмена информацией (IRIS)[2] включает более 50 000 единиц хранения на официальных языках, включая информационные продукты ВОЗ и документацию руководящих органов (в том числе документацию Ассамблеи здравоохранения и Исполнительного комитета начиная с 1998 г. наряду с документацией Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака). Ежемесячно фиксируется в среднем 1,5 миллиона скачиваний в системе IRIS. До конца 2014 г. в IRIS войдет вся историческая подборка документации руководящих органов с 1948 по 1997 год.

112. В 2012 г. Российская Федерация выделила средства для поддержки двухгодичного проекта по повышению качества и количества технических и научных информационных продуктов ВОЗ на русском языке, а также для совершенствования их распространения среди русскоговорящих аудиторий. По состоянию на сентябрь 2013 г. переведено на русский язык и опубликовано в штаб-квартире и в Европейском региональном бюро ВОЗ 15 ключевых изданий, а сети распространения русских публикаций расширились. Оцифровано и включено в IRIS в общей сложности 120 существующих печатных изданий на русском языке. Опубликовано два специальных выпуска «*Бюллетеня Всемирной организации здравоохранения*» на русском языке. Более 20 новых технических веб-сайтов на русском языке было создано или обновлено на веб-сайте штаб-квартиры ВОЗ, а на веб-сайте Европейского регионального бюро ВОЗ размещены ключевые характеристики по 12 странам на русском языке.

113. Продолжалась работа по обеспечению наличия информационной продукции ВОЗ на официальных и неофициальных языках. В 2012 и 2013 гг. Отдел печати ВОЗ поручил внешним партнерам и региональным бюро осуществить 337 переводов 219 продуктов штаб-квартиры на 52 языка (пять официальных и 47 неофициальных).

114. Сотрудникам персонала по-прежнему предлагается языковая подготовка на бесплатной основе. В ходе двухгодичного периода 2012–2013 гг. на очные языковые курсы в штаб-квартире записались 1358 человек: 75 – на арабский, 35 – на китайский,

[1] См. документы A65/26, раздел Q, и WHA65/2012/REC3, краткий отчет о шестом заседании Комитета B, раздел 3.

[2] Доступно на http://www.who.int/iris.

128 – на английский, 726 – на французский, 35 – на русский и 359 – на испанский языки. С сентября 2012 г. ВОЗ предлагает заочную программу изучения языков на официальных языках Организации, а также на немецком и португальском языках. Первоочередное внимание в этой программе уделяется сотрудникам региональных и страновых бюро. По состоянию на сентябрь 2013 г. в этой программе участвовали 1688 сотрудников из всех регионов ВОЗ, и ожидается, что еще 200 сотрудников запишутся к концу 2013 года.

115. В 2012 и 2013 гг. ВОЗ приняла участие в обсуждении за круглым столом по многоязычию, которое было организовано отделением Организации Объединенных Наций в Женеве и Международной организацией франкофонии.

116. Сеть ePORTUGUÊSe продолжила укреплять сотрудничество с учреждениями и специалистами здравоохранения в восьми португалоговорящих государствах-членах. В 2012 и 2013 гг. сеть ePORTUGUÊSe в партнерстве с соответствующими техническими подразделениями ВОЗ организовала несколько онлайновых и очных учебных курсов по безопасности пациентов, эпидемиологии и библиотечному делу с привлечением более 16 000 участников.

117. ВОЗ продолжает работать с другими учреждениями Организации Объединенных Наций и институтами Европейского союза по укреплению многоязычия. На Международном ежегодном совещании по вопросам лингвистического обеспечения, документации и изданий Секретариат выполняет функции председателя в двух целевых группах по оптимизации структуры и методики услуг письменного и синхронного перевода.

= = =