



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**ШЕСТЬДЕСЯТ ПЯТАЯ СЕССИЯ
ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

ЖЕНЕВА, 21-26 МАЯ 2012 г.

**РЕЗОЛЮЦИИ И РЕШЕНИЯ
ПРИЛОЖЕНИЯ**

ЖЕНЕВА
2012 г.

СОКРАЩЕНИЯ

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

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

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

ПРЕДИСЛОВИЕ

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения проходила во Дворце Наций в Женеве с 21 по 26 мая 2012 г. в соответствии с решением Исполнительного комитета, принятым на его Сто двадцать девятой сессии.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Предисловие	iii
Повестка дня	ix
Список документов	xv
Президиум Ассамблеи здравоохранения и состав ее комитетов.....	xxi

РЕЗОЛЮЦИИ И РЕШЕНИЯ

Резолюции

WHA65.1	Назначение Генерального директора.....	1
WHA65.2	Контракт Генерального директора	1
WHA65.3	Укрепление политики в области неинфекционных заболеваний для содействия активной старости.	2
WHA65.4	Глобальное бремя психических расстройств и необходимость в комплексных, скоординированных ответных мерах со стороны сектора здравоохранения и социального сектора на страновом уровне.	6
WHA65.5	Полиомиелит: усиление деятельности в рамках Глобальной инициативы по ликвидации.	11
WHA65.6	Комплексный план осуществления деятельности: питание матерей и детей грудного и раннего возраста	14
WHA65.7	Выполнение рекомендаций Комиссии по информации и подотчетности в отношении охраны здоровья женщин и детей	15
WHA65.8	Итоги Всемирной конференции по социальным детерминантам здоровья	17
WHA65.9	Медико-санитарные условия проживания населения на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах.....	21
WHA65.10	Финансовый отчет и ревизованные финансовые отчеты за период 1 января 2010 г. – 31 декабря 2011 г.	24

WHA65.11	Состояние поступления обязательных взносов, включая вопрос о государствах-членах, имеющих такую задолженность по взносам, которая оправдывала бы применение Статьи 7 Устава.....	25
WHA65.12	Специальные соглашения об урегулировании задолженностей: бывшая Югославия.....	26
WHA65.13	Отчет Внешнего ревизора.....	27
WHA65.14	Оклады сотрудников на неклассифицируемых должностях и Генерального директора.....	27
WHA65.15	Выборы Генерального директора Всемирной организации здравоохранения: доклад Рабочей группы.....	28
WHA65.16	Соглашение с Комиссией Африканского союза.....	31
WHA65.17	Глобальный план действий в отношении вакцин.....	32
WHA65.18	Всемирная неделя иммунизации.....	34
WHA65.19	Некондиционная/поддельная/ложно маркированная/фальсифицированная/контрафактная медицинская продукция.....	36
WHA65.20	Ответные действия и роль ВОЗ в качестве руководителя кластера здравоохранения для удовлетворения растущих потребностей в области здравоохранения при чрезвычайных гуманитарных ситуациях.....	41
WHA65.21	Ликвидация шистосомоза.....	46
WHA65.22	Последующие действия в связи с докладом Консультативной рабочей группы экспертов по научным исследованиям и разработкам: финансирование и координация.....	48
WHA65.23	Осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 г.).	50
Решения		
WHA65(1)	Состав Комитета по проверке полномочий.....	55
WHA65(2)	Выборы должностных лиц Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.....	55
WHA65(3)	Образование Генерального комитета.....	55
WHA65(4)	Выборы должностных лиц главных комитетов.....	55
WHA65(5)	Утверждение повестки дня.....	56

	Стр.
WHA65(6) Проверка полномочий.....	56
WHA65(7) Выборы государств-членов, которым предоставляется право назначить по одному лицу в состав Исполнительного комитета.....	57
WHA65(8) Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними: итоги Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними.....	57
WHA65(9) Реформа ВОЗ.....	60
WHA65(10) Объединенный пенсионный фонд персонала Организации Объединенных Наций: назначение представителей в Комитет Пенсионного фонда персонала ВОЗ	64
WHA65(11) Выбор страны, в которой будет проведена Шестьдесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения.....	64

ПРИЛОЖЕНИЯ

1. Контракт Генерального директора	67
2. Проект комплексного плана осуществления действий в области питания матерей, а также детей грудного и раннего возраста	70
3. Соглашение между Комиссией Африканского союза и Всемирной организацией здравоохранения	89
4. Проект глобального плана действий в отношении вакцин	95
5. Финансовые и административные последствия для Секретариата резолюций, принятых Ассамблеей здравоохранения.....	144

ПОВЕСТКА ДНЯ¹

ПЛЕНАРНЫЕ ЗАСЕДАНИЯ

1. Открытие Ассамблеи здравоохранения
 - 1.1 Образование Комитета по проверке полномочий
 - 1.2 Выборы Председателя
 - 1.3 Выборы пяти заместителей Председателя, председателей главных комитетов и учреждение Генерального комитета
 - 1.4 Утверждение повестки дня и распределение пунктов повестки между главными комитетами
2. Доклад Исполнительного комитета о его Сто двадцать девятой, Сто тридцатой и специальной сессиях
3. Выступление Генерального директора д-ра Маргарет Чен
4. Генеральный директор
 - 4.1 Назначение
 - 4.2 Утверждение контракта
5. Выступление приглашенного докладчика
6. [исключен]
7. Исполнительный комитет: выборы
8. Награды
9. Доклады главных комитетов
10. Закрытие Ассамблеи здравоохранения

¹ Утверждена на втором пленарном заседании.

КОМИТЕТ А

11. Открытие заседаний Комитета¹
12. Реформа ВОЗ
13. Технические вопросы и вопросы здравоохранения
 - 13.1 Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними
 - Итоги Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними и Первой всемирной министерской конференции по здоровому образу жизни и борьбе с неинфекционными заболеваниями
 - Варианты и график работы в целях укрепления и продвижения многосекторальных действий в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними с помощью партнерского сотрудничества
 - Осуществление глобальной стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними и плана действий
 - Осуществление плана действий по профилактике предупреждаемой слепоты и нарушений зрения
 - 13.2 Глобальное бремя психических расстройств и необходимость в комплексных, скоординированных ответных мерах со стороны сектора здравоохранения и социального сектора на страновом уровне
 - 13.3 Питание
 - Питание детей грудного и раннего возраста
 - Питание женщин до зачатия, в период беременности и грудного вскармливания
 - 13.4 Ранние браки, беременность в подростковом и молодом возрасте
 - 13.5 Мониторинг достижения связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития
 - Ход работ по достижению связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития и глобальных целей здравоохранения после 2015 г.
 - Выполнение рекомендаций Комиссии по информации и подотчетности в отношении охраны здоровья женщин и детей

¹ Включая выборы заместителей Председателя и Докладчика.

- 13.6 Социальные детерминанты здоровья: итоги Всемирной конференции по социальным детерминантам здоровья (Рио-де-Жанейро, Бразилия, октябрь 2011 г.)
- 13.7 Осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 г.)
- 13.8 Глобальные массовые мероприятия: их значение и возможности для обеспечения безопасности здоровья в мире
- 13.9 Обеспечение готовности к пандемическому гриппу: обмен вирусами гриппа и доступ к вакцинам и другим преимуществам: доклад о работе Консультативной группы
- 13.10 Полиомиелит: усиление деятельности в рамках глобальной инициативы по ликвидации
- 13.11 Ликвидация шистосомоза
- 13.12 Проект глобального плана действий в отношении вакцин
- 13.13 Некондиционная/поддельная/ложно маркированная/ фальсифицированная/ контрафактная медицинская продукция: доклад Рабочей группы государств-членов
- 13.14 Консультативная рабочая группа экспертов по научным исследованиям и разработкам: финансирование и координация
- 13.15 Ответные действия и роль ВОЗ в качестве руководителя кластера здравоохранения для удовлетворения растущих потребностей в области здравоохранения при чрезвычайных гуманитарных ситуациях
- 13.16 Доклады о ходе работы

Системы здравоохранения и научные исследования в области здравоохранения

- A. Укрепление систем здравоохранения (резолюции WHA64.9, WHA64.8, WHA63.27, WHA62.12 и WHA60.27)
- B. Роль и обязанности ВОЗ в сфере научных исследований в области здравоохранения (резолюция WHA63.21)
- C. Глобальная стратегия и план действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности (резолюция WHA61.21)

Ликвидация болезней, их профилактика и борьба с ними

- D. Ликвидация оспы: уничтожение запасов вируса натуральной оспы (резолюция WHA60.1)

- E. Ликвидация дракункулеза (резолюция WHA64.16)
- F. Болезнь Шагаса: борьба и ликвидация (резолюция WHA63.20)
- G. Вирусный гепатит (резолюция WHA63.18)
- H. Профилактика туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью и борьба с ним (резолюция WHA62.15)
- I. Холера: механизм борьбы и профилактики (резолюция WHA64.15)
- J. Борьба с африканским трипаносомозом человека (резолюция WHA57.2)
- K. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу на 2011–2015 гг. (резолюция WHA64.14)
- L. Профилактика инфекций, передаваемых половым путем, и борьба с ними: глобальная стратегия (резолюция WHA59.19)

Другие вопросы

- M. Репродуктивное здоровье: стратегия по ускорению хода работы в направлении достижения международных целей и задач в области развития (резолюция WHA57.12)
- N. Продвижение инициатив по безопасности пищевых продуктов (резолюция WHA63.3)
- O. Изменение климата и здоровье (резолюции EB124.R5 и WHA61.19)
- P. Партнерства (резолюция WHA63.10)
- Q. Многоязычие: осуществление плана действий (резолюция WHA61.12)

КОМИТЕТ В

- 14. Открытие заседаний Комитета¹
- 15. Медико-санитарные условия проживания населения на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах

¹ Включая выборы заместителей Председателя и Докладчика.

16. Программный бюджет и финансовые вопросы
 - 16.1 Программный бюджет на 2010-2011 гг.: оценка исполнения
 - 16.2 Финансовый отчет и ревизованные финансовые отчеты за период 1 января 2010 г. – 31 декабря 2011 г.
 - 16.3 Состояние поступления обязательных взносов, включая вопрос о государствах-членах, имеющих такую задолженность по взносам, которая оправдывала бы применение Статьи 7 Устава
 - 16.4 [исключен]
 - 16.5 Обязательные взносы новых государств-членов и ассоциированных членов
17. Вопросы ревизии и контроля
 - 17.1 Отчет Внешнего ревизора
 - 17.2 Отчет Внутреннего ревизора
18. Кадровые вопросы
 - 18.1 Кадровые ресурсы: ежегодный доклад
 - 18.2 Доклад Комиссии по международной гражданской службе
 - 18.3 Поправки к Положениям о персонале и Правилам о персонале
 - 18.4 Назначение представителей в Комитет Пенсионного фонда персонала ВОЗ
19. Вопросы управления и юридические вопросы
 - 19.1 Выборы Генерального директора Всемирной организации здравоохранения: доклад Рабочей группы
 - 19.2 Соглашения с межправительственными организациями
20. Сотрудничество с учреждениями системы Организации Объединенных Наций и с другими межправительственными организациями

СПИСОК ДОКУМЕНТОВ

A65/1 Rev.1	Повестка дня ¹
A65/2	Доклад Исполнительного комитета о его Сто двадцать девятой, Сто тридцатой и специальных сессиях
A65/3	Выступление Генерального директора д-ра Маргарет Чен на Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
A65/4 Rev.1	Генеральный директор Утверждение контракта ²
A65/5	Реформа ВОЗ Сводный доклад Генерального директора
A65/5 Add.1	Проект Двенадцатой общей программы работы и пояснительные замечания
A65/5 Add.2	Доклад о независимой оценке: первый этап
A65/5 Add.3	Проект решения, предложенный Секретариатом
A65/6 и A65/6 Add.1	Итоги Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними и Первой всемирной министерской конференции по здоровому образу жизни и борьбе с неинфекционными заболеваниями
A65/7	Варианты и график работы в целях укрепления и продвижения многосекторальных действий в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними с помощью партнерского сотрудничества
A65/8	Осуществление глобальной стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними и плана действий
A65/9	Осуществление плана действий по профилактике предупреждаемой слепоты и нарушений зрения
A65/10	Глобальное бремя психических расстройств и необходимость в комплексных, скоординированных ответных мерах со стороны сектора здравоохранения и социального сектора на страновом уровне
A65/11 и A65/11 Corr.1	Питание матерей и детей грудного и раннего возраста: проект комплексного плана осуществления деятельности ³
A65/12	Питание женщин до зачатия, в период беременности и грудного вскармливания
A65/13	Ранние браки, беременность в подростковом и молодом возрасте

¹ См. с. ix.

² См. Приложение 1.

³ См. Приложения 2 и 5.

- A65/14 Ход работ по достижению связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития и глобальные цели здравоохранения после 2015 г.
- A65/15 Выполнение рекомендаций Комиссии по информации и подотчетности в отношении охраны здоровья женщин и детей
- A65/16 Социальные детерминанты здоровья: итоги Всемирной конференции по социальным детерминантам здоровья (Рио-де-Жанейро, Бразилия, октябрь 2011 г.)
- A65/17 и
A65/17 Corr.1 Осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 г.)
- A65/17 Add.1 Доклад о разработке основных возможностей на национальном уровне, требуемой в соответствии с Правилами
- A65/17 Add.2 Проект резолюции, предложенный Секретариатом
- A65/17 Add.3 Доклад о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюций, предлагаемых для принятия Исполнительным комитетом или Ассамблеей здравоохранения¹
- A65/18 Глобальные массовые мероприятия: их значение и возможности для обеспечения безопасности здоровья в мире
- A65/19 Обеспечение готовности к пандемическому гриппу: обмен вирусами гриппа и доступ к вакцинам и другим преимуществам: доклад о работе Консультативной группы
- A65/20 Полиомиелит: усиление деятельности в рамках глобальной инициативы по ликвидации
- A65/21 Ликвидация шистосомоза
- A65/22 Проект глобального плана действий в отношении вакцин²
- A65/22 Add.1 Доклад о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюций, предлагаемых для принятия Исполнительным комитетом или Ассамблеей здравоохранения¹
- A65/23 Некондиционная/поддельная/ложно маркированная/фальсифицированная/контрафактная медицинская продукция: доклад Рабочей группы государств-членов
- A65/24 и
A65/24 Corr.1 Консультативная рабочая группа экспертов по научным исследованиям и разработкам: финансирование и координация
- A65/25 Ответные действия и роль ВОЗ в качестве руководителя кластера здравоохранения для удовлетворения растущих потребностей в области здравоохранения при чрезвычайных гуманитарных ситуациях

¹ См. Приложение 5.

² См. Приложения 4 и 5

- A65/26 Доклады о ходе работы
- A65/27 Rev.1 Медико-санитарные условия проживания населения на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах
- A65/28 Программный бюджет на 2010-2011 гг.: оценка исполнения
- A65/29 Финансовый отчет и ревизованные финансовые отчеты за период 1 января 2010 г. – 31 декабря 2011 г.
- A65/29 Add.1 Приложение: добровольные взносы в разбивке по фондам и донорам за финансовый период 2010-2011 гг.
- A65/30 Состояние поступления обязательных взносов, включая вопрос о государствах-членах, имеющих такую задолженность по взносам, которая оправдывала бы применение Статьи 7 Устава
- A65/31 [Документ отменен]
- A65/32 Отчет Внешнего ревизора
- A65/33 Отчет Внутреннего ревизора
- A65/34 Кадровые ресурсы: ежегодный доклад
- A65/35 Доклад Комиссии по международной гражданской службе
- A65/36 Поправки к Положениям о персонале и Правилам о персонале
- A65/37 Назначение представителей в Комитет Пенсионного фонда персонала ВОЗ
- A65/38 Выборы Генерального директора Всемирной организации здравоохранения: доклад Рабочей группы
- A65/39 Сотрудничество с учреждениями системы Организации Объединенных Наций и с другими межправительственными организациями
- A65/40 Реформа ВОЗ
Доклад Генерального директора
- A65/41 Обязательные взносы новых членов и ассоциированных членов:
Южный Судан
- A65/42 Соглашения с межправительственными организациями
Соглашение между Комиссией Африканского союза и Всемирной организацией здравоохранения¹

¹ См. Приложение 3.

- A65/43 Реформа ВОЗ
Шестой доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A65/44 Программный бюджет на 2010–2011 гг.: оценка исполнения
Первый доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A65/45 Финансовый отчет и ревизованные финансовые отчеты за период 1 января 2010 г. – 31 декабря 2011 г.
Второй доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A65/46 Состояние поступления обязательных взносов, включая вопрос о государствах-членах, имеющих такую задолженность по взносам, которая оправдывала бы применение Статьи 7 Устава; и специальные соглашения об урегулировании задолженностей; и обязательные взносы новых членов и ассоциированных членов: Южный Судан
Третий доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A65/47 Отчет Внешнего ревизора
Четвертый доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A65/48 Отчет Внутреннего ревизора
Пятый доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A65/49 Кадровые ресурсы: ежегодный доклад
Седьмой доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A65/50 Первый доклад Комитета А
- A65/51 Комитет по проверке полномочий
Первый доклад
- A65/52 Выборы государств-членов, которым предоставляется право назначить по одному лицу в состав Исполнительного комитета
- A65/53 Первый доклад Комитета В
- A65/54 Второй доклад Комитета А
- A65/55 Третий доклад Комитета А

- A65/56 Второй доклад Комитета В
- A65/57 Третий доклад Комитета В
- A65/58 Четвертый доклад Комитета А

Информационные документы

- A65/INF.DOC./1 Генеральный директор
Записка Юрисконсульта
- A65/INF.DOC./2 Медико-санитарные условия проживания населения на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах (доклад Министерства здравоохранения Сирийской Арабской Республики)
- A65/INF.DOC./3 Медико-санитарные условия проживания населения на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах (доклад Министерства здравоохранения Израиля)
- A65/INF.DOC./4 Медико-санитарные условия проживания населения на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах (доклад Постоянного наблюдателя Палестины при Организации Объединенных Наций и других международных организациях в Женеве)
- A65/INF.DOC./5 Медико-санитарные условия проживания населения на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах (доклад Директора Отдела здравоохранения БАПОР за 2011 г.)
- A65/INF.DOC./6 Реформа ВОЗ
Механизм осуществления и мониторинга на высоком уровне

Разное

- A65/DIV/1 Rev.1 Список делегатов и других участников
- A65/DIV/2 Информационная справка для делегатов Всемирной ассамблеи здравоохранения
- A65/DIV/3 Решения и список резолюций
- A65/DIV/4 Список документов

A65/DIV/5 Выступление Ее Королевского Высочества Принцессы Lalla Salma
на Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения

A65/DIV/6 Выступление Министра иностранных дел Норвегии г-на Йонаса Гара
Стёре на Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи
здравоохранения

ПРЕЗИДИУМ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОСТАВ ЕЕ КОМИТЕТОВ

Председатель

Профессор Thérèse Aya N'DRI-YOMAN
(Кот-д'Ивуар)

Заместители Председателя

Д-р Esperanza MARTÍNEZ (Парагвай)

Д-р Andrei USATII (Республика
Молдова)

Профессор ALI GHUFRON MUKTI
(Индонезия)

Д-р Suraya DALIL (Афганистан)

Г-н Charles SIGOTO (Соломоновы
Острова)

Секретарь

Д-р М. ЧЕН, Генеральный директор

Комитет по проверке полномочий

В состав Комитета по проверке полномочий вошли делегаты следующих государств-членов: Гайана, Кыргызстан, Люксембург, Малави, Маршалловы Острова, Мексика, Нигер, Сан-Марино, Сан-Томе и Принсипи, Таиланд, Объединенные Арабские Эмираты, Вьетнам.

Председатель: Д-р TRAN THI GIANG
HUONG (Вьетнам)

Заместитель Председателя: Д-р Robert
GOERENS (Люксембург)

Секретарь: Г-жа Françoise MOURAIN-
SCHUT (ст. юрисконсульт)

Генеральный комитет

В состав Генерального комитета вошли Председатель и заместители Председателя Ассамблеи здравоохранения и председатели главных комитетов, а также делегаты следующих государств-членов: Багамские Острова, Камбоджа, Чад, Китай, Куба,

Дания, Джибути, Франция, Кения, Лесото, Либерия, Мавритания, Никарагуа, Российская Федерация, Туркменистан, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии и Соединенные Штаты Америки

Председатель: профессор Thérèse Aya
N'DRI-YOMAN (Кот-д'Ивуар)

Секретарь: д-р Маргарет ЧЕН,
Генеральный директор

ГЛАВНЫЕ КОМИТЕТЫ

В соответствии со статьей 35 Правил процедуры Ассамблеи здравоохранения каждая делегация могла быть представлена в каждом главном комитете одним из ее членов.

Комитет А

Председатель: д-р Lyonpo Zangley
DUKPA (Бутан)

Заместители Председателя:

д-р Fenton FERGUSON (Ямайка) и

г-н Herbert BARNARD (Нидерланды)

Докладчик: д-р Mohamed JIDDAWI
(Объединенная Республика Танзания)

Секретарь: д-р Manuel DAYRIT, советник,
Бюро Генерального директора

Комитет В

Председатель: профессор Mohammad
Hossein NICKNAM (Исламская Республика
Иран)

Заместители Председателя:

профессор Charles Kondi AGBA (Того) и

д-р Enrique TAYAG (Филиппины)

Докладчик: д-р Paul GULLY (Канада)

Секретарь: д-р Clive ONDARI, координатор,
Доступ к лекарственным средствам и их
рациональное использование

РЕЗОЛЮЦИИ И РЕШЕНИЯ

РЕЗОЛЮЦИИ

WHA65.1 Назначение Генерального директора

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,
по представлению Исполнительного комитета,

НАЗНАЧАЕТ д-ра Маргарет Чен Генеральным директором Всемирной организации здравоохранения.

(Седьмое пленарное заседание, 23 мая 2012 г.)

WHA65.2 Контракт Генерального директора

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

I

в соответствии со Статьей 31 Устава и Статьей 107 Правил процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения,

УТВЕРЖДАЕТ контракт, устанавливающий условия назначения, оклад и другие виды вознаграждения для должности Генерального директора¹;

II

в соответствии со Статьей 110 Правил процедуры Всемирной ассамблеи здравоохранения,

УПОЛНОМОЧИВАЕТ Председателя Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения подписать настоящий контракт от имени Организации.

(Седьмое пленарное заседание, 23 мая 2012 г.)

¹ См. Приложение 1.

WHA65.3 Укрепление политики в области неинфекционных заболеваний для содействия активной старости¹

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклады об итогах Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними и Первой глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и борьбе с неинфекционными заболеваниями², а также доклад об осуществлении глобальной стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними и плана действий³;

ссылаясь на Политическую декларацию Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, Московскую декларацию, принятую на Первой глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и борьбе с неинфекционными заболеваниями (Москва, 28 и 29 апреля 2011 г.), и резолюцию WHA64.11 о подготовке к Совещанию высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и борьбе с ними в развитие Московской конференции;

ссылаясь также на Совещание, посвященное последующим мерам по достижению Целей тысячелетия в области развития (ЦТР) (Токио, 2 и 3 июня 2011 г.), в котором приняли участие более 110 стран и около 20 учреждений Организации Объединенных Наций или региональных организаций и организаций гражданского общества, на котором было признано, что неинфекционные заболевания являются вновь возникающими глобальными проблемами для периода после 2015 г., и которые также ставят под угрозу срыва достижение согласованных международных целей в области развития, включая Цели тысячелетия в области развития;

отмечая, что, согласно оценкам, 36 миллионов из 57 миллионов случаев смерти в мире в 2008 г. были вызваны неинфекционными заболеваниями, такими как сердечно-сосудистые, онкологические, хронические респираторные болезни и диабет, причинами которых в значительной мере являются четыре общих фактора риска, а именно: употребление табака, вредное употребление алкоголя, нездоровое питание и отсутствие физической активности, и что почти 80% этих случаев смерти произошли в развивающихся странах;

отмечая также, что поскольку неинфекционные заболевания получают более широкое распространение среди пожилых людей, существует срочная необходимость в профилактике инвалидности, обусловленной неинфекционными заболеваниями, и планировании долговременной медицинской помощи;

¹ См. Приложение 5 о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюции.

² Документы A65/6 и A65/6 Add.1.

³ Документ A65/8.

отмечая далее с глубокой озабоченностью, что старение является одним из основных факторов, способствующих увеличению числа случаев и распространенности неинфекционных заболеваний, которые являются ведущими причинами заболеваемости и инвалидности;

кроме того, отмечая, что стареющему населению потребуется доступ к приемлемым по цене лекарственным средствам для укрепления здоровой старости;

отмечая также демографические изменения, в соответствии с которыми численность населения в мире в возрасте 60 лет или старше увеличивается темпами, более чем в три раза превышающими темпы роста численности всего населения, и, как ожидается, достигнет 1200 миллионов в 2025 г.; старение населения, которое имеет последствия для общественного здравоохранения и экономические последствия, включая увеличение распространенности неинфекционных заболеваний; и значение укрепления здоровья на протяжении всей жизни и деятельности по профилактике болезней, которые могут предотвратить или задержать, например развитие или усиление тяжести неинфекционных заболеваний и способствовать сохранению здоровья в старости;

ссылаясь на резолюции WHA52.7 и WHA58.16 об активной старости, которые, в числе прочего, призывали государства-члены принять меры, обеспечивающие максимально достижимый уровень здоровья и благополучия для быстро растущего числа людей более старшего возраста как в развитых, так и в развивающихся странах;

ссылаясь далее на резолюцию Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 57/167, которая одобрила Политическую декларацию Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними и Мадридский международный план действий по старению, 2002 г., а также другие соответствующие резолюции по старению;

отмечая, что в Политической декларации Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними признается, что психические и нервные расстройства, включая болезнь Альцгеймера, являются важными причинами заболеваемости и усиливают глобальное бремя неинфекционных заболеваний, и что в этой связи необходимо обеспечить справедливый доступ к эффективным программам и мерам медико-санитарной помощи, в том числе для всего населения с раннего возраста;

признавая важность подходов с учетом гендерного фактора, солидарности и взаимоподдержки для социального развития, реализации прав человека для людей более старшего возраста, улучшения качества жизни, обеспечения справедливости в отношении здоровья и предупреждения дискриминации по возрасту, а также для содействия социальной интеграции пожилых граждан;

признавая Рио-де-Жанейрскую политическую декларацию о социальных детерминантах здоровья, в которой выражена решимость добиться социальной справедливости и справедливости в отношении здоровья посредством воздействия

на социальные детерминанты здоровья и благополучия с помощью всестороннего межсекторального подхода;

отмечая Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака и связанные с ней стратегии и планы действий, подчеркивающие значение преодоления общих факторов риска неинфекционных заболеваний;

одобряя акцент в работе ВОЗ на профилактику неинфекционных заболеваний и борьбу с ними посредством действий общественного здравоохранения, подхода, основанного на первичной медико-санитарной помощи, и всестороннего укрепления систем здравоохранения,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены¹:

(1) разработать, осуществлять, контролировать и оценивать политику, программы и многосекторальные действия по профилактике неинфекционных заболеваний и укреплению здоровья, с тем чтобы укрепить политику и программы по здоровой старости и способствовать достижению наивысшего уровня здоровья и благополучия для людей более старшего возраста;

(2) укреплять соответствующим образом основы межсекторальной политики и институциональные механизмы для комплексного ведения профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними, включая службы поддержки, медико-санитарной помощи и социального обеспечения, в целях удовлетворения потребностей людей более старшего возраста;

(3) обеспечивать, в соответствующих случаях, чтобы национальные стратегии по неинфекционным заболеваниям способствовали достижению Целей тысячелетия в области развития;

(4) содействовать, в соответствующих случаях, созданию условий, которые дают возможность отдельным людям, лицам, обеспечивающим уход, семьям и общинам поощрять здоровое старение, включая уход, оказание поддержки и защиту людей старшего возраста, учитывая физические и психологические аспекты старения, и обращать особое внимание на подходы, учитывающие связь между поколениями;

(5) поощрять активное участие людей старшего возраста в жизни общества и их местной общине;

(6) укреплять сотрудничество и партнерство среди государств-членов² на всех уровнях государственного управления, среди заинтересованных сторон, академических кругов, исследовательских фондов, частного сектора и

¹ И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

² И, в соответствующих случаях, региональных организаций экономической интеграции.

гражданского общества с целью эффективного осуществления планов и программ;

(7) подчеркивать важное значение подхода, основанного на первичной медико-санитарной помощи, при планировании, в тесном сотрудничестве с социальными службами, национальной медико-санитарной помощи, и обеспечения возможностей для интеграции мер укрепления здоровья, а также профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними в политику в области старения;

(8) поощрять предоставление мер и ресурсов для укрепления здоровья, оказания медико-санитарной помощи и социальной защиты в целях обеспечения здоровой и активной старости, обращая особое внимание на доступ к приемлемым по цене лекарственным средствам и на важность подготовки, обучения и создания потенциала трудовых ресурсов здравоохранения в сотрудничестве с ВОЗ и партнерами;

(9) далее укреплять системы мониторинга и оценки для получения и анализа данных о неинфекционных заболеваниях с разбивкой по возрасту, полу и социально-экономическому статусу с целью разработки справедливой и основанной на фактической информации политики и планирования для людей старшего возраста;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) оказывать поддержку государствам-членам в содействии и помощи по дальнейшему выполнению обязательств, взятых на соответствующих конференциях и саммитах Организации Объединенных Наций по неинфекционным заболеваниям и старению;

(2) оказывать поддержку государствам-членам в сосредоточении внимания на укреплении здоровья и профилактике болезней на протяжении всей жизни, начиная с самого раннего возраста, включая многосекторальные подходы к обеспечению здоровой старости, комплексной помощи людям старшего возраста и поддержки лицам, оказывающим официальные и неофициальные социальные услуги;

(3) оказывать государствам-членам поддержку в разработке политики и программ по обеспечению доступа к приемлемым по цене лекарственным средствам для стареющего населения;

(4) оказывать дальнейшую поддержку государствам-членам в повышении информированности о здоровой и активной старости и о позитивных аспектах старения с помощью таких средств, которые включают меры политики, конкретно касающиеся старения, и проблематику старения в качестве одного из основных компонентов их национальных стратегий;

(5) поддерживать в надлежащих случаях развитие систем странового уровня для надлежащего мониторинга неинфекционных заболеваний и продолжить

разработку всесторонней глобальной системы мониторинга для профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними, с тем чтобы отслеживать тенденции и контролировать прогресс в осуществлении Политической декларации Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними;

(6) повысить приоритет, придаваемый профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними в повестках дня соответствующих форумов и совещаний национальных и международных лидеров заблаговременно до разработки повестки дня глобального развития на период после 2015 г.;

(7) рассмотреть возможность уделения основного внимания в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2014 г.* положению дел в области старения в мире, признавая важность укрепления информационных систем посредством привлечения взрослых людей старшего возраста к сбору, анализу и распространению данных и информации о состоянии здоровья и факторах риска;

(8) представить доклад на Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет о прогрессе, достигнутом в выполнении данной резолюции.

(Девятое пленарное заседание, 25 мая 2012 г. –
Комитет А, первый доклад)

WHA65.4 Глобальное бремя психических расстройств и необходимость в комплексных, скоординированных ответных мерах со стороны сектора здравоохранения и социального сектора на страновом уровне¹

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о глобальном бремени психических расстройств и необходимости в комплексных, скоординированных ответных мерах со стороны сектора здравоохранения и социального сектора на страновом уровне²;

напоминая резолюцию WHA55.10, которая, в числе прочего, призвала государства-члены увеличить инвестиции в охрану психического здоровья как в странах, так и в рамках двустороннего и многостороннего сотрудничества в качестве неотъемлемого компонента благополучия населения;

напоминая далее резолюцию Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 65/95, в которой признается, что проблемы психического

¹ См. Приложение 5 о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюции.

² Документ A65/10.

здоровья имеют большое значение для любого общества и являются существенным фактором, усугубляющим бремя заболеваний и ведущим к снижению качества жизни, и приводят к огромным экономическим и социальным издержкам, и приветствуется также доклад ВОЗ о психическом здоровье и развитии, в котором подчеркивается отсутствие должного внимания к психическому здоровью и предлагается, чтобы правительства и участники процесса развития учитывали потребности людей с психическими расстройствами при разработке стратегий и программ, которые предусматривают участие этих людей в политике в областях образования, занятости, здравоохранения, социальной защиты и сокращения бедности;

отмечая Совещание высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (Нью-Йорк, 19 и 20 сентября 2011 г.), на котором было признано, что психические и нервные расстройства, включая болезнь Альцгеймера, являются серьезной причиной заболеваемости и усиливают глобальное бремя неинфекционных заболеваний, что делает необходимым обеспечить справедливый доступ к эффективным программам и медико-санитарным вмешательствам;

признавая, что психические расстройства могут приводить к инвалидности, как это отражено в Конвенции Организации Объединенных Наций о правах инвалидов, в которой также отмечается, что инвалидность является результатом взаимодействия, которое происходит между лицами с нарушениями здоровья и отношенческими и средовыми барьерами, которые мешают их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими, и что во *Всемирном докладе об инвалидности, 2011 г.* указаны шаги, необходимые для улучшения участия и вовлечения людей с инвалидностью, в том числе лиц с психической неполноценностью;

признавая также, что психические расстройства входят в рамки более широкого круга расстройств, который включает неврологические нарушения и нарушения, вызванные употреблением психоактивных веществ, которые также приводят к значительным формам инвалидности и требуют скоординированных действий со стороны сектора здравоохранения и социального сектора;

обеспокоенная тем, что миллионы людей во всем мире страдают психическими расстройствами и что в 2004 г. на психические расстройства приходилось 13% глобального бремени болезней, определяемого как случаи преждевременной смерти вместе с годами, прожитыми с инвалидностью, и что если при расчете бремени болезни принять во внимание только компонент инвалидности, на психические расстройства приходилось 25,3% и 33,5% всех лет, прожитых с инвалидностью, в странах с низким и средним уровнем доходов, соответственно;

обеспокоенная также тем, что воздействие чрезвычайных гуманитарных ситуаций является сильным фактором риска возникновения проблем психического здоровья и психологических травм и что при этом происходит разрушение социальных структур, а также прекращение формальной и неформальной помощи людям с тяжелыми, существовавшими ранее психическими расстройствами;

признавая далее, что отсутствие лечения психических расстройств является распространенным во всем мире, что в странах с низким и средним уровнями доходов от 76% до 85% людей с тяжелыми психическими расстройствами не получают никакого лечения их состояний психического здоровья, а также что соответствующие цифры для стран с высоким уровнем доходов являются хоть и ниже - от 35% до 50%, - но также высокими;

признавая также, что некоторые психические расстройства могут быть предупреждены и что укрепление психического здоровья может осуществляться в рамках сектора здравоохранения и других секторах, помимо сектора здравоохранения;

выражая озабоченность в связи с тем, что лица с психическими расстройствами нередко подвергаются стигматизации, и подчеркивая необходимость работы органов здравоохранения с соответствующими группами для изменения отношения к психическим расстройствам;

отмечая также, что возрастает объем фактических данных об эффективности и экономической целесообразности мер укрепления психического здоровья и профилактики психических расстройств, особенно среди детей и подростков;

отмечая далее, что психическим расстройствам часто сопутствуют неинфекционные заболевания и ряд других нарушений здоровья первостепенной важности, включая ВИЧ/СПИД, здоровье матери и ребенка, а также насилие и травмы, и что психические расстройства часто сосуществуют с другими медицинскими и социальными факторами, такими как бедность, токсикомания и вредное употребление алкоголя, и что женщины и дети в большей степени подвержены воздействию насилия и жесткого обращения на бытовом уровне;

признавая, что некоторые группы населения проживают в условиях, которые делают их особенно уязвимыми к развитию психических расстройств и их последствий;

признавая также, что социальное и экономическое воздействие психических расстройств, включая психическую неполноценность, является разнообразным и имеет далеко идущие последствия;

принимая во внимание работу, уже проведенную ВОЗ по вопросам психического здоровья, в частности Программу действий по заполнению пробелов в области охраны психического здоровья,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

(1) в соответствии с национальными приоритетами и с учетом своих конкретных условий разработать и укрепить комплексную политику и стратегии, которые касаются укрепления психического здоровья, профилактики психических расстройств, а также раннего выявления, оказания помощи, поддержки, лечения и восстановления лиц с психическими расстройствами;

(2) включить в разработку политики и стратегий необходимость соблюдать права человека, бороться со стигматизацией, расширять права и возможности потребителей услуг, семей и сообществ, бороться с бедностью и бездомностью, устранять основные изменяемые факторы риска и, в соответствующих случаях, привлекать внимание общественности, создавать возможности для получения доходов, предоставлять жилье и образование, оказывать медицинскую помощь и применять меры на уровне общины, включая помощь вне специальных лечебных учреждений;

(3) разработать, в соответствующих случаях, системы надзора, которые включают факторы риска, а также социальные детерминанты здоровья для проведения оценки и анализа тенденций в отношении психических расстройств;

(4) уделять надлежащее приоритетное внимание вопросам психического здоровья и упорядочивать деятельность в этой области, включая укрепление психического здоровья, профилактику психических заболеваний и оказание помощи, поддержки и лечения в программах здравоохранения и развития, и выделять надлежащие ресурсы в этом отношении;

(5) сотрудничать с Секретариатом в разработке комплексного плана действий в области психического здоровья;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) усилить информационно-разъяснительную деятельность и разработать комплексный план действий в области психического здоровья с измеримыми результатами, основанный на оценке слабых мест и рисков, в консультации с государствами-членами и для рассмотрения ими, охватывающий службы, политику, законодательство, планы, стратегии и программы для предоставления лечения, содействия выздоровлению и профилактики психических расстройств, укрепления психического здоровья и для предоставления людям с психическими расстройствами возможности жить полной и продуктивной жизнью в общине;

(2) включить в комплексный план действий в области психического здоровья положения, направленные на:

(a) оценку слабых мест и рисков в качестве основы для разработки плана действий в области психического здоровья;

(b) защиту, обеспечение соблюдения и уважение прав людей с психическими расстройствами, включая необходимость бороться со стигматизацией лиц с психическими расстройствами;

(c) обеспечение справедливого доступа к приемлемым по стоимости, качественным и комплексным службам здравоохранения, включающим охрану психического здоровья на всех уровнях системы медико-санитарной помощи;

(d) подготовку компетентных, отзывчивых, адекватных кадровых ресурсов для оказания услуг в области психического здоровья на справедливой основе;

(e) обеспечение справедливого доступа к качественной медицинской помощи, включая психосоциальные меры и медикаментозное лечение, а также удовлетворение потребностей в охране физического здоровья;

(f) усиление инициатив, в том числе в рамках политики, по укреплению психического здоровья и профилактике психических расстройств;

(g) обеспечение доступа к образовательным и социальным службам, включая медико-санитарную помощь, школьное образование, обеспечение жильем, гарантию занятости и участие в программах по получению доходов;

(h) обеспечение участия организаций гражданского общества, лиц с психическими расстройствами, семей и лиц, осуществляющих уход, в выражении своего мнения и внесении вклада в процесс принятия решений;

(i) разработку и предоставление систем охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки, которые позволят обеспечить психическую устойчивость общества и будут помогать людям преодолевать трудности при чрезвычайных ситуациях гуманитарного характера;

(j) обеспечение участия людей с психическими расстройствами в жизни семьи и общества и гражданских делах;

(k) разработку механизмов, обеспечивающих участие секторов образования, занятости и других соответствующих секторов в государствах-членах в осуществлении плана действий в области психического здоровья;

(l) осуществление деятельности на основе уже проделанной работы и недопущение дублирования действий;

(3) сотрудничать с государствами-членами и, в соответствующих случаях, с международными, региональными и национальными неправительственными организациями, международными партнерами в области развития и партнерскими техническими учреждениями в разработке плана действий в области психического здоровья;

(4) работать с государствами-членами и техническими агентствами для содействия обмену научными кадрами, способствуя, таким образом, формированию политики в области охраны психического здоровья;

(5) представить комплексный план действий в области психического здоровья через Сто тридцать вторую сессию Исполнительного комитета для рассмотрения на Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

(Девятое пленарное заседание, 25 мая 2012 г. –
Комитет А, первый доклад)

WHA65.5 Полиомиелит: усиление деятельности в рамках глобальной инициативы по ликвидации¹

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад "Полиомиелит: усиление деятельности в рамках глобальной инициативы по ликвидации"²;

ссылаясь на резолюцию WHA61.1 "Полиомиелит: механизм преодоления потенциальных рисков для ликвидации", в которой Генеральному директору предлагается, в частности, разработать новую стратегию для придания нового импульса борьбе за ликвидацию полиомиелита и разработать соответствующие стратегии и продукцию для преодоления долгосрочных рисков повторного внедрения полиовируса и повторного возникновения полиомиелита, включая возможное прекращение использования оральной полиовирусной вакцины в программах регулярной иммунизации;

признавая необходимость быстрого предоставления финансовых ресурсов для ликвидации продолжающих циркулировать полиовирусов и для сведения к минимуму рисков повторного внедрения полиовируса и повторного возникновения полиомиелита после прекращения передачи дикого полиовируса;

отмечая вывод Независимого совета по мониторингу Глобальной инициативы по ликвидации полиомиелита, содержащийся в его докладе от октября 2011 г., о том, что "полиомиелит просто не будет ликвидирован, если его ликвидация не получит более высокого приоритета во многих пораженных полиомиелитом странах и во всем мире"³ и его рекомендацию в докладе от апреля 2011 г. о том, чтобы Всемирная ассамблея здравоохранения "рассмотрела резолюцию для объявления дальнейшего существования полиомиелита глобальной чрезвычайной ситуацией в области здравоохранения";

отмечая доклад о совещании в ноябре 2011 г. Стратегической консультативной группы экспертов по иммунизации, в котором она "недвусмысленно заявляет, что риск

¹ См. Приложение 5 о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюции.

² Документ A65/20.

³ Ликвидация полиомиелита. *Эпидемиологический еженедельник*, 2012, **87**(1):1-16.

неудачи в завершении глобальной ликвидации полиомиелита представляет собой программную чрезвычайную ситуацию глобальных масштабов для общественного здравоохранения и является неприемлемой ни при каких обстоятельствах"¹;

признавая необходимость для государств-членов участвовать на всех уровнях политического и гражданского общества, чтобы обеспечить вакцинацию всех детей в целях ликвидации полиомиелита;

отметив нынешнюю высокую стоимость и ограниченные запасы инактивированной полиовирусной вакцины, что сдерживает введение в практику и наращивание масштабов применения инактивированной полиовирусной вакцины, что в свою очередь приводит к серьезным последствиям для осуществления и финансирования программ в развивающихся странах;

отмечая доказанность технической осуществимости ликвидации полиомиелита посредством полного применения новых стратегических подходов;

отмечая, что дальнейшая передача полиовируса, где бы она ни происходила, продолжит создавать риск для районов, избавленных от полиомиелита, до тех пор, пока не будет прекращена вся передача полиовируса во всем мире,

1. ЗАЯВЛЯЕТ, что завершение ликвидации полиовируса является программной чрезвычайной ситуацией для глобального общественного здравоохранения, требующей полного осуществления текущих и новых стратегий ликвидации, учреждения сильных национальных механизмов контроля и подотчетности для всех районов, затронутых полиовирусом, и выполнения рекомендаций в отношении надлежащей вакцинации всех лиц, совершающих поездки в районы, инфицированные полиовирусом, и из этих районов²;

2. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены, в которых происходит передача полиовируса, объявить такую передачу "национальной чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения", с тем чтобы ликвидация полиовируса стала национальной приоритетной программой, требующей разработки и полного осуществления чрезвычайных планов действий, обновляемых каждые шесть месяцев, до тех пор, пока не будет прекращена передача полиовируса;

3. ПРИЗЫВАЕТ все государства-члены:

(1) устранить районы, неохваченные иммунизацией, и поддерживать среди населения очень высокий иммунитет против полиовирусов с помощью программ регулярной иммунизации и, в случае необходимости, мероприятий по дополнительной иммунизации;

¹ Ликвидация полиомиелита. *Эпидемиологический еженедельник*, 2012, **87**(1):1-16.

² *Международные поездки и здоровье*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, издание 2012 г.

(2) сохранять бдительность в отношении случаев завоза полиовируса и возникновения циркуляции полиовирусов вакцинного происхождения посредством достижения и поддержания сертификации стандартного эпиднадзора за полиовирусами и регулярной оценки связанного с ними риска;

(3) в неотложном порядке предоставить финансовые ресурсы, требуемые для полного и непрерывного применения до конца 2013 г. стратегических подходов, необходимых для прекращения передачи дикого полиовируса во всем мире, и начать планирование для финансирования до конца 2018 г. стратегии окончательной ликвидации полиомиелита;

(4) наладить многостороннее и двустороннее сотрудничество, включая обмен эпидемиологической информацией и данными лабораторного мониторинга и одновременное проведение, в соответствующих случаях, дополнительных мероприятий по иммунизации;

4. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) запланировать повторное осуществление в 2013 г. подходов к ликвидации диких полиовирусов, изложенных в Стратегическом плане на 2010-2012 гг. Глобальной инициативы по ликвидации полиомиелита, и любых новых тактических приемов, признанных необходимыми для завершения ликвидации, включая укрепление существующей инициативы по ликвидации в рамках Организации;

(2) усилить механизмы подотчетности и мониторинга для обеспечения оптимального осуществления стратегий ликвидации на всех уровнях;

(3) предпринять разработку, научную проверку и быстрое завершение стратегии полной и окончательной ликвидации полиомиелита и информировать государства-члены о потенциальных сроках перехода от трехвалентной к двухвалентной оральной полиовирусной вакцине для всех программ регулярной иммунизации; и предусмотреть бюджетные сценарии до конца 2018 г., которые включают компонент управления риском;

(4) координировать работу соответствующих партнеров, включая изготовителей вакцин, в порядке оказания содействия научным исследованиям, производству и поставкам вакцины, в частности инактивированной полиовирусной вакцины, в целях обеспечения большей приемлемости по цене, эффективности и доступности;

(5) продолжить мобилизацию и использование необходимых финансовых и кадровых ресурсов для применения стратегических подходов, требуемых до 2013 г. включительно для ликвидации дикого полиовируса, а также для осуществления в перспективе стратегии возможной полной ликвидации полиовируса до конца 2018 г.;

(б) представить доклад Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, а также на двух последующих сессиях Ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет о ходе осуществления настоящей резолюции.

(Десятое пленарное заседание, 26 мая 2012 г. –
Комитет А, третий доклад)

WHA65.6 Комплексный план осуществления деятельности: питание матерей и детей грудного и раннего возраста¹

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о питании матерей и детей грудного и раннего возраста: проект комплексного плана осуществления деятельности²,

1. УТВЕРЖДАЕТ всеобъемлющий план осуществления деятельности в области питания матерей и детей грудного и раннего возраста³;

2. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены⁴ внедрять в практику, в соответствующих случаях, всеобъемлющий план осуществления деятельности в области питания матерей и детей грудного и раннего возраста, включая:

(1) разработку или, в случае необходимости, укрепление мер политики в области питания, чтобы они всесторонне учитывали двойное бремя недостаточности питания и включали действия в отношении питания в общую политику стран в областях здравоохранения и развития, а также создание эффективных межсекторальных механизмов стратегического руководства, с тем чтобы расширить осуществление действий в области питания, уделяя особое внимание основам глобальной стратегии по питанию детей грудного и раннего возраста;

(2) разработку или, в случае необходимости, укрепление законодательных, регулирующих и/или других эффективных мер по контролю сбыта заменителей грудного молока;

(3) установление диалога с соответствующими национальными и международными сторонами и формирование альянсов и партнерств для

¹ См. Приложение 5 о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюции.

² Документ A65/11.

³ Приложение 2.

⁴ И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

расширения практических мер в области питания, создавая адекватные механизмы обеспечения защиты от возможного конфликта интересов;

(4) применение всестороннего подхода к созданию потенциала, включая развитие трудовых ресурсов;

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) представить разъяснения и руководящие указания в отношении ненадлежащих форм продвижения сбыта продуктов питания для детей грудного и раннего возраста, упомянутых в резолюции WHA63.23, с учетом текущей работы Комиссии по Кодекс Алиментариус;

(2) оказывать поддержку государствам-членам в мониторинге и оценке политики и программ, в том числе в рамках глобальной стратегии по питанию детей грудного и раннего возраста с учетом новейших фактических данных по вопросам питания;

(3) разработать механизмы оценки рисков, информирования о них и управления ими для обеспечения защиты от возможного возникновения конфликта интересов при разработке политики и осуществлении программ в области питания в соответствии с общей политикой и практикой ВОЗ;

(4) представить доклад через Исполнительный комитет Шестьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения о ходе реализации всестороннего плана осуществления вместе с докладом об осуществлении Кодекса сбыта заменителей грудного молока и соответствующих резолюций Ассамблеи здравоохранения.

(Десятое пленарное заседание, 26 мая 2012 г. –
Комитет А, третий доклад)

WHA65.7 Выполнение рекомендаций Комиссии по информации и подотчетности в отношении охраны здоровья женщин и детей¹

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о выполнении рекомендаций Комиссии по информации и подотчетности в отношении охраны здоровья женщин и детей²;

напоминая резолюции WHA63.15 о мониторинге достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем, и WHA64.12 о роли ВОЗ в деятельности

¹ См. Приложение 5 о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюции.

² Документ A65/15.

по итогам пленарного заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, посвященного Целям тысячелетия в области развития (Нью-Йорк, сентябрь 2010 г.);

выражая глубокую обеспокоенность по поводу неадекватного прогресса в достижении Целей тысячелетия в области развития 4 и 5, касающихся, соответственно, сокращения детской смертности и улучшения материнского здоровья;

признавая, что для достижения Целей тысячелетия в области развития необходимо сделать гораздо больше, так как прогресс является неравномерным между регионами, а также между странами и внутри стран, несмотря на значительные усилия, предпринятые развивающимися странами;

признавая обещания и обязательства, сделанные значительным количеством государств-членов и партнеров в отношении Глобальной стратегии Генерального секретаря Организации Объединенных Наций по охране здоровья женщин и детей с момента ее объявления в сентябре 2010 г.;

одобряя окончательный доклад Комиссии по информации и подотчетности в отношении охраны здоровья женщин и детей и содержащиеся в нем решительные рекомендации, направленные на усиление подотчетности за ресурсы и результаты в отношении здоровья женщин и детей;

высоко оценивая работу и вклады Комиссии по информации и подотчетности в отношении охраны здоровья женщин и детей, включая, в частности разработку системы подотчетности, основанной на трех взаимосвязанных процессах – мониторинге, рассмотрении и действии;

отмечая, что основные рекомендации относятся к укреплению национальных процессов подотчетности в отношении как ресурсов, так и мониторинга результатов;

одобряя шаги, предпринятые для выполнения рекомендаций Комиссии по информации и подотчетности в отношении охраны здоровья женщин и детей, включая разработку предназначенного для многих участников плана работы по реализации системы подотчетности;

одобряя создание глобального механизма рассмотрения, который будет ежегодно отчитываться перед Генеральным секретарем Организации Объединенных Наций;

вновь подтверждая ключевую роль ВОЗ в осуществлении и выполнении рекомендаций Комиссии по информации и подотчетности в отношении охраны здоровья женщин и детей и признавая, в частности, важную роль Генерального директора,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены выполнить свои обязательства в отношении Глобальной стратегии Генерального секретаря Организации Объединенных Наций по охране здоровья женщин и детей и укреплять далее усилия по улучшению здоровья женщин и детей;

2. ПРИЗЫВАЕТ ТАКЖЕ государства-члены выполнить рекомендации, сделанные Комиссией по информации и подотчетности в отношении охраны здоровья женщин и детей для улучшения подотчетности за результаты и ресурсы посредством:

- (1) укрепления механизмов подотчетности за здоровье в своих странах;
- (2) укрепления своего потенциала для мониторинга, в том числе с использованием местных фактических данных, и оценки прогресса для повышения эффективности своей деятельности;
- (3) содействия укреплению и гармонизации существующих международных механизмов для отслеживания прогресса в отношении всех взятых обязательств;

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

- (1) работать с государствами-членами и оказывать им поддержку в полном выполнении рекомендаций;
- (2) обеспечить эффективное участие ВОЗ в сотрудничестве со всеми заинтересованными сторонами в плане работы по выполнению рекомендаций Комиссии по информации и подотчетности в отношении охраны здоровья женщин и детей;
- (3) оказывать поддержку независимой Группе экспертов по рассмотрению в ее работе по оценке прогресса в отношении Глобальной стратегии Генерального секретаря Организации Объединенных Наций по охране здоровья женщин и детей и осуществления системы подотчетности;
- (4) докладывать ежегодно до 2015 г. Всемирной ассамблее здравоохранения через Исполнительный комитет о прогрессе, достигнутом в выполнении рекомендаций Комиссии по информации и подотчетности в отношении охраны здоровья женщин и детей в связи с пунктом повестки дня, касающимся Целей тысячелетия в области развития.

(Десятое пленарное заседание, 26 мая 2012 г. –
Комитет А, третий доклад)

WHA65.8 Итоги Всемирной конференции по социальным детерминантам здоровья¹

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад по социальным детерминантам здоровья: итоги Всемирной конференции по социальным детерминантам здоровья (Рио-де-Жанейро, Бразилия, октябрь 2011 г.)¹;

¹ См. Приложение 5 о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюции.

вновь подтверждая нашу решимость предпринять действия в отношении социальных детерминант здоровья, как это было коллективно согласовано Всемирной ассамблеей здравоохранения и нашло отражение в резолюции WHA62.14 об уменьшении несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья, в которой отмечаются три всеобъемлющие рекомендации Комиссии по социальным детерминантам здоровья: улучшение повседневных условий жизни; решение проблемы несправедливого распределения власти, денег и ресурсов; и количественное определение и понимание данной проблемы и оценка воздействия соответствующих мер;

признавая необходимость сделать больше для ускорения прогресса в решении проблемы несправедливого распределения ресурсов здравоохранения, а также условий, наносящих ущерб охране здоровья на всех уровнях;

признавая также необходимость охраны здоровья населения, невзирая на глобальные экономические спады;

признавая далее, что справедливость в отношении здоровья является общей целью и обязанностью и предполагает необходимость вовлечения всех секторов государственного управления, всех сегментов общества и всех членов международного сообщества в глобальных действиях "все за справедливость" и "здоровье для всех";

признавая преимущества всеобщего охвата медицинской помощью в условиях укрепления справедливости в отношении здоровья и уменьшения обнищания;

вновь подтверждая наличие политической воли сделать справедливость в отношении здоровья национальной, региональной и глобальной целью и решить текущие задачи, такие как ликвидация голода и нищеты; обеспечение продовольственной безопасности и безопасности пищевых продуктов; обеспечение доступа к приемлемым по цене, безопасным, эффективным и качественным лекарственным средствам, а также к безопасной питьевой воде и санитарии, обеспечение занятости, а также достойной работы и социальной защиты; охрана окружающей среды; и обеспечение справедливого экономического роста посредством решительного воздействия на социальные детерминанты здоровья во всех секторах и на всех уровнях;

одобряя дискуссии и результаты Всемирной конференции по социальным детерминантам здоровья (Рио-де-Жанейро, Бразилия, 19-21 октября 2011 г.),

1. ОДОБРЯЕТ Рио-де-Жанейрскую политическую декларацию по социальным детерминантам здоровья, принятую на Всемирной конференции по социальным

¹ Документ A65/16.

детерминантам здоровья¹, в том числе в качестве ключевого вклада в работу государств-членов² и Секретариата ВОЗ;

2. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены³:

(1) выполнить обязательства, взятые в Рио-де-Жанейрской политической декларации по социальным детерминантам здоровья в отношении (i) улучшения стратегического руководства в интересах здоровья и развития, (ii) расширения участия в разработке и осуществлении политики, (iii) дальнейшей переориентации сектора здравоохранения на уменьшение несправедливости в отношении здоровья, (iv) укрепления глобального стратегического руководства и сотрудничества и (v) мониторинга прогресса и усиления подотчетности;

(2) разработать и оказывать поддержку политике, стратегиям, программам и планам действий в отношении социальных детерминант здоровья с четко определенными целями, мероприятиями и механизмами подотчетности и с ресурсами для их осуществления;

(3) оказывать поддержку дальнейшему развитию «здравоохранения во всех политических подходах» в качестве средства содействия справедливости в отношении здоровья;

(4) создавать потенциал среди лиц, определяющих политику, руководителей и работников программ в секторе здравоохранения и в других секторах в целях содействия работе над социальными детерминантами здоровья;

(5) надлежащим образом учитывать социальные детерминанты здоровья в рамках обсуждений вопросов устойчивого развития, в частности на Конференции Организации Объединенных Наций по устойчивому развитию «Рио+20», и во время других обсуждений Организации Объединенных Наций, касающихся охраны здоровья;

3. ПРИЗЫВАЕТ международное сообщество оказывать поддержку выполнению обязательств, взятых в Рио-де-Жанейрской политической декларации по социальным детерминантам здоровья в отношении действий по социальным детерминантам здоровья, в том числе посредством:

(1) поддержки лидирующей роли ВОЗ в стратегическом руководстве глобальным здравоохранением и в содействии согласованию политики, планов и деятельности по социальным детерминантам здоровья вместе с ее организациями-партнерами системы Организации Объединенных Наций, банками развития и другими ключевыми международными организациями, в том числе в совместной

¹ См. документ EB130/2012/REC/1, Приложение 3.

² И, в соответствующих случаях, региональных организаций экономической интеграции.

³ И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

информационно-пропагандистской деятельности и в содействии доступу к финансовой и технической поддержке стран и регионов, особенно развивающихся стран;

(2) укрепления международного сотрудничества с целью содействия справедливости в отношении здоровья во всех странах посредством обеспечения передачи на взаимно согласованных условиях опыта, технологий и научных данных в области социальных детерминант здоровья, а также обмена современной практикой в целях управления разработкой межсекторальной политики;

(3) содействия доступу к финансовым ресурсам;

4. ПРИЗЫВАЕТ те развитые страны, которые взяли обязательство достичь к 2015 г. цели выделения 0,7% валового национального продукта на официальную помощь в целях развития, и те развитые страны, которые еще не сделали этого, предпринять дополнительные конкретные усилия для выполнения обязательств в этом отношении, а также призывает развивающиеся страны строить свою работу на результатах, достигнутых в обеспечении эффективного использования официальной помощи в целях развития для достижения поставленных целей и решения задач в области развития;

5. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) надлежащим образом учитывать социальные детерминанты здоровья при оценке глобальных потребностей в отношении здоровья, включая процесс реформы ВОЗ и будущую работу ВОЗ;

(2) оказывать поддержку государствам-членам в осуществлении Рио-де-Жанейрской политической декларации по социальным детерминантам здоровья с помощью таких подходов, как "принятие во внимание вопросов охраны здоровья во всех направлениях политики", в целях воздействия на социальные детерминанты здоровья;

(3) работать в тесном сотрудничестве с другими организациями системы Организации Объединенных Наций в информационно-пропагандистской деятельности, научно-исследовательской работе, создании потенциала и оказании непосредственной технической поддержки государствам-членам для работы над социальными детерминантами здоровья;

(4) продолжить информирование и пропагандирование важности включения вопросов, касающихся социальных детерминант здоровья, в предстоящие совещания Организации Объединенных Наций и другие совещания высокого уровня, связанные со здоровьем и/или социальным развитием;

(5) представить доклад Шестьдесят шестой и Шестьдесят восьмой сессиям Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет о ходе осуществления данной резолюции и Рио-де-Жанейрской политической декларации по социальным детерминантам здоровья.

(Десятое пленарное заседание, 26 мая 2012 г. –
Комитет А, третий доклад)

WHA65.9 Медико-санитарные условия проживания населения на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах¹

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

принимая во внимание основной принцип, сформулированный в Уставе ВОЗ, согласно которому здоровье всех народов является основным фактором в достижении мира и безопасности;

ссылаясь на все свои предыдущие резолюции по медико-санитарным условиям проживания населения на оккупированной палестинской территории и других оккупированных арабских территориях;

принимая к сведению доклад Секретариата о медико-санитарных условиях проживания населения на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах²;

подчеркивая основную роль БАПОР в оказании жизненно важных медико-санитарных и просветительских услуг на оккупированной палестинской территории, особенно в удовлетворении неотложных потребностей в секторе Газа;

выражая свою обеспокоенность по поводу ухудшения экономических и медико-санитарных условий, а также гуманитарного кризиса в результате продолжающейся оккупации и жестких ограничений, введенных Израилем – оккупирующей державой;

подтверждая необходимость гарантирования всеобщего охвата медико-санитарными услугами и сохранения работоспособности служб общественного здравоохранения на оккупированной палестинской территории;

признавая тот факт, что острая нехватка финансовых и медицинских ресурсов у палестинского Министерства здравоохранения, которое отвечает за функционирование и финансирование служб общественного здравоохранения, ставит под угрозу доступ палестинского населения к лечебным и профилактическим услугам;

подтверждая право палестинских пациентов, медицинского персонала и машин скорой помощи на доступ к палестинским учреждениям здравоохранения в оккупированном восточном Иерусалиме;

подтверждая, что в настоящее время блокада продолжается и что пропускные пункты полностью и окончательно не являются открытыми, означая, что кризис и страдания населения, начавшиеся до нападения Израиля на сектор Газа, продолжаются,

¹ См. Приложение 5 о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюции.

² Документ A65/27 Rev.1.

препятствуя усилиям Министерства здравоохранения Палестинской администрации, направленным на восстановление учреждений, разрушенных в ходе военных операций, проведенных Израилем в конце 2008 г. и в 2009 г.;

выражая глубокую обеспокоенность в связи с серьезным воздействием стены на доступность и качество медико-санитарных услуг, получаемых палестинским населением на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим,

1. ТРЕБУЕТ, чтобы Израиль - оккупирующая держава:

(1) немедленно прекратил блокаду оккупированной палестинской территории, в частности перекрытие пропускных пунктов в оккупированном секторе Газа, что вызывает серьезную нехватку лекарственных средств и медицинских материалов на этой территории;

(2) отказался от своей политики и мер, которые привели к созданию существующих крайне тяжелых медико-санитарных условий и острой нехватке продовольствия и топлива в секторе Газа;

(3) соблюдал Консультативное заключение, вынесенное 9 июля 2004 г. Международным судом, в отношении стены, которая, в частности, оказывает серьезное воздействие на доступность и качество медико-санитарных услуг, получаемых палестинским населением на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим;

(4) способствовал доступу палестинских пациентов, медицинских сотрудников и машин скорой помощи в палестинские медико-санитарные учреждения в оккупированном восточном Иерусалиме и за границей;

(5) улучшал жилищные и медико-санитарные условия для палестинских заключенных, особенно детей, женщин и пациентов, и обеспечивал задержанным лицам, страдающим от серьезных медицинских состояний, которые ухудшаются с каждым днем, необходимое медицинское лечение, а также облегчал проезд персонала и поступление лекарственных средств и медицинского оборудования на оккупированную палестинскую территорию;

(6) проявлял уважение и облегчал выполнение мандата и работу БАПОР и других международных организаций и обеспечивал свободное передвижение их сотрудников и средств оказания помощи;

2. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены и межправительственные и неправительственные организации:

(1) содействовать преодолению медико-санитарного кризиса на оккупированной палестинской территории посредством оказания помощи палестинскому народу;

- (2) содействовать удовлетворению неотложных медико-санитарных и гуманитарных потребностей, а также важнейших потребностей в области здравоохранения в среднесрочном и долгосрочном плане, которые определены в докладе Генерального директора о специализированной миссии по вопросам здравоохранения, направленной в сектор Газа¹;
- (3) призывает международное сообщество оказать давление на правительство Израиля в целях снятия блокады оккупированного сектора Газа, чтобы избежать там серьезного углубления гуманитарного кризиса, и способствовать отмене ограничений и препятствий, налагаемых на палестинский народ, в том числе для свободного передвижения людей и медицинского персонала на оккупированной палестинской территории, и вынудить Израиль соблюдать свои правовые и моральные обязанности и обеспечить осуществление в полном объеме основных прав человека гражданским населением оккупированной палестинской территории, особенно в восточном Иерусалиме;
- (4) напомнить Израилю – оккупирующей державе – о необходимости соблюдать Четвертую Женевскую конвенцию, касающуюся защиты гражданского населения во время войны, от 1949 г., которая применима к оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим;
- (5) призывает все международные организации по правам человека оказать в неотложном и безотлагательном порядке воздействие на Израиль – оккупирующую державу – и добиться от него обеспечения надлежащего медицинского лечения палестинских заключенных и задержанных лиц, страдающих от серьезных медицинских состояний, которые ухудшаются с каждым днем, и призывает организации гражданского общества оказать давление на Израиль – оккупирующую державу, – чтобы спасти жизни задержанных лиц и обеспечить незамедлительное освобождение тяжелобольных, и предоставить им внешнее лечение, и позволить палестинским женщинам-заключенным получать услуги по охране материнства и последующее медицинское наблюдение во время беременности, родов и послеродового ухода, и позволить им рожать в здоровых и гуманных условиях в присутствии их родственников и членов семьи, и незамедлительно освободить всех детей, находящихся в заключении в израильских тюрьмах;
- (6) оказывать поддержку и помощь палестинскому Министерству здравоохранения в выполнении им обязанностей, включая обеспечение функционирования и финансирования служб общественного здравоохранения;
- (7) обеспечить финансовую и техническую поддержку палестинским медико-санитарным и ветеринарным службам;

¹ Документ A62/24 Add.1.

3. **ВЫРАЖАЕТ** глубокую признательность международному сообществу доноров за его поддержку палестинского народа в различных областях и призывает страны-доноры и международные организации в области здравоохранения продолжать свои усилия по обеспечению оказания необходимой политической и финансовой поддержки, чтобы создать возможности для осуществления плана Палестинской администрации в области здравоохранения на 2008-2010 гг., и создать соответствующие политические условия для осуществления плана прекращения оккупации и создания государства Палестины, как это предлагается правительством Палестины, которое прилагает серьезные усилия по созданию надлежащих условий для его осуществления;

4. **ВЫРАЖАЕТ** глубокую признательность Генеральному директору за ее усилия по оказанию необходимой помощи палестинскому народу на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим, а также сирийскому населению на оккупированных сирийских Голанских высотах;

5. **ПРЕДЛАГАЕТ** Генеральному директору:

(1) оказывать поддержку палестинским медико-санитарным и ветеринарным службам, в том числе по созданию потенциала;

(2) поддерживать создание медицинских учреждений и обеспечивать связанную с охраной здоровья техническую помощь сирийскому населению на оккупированных сирийских Голанских высотах;

(3) продолжать оказание необходимой технической помощи в целях удовлетворения медико-санитарных потребностей палестинского народа, в том числе инвалидов и раненых;

(4) оказывать также поддержку палестинским медико-санитарным и ветеринарным службам в подготовке к необычным чрезвычайным ситуациям;

(5) поддерживать развитие системы здравоохранения на оккупированной палестинской территории, включая развитие кадровых ресурсов;

(6) представить доклад о выполнении настоящей резолюции Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

(Десятое пленарное заседание, 26 мая 2012 г. –

Комитет В, первый доклад)

**WHA65.10 Финансовый отчет и ревизованные финансовые отчеты за период
1 января 2010 г. – 31 декабря 2011 г.**

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев Финансовый отчет и ревизованные финансовые отчеты за период 1 января 2010 г. – 31 декабря 2011 г.¹;

¹ Документ A65/29.

приняв к сведению доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения¹;

ПРИНИМАЕТ подготовленный Генеральным директором Финансовый отчет и ревизованные финансовые отчеты за период 1 января 2010 г. – 31 декабря 2011 года.

(Десятое пленарное заседание, 26 мая 2012 г. –
Комитет В, первый доклад)

WHA65.11 Состояние поступления обязательных взносов, включая вопрос о государствах-членах, имеющих такую задолженность по взносам, которая оправдывала бы применение Статьи 7 Устава

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклады о состоянии поступления обязательных взносов², включая вопрос о государствах-членах, имеющих такую задолженность по взносам, которая оправдывала бы применение Статьи 7 Устава³;

отмечая, что на момент открытия Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения временно были лишены права голоса Центральноафриканская Республика, Коморские Острова, Гвинея-Бисау, Сомали и Таджикистан и что такое лишение прав будет продолжаться до тех пор, пока задолженность государств-членов не будет сокращена до уровня ниже того, который оправдывал бы применение Статьи 7 Устава, и это относится к нынешней или будущей сессиям Ассамблеи здравоохранения;

отмечая, что Афганистан, Бангладеш, Гамбия, Гренада, Микронезия (Федеративные Штаты), Сент-Люсия, Судан и бывшая югославская Республика Македония на момент открытия Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения имели задолженность в таких размерах, что Ассамблее здравоохранения пришлось рассмотреть, в соответствии со Статьей 7 Устава, вопрос о том, не лишать ли временно Афганистан и Гренаду права голоса с момента открытия Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, а остальные государства-члены – с момента открытия Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения,

¹ Документ A65/45.

² Документы A65/30 и A65/46.

³ Документ A65/30.

ПОСТАНОВЛЯЕТ:

(1) что, в соответствии с принципами, изложенными в резолюции WHA41.7, если к моменту открытия Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения Бангладеш, Гамбия, Микронезия (Федеративные Штаты), Сент-Люсия, Судан и бывшая югославская Республика Македония все еще будут иметь задолженности по своим обязательным взносам в размерах, которые оправдывали бы применение Статьи 7 Устава, они будут временно лишены права голоса с момента указанного открытия; и, в соответствии с резолюциями WHA59.6 и WHA64.19, если ко времени открытия Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения Афганистан и Гренада, соответственно, все еще будут иметь задолженности в выплате причитающихся с них реструктурированных взносов, они будут автоматически временно лишены права голоса.

(2) что любое временное лишение права, которое вступит в силу, как это указано выше в подпункте (1), будет продолжаться на Шестьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения и последующих сессиях Ассамблеи здравоохранения до тех пор, пока задолженности Афганистана, Бангладеш, Гамбии, Гренады, Микронезии (Федеративных Штатов), Сент-Люсии, Судана и бывшей югославской Республики Македонии не сократятся ниже суммы, оправдывающей применение Статьи 7 Устава;

(3) что это решение нисколько не ущемляет права любого государства-члена обратиться с просьбой о восстановлении права голоса в соответствии со Статьей 7 Устава.

(Десятое пленарное заседание, 26 мая 2012 г. –
Комитет В, первый доклад)

**WHA65.12 Специальные соглашения об урегулировании задолженностей:
бывшая Югославия**

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

признав, что оставшаяся задолженность бывшей Югославии за период с 1991 по 2000 год, составляющая 5 532 592 долл. США, была уже полностью оговорена, и принимая к сведению резолюцию 63/249 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, касающуюся невыплаченных обязательных взносов бывшей Югославии¹;

¹ См. документы A65/30 и A65/46.

ПОСТАНОВЛЯЕТ, в соответствии с Финансовым положением 13.6, утвердить списание невыплаченной задолженности бывшей Югославии за период с 1991 по 2000 год в размере 5 532 592 долл. США.

(Десятое пленарное заседание, 26 мая 2012 г. –
Комитет В, первый доклад)

WHA65.13 Отчет Внешнего ревизора

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,
рассмотрев отчет Внешнего ревизора Ассамблеи здравоохранения¹;

приняв к сведению доклад Комитета Исполкома по программным, бюджетным и административным вопросам Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения²;

ПРИНИМАЕТ отчет Внешнего ревизора Ассамблеи здравоохранения.

(Десятое пленарное заседание, 26 мая 2012 г. –
Комитет В, первый доклад)

WHA65.14 Оклады сотрудников на неклассифицируемых должностях и Генерального директора

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

принимая к сведению рекомендации Исполнительного комитета в отношении вознаграждения сотрудников на неклассифицируемых должностях и Генерального директора³,

1. УСТАНОВЛИВАЕТ оклады брутто Помощников Генерального директора и региональных директоров в сумме 172 071 долл. США в год без учета налогообложения персонала, что составляет измененный чистый оклад в сумме 133 950 долл. США (при наличии иждивенцев) или 121 297 долл. США (без иждивенцев);
2. УСТАНОВЛИВАЕТ оклад брутто заместителя Генерального директора в сумме 189 349 долл. США в год без учета налогообложения персонала, что составляет

¹ Документ A65/32.

² Документ A65/47.

³ См. документ A65/36.

измененный чистый оклад в 146 044 долл. США (при наличии иждивенцев) или 131 432 долл. США (без иждивенцев);

3. УСТАНАВЛИВАЕТ оклад брутто Генерального директора в сумме 232 859 долл. США в год без учета налогообложения персонала, что составляет измененный чистый оклад в 176 501 долл. США (при наличии иждивенцев) или 156 964 долл. США (без иждивенцев);

4. ПОСТАНОВЛЯЕТ ввести в действие эти коррективы к вознаграждению с 1 января 2012 года.

(Десятое пленарное заседание, 26 мая 2012 г. –
Комитет В, второй доклад)

WHA65.15 Выборы Генерального директора Всемирной организации здравоохранения: доклад Рабочей группы

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

руководствуясь целями и принципами, изложенными в Уставе Организации Объединенных Наций, в частности в пункте 3 Статьи 101;

принимая во внимание Устав Всемирной организации здравоохранения, включая Статью 31;

напоминая резолюцию EB128.R14 о выборах Генерального директора Всемирной организации здравоохранения, учредившую ограниченную во времени и ориентированную на результаты рабочую группу по процессу и методам выборов Генерального директора Всемирной организации здравоохранения в целях повышения объективности, транспарентности и справедливости среди государств-членов шести регионов Организации в связи с процессом выдвижения кандидатур и назначения Генерального директора Всемирной организации здравоохранения;

вновь подтверждая, что в процессе отбора и выдвижения кандидатур и назначения Генерального директора первостепенное значение имеет квалификация кандидатов, и что следует обратить должное внимание на важность принятия на работу будущих Генеральных директоров на как можно более широкой географической основе из государств-членов шести регионов Организации;

вновь подтверждая чрезвычайно важную роль Исполнительного комитета в тщательном изучении и процессе выдвижения кандидатур и Всемирной ассамблеи здравоохранения в выборе и назначении Генерального директора и, следовательно, необходимость рассмотреть способы усиления и улучшения соответствующих элементов этих процедур;

рассмотрев доклад Рабочей группы государств-членов по процессу и методам выборов Генерального директора Всемирной организации здравоохранения¹,

1. ПОСТАНОВЛЯЕТ, что:

(а) во всем процессе выдвижения кандидатур, выборов и назначения Генерального директора Всемирной организации здравоохранения должное внимание будет уделяться принципу справедливой географической представленности, памятуя о том, что кандидаты, назначавшиеся на этот пост до настоящего времени, являлись представителями только трех из шести регионов Организации, и что при выборе и назначении Генерального директора следует продолжать уделять чрезвычайно важное внимание необходимости обеспечивать наивысший уровень эффективности, компетентности и добросовестности;

(б) Исполнительный комитет будет выдвигать кандидатуры трех кандидатов на рассмотрение Ассамблеи здравоохранения для назначения на пост Генерального директора Всемирной организации здравоохранения, обращая при этом должное внимание на справедливую географическую представленность;

(с) в исключительных обстоятельствах, при которых вышеизложенное будет практически невыполнимым, например, в случае наличия только одного или двух кандидатов, Исполнительный комитет может решить выдвинуть на рассмотрение Ассамблеи здравоохранения менее трех кандидатов для назначения на пост Генерального директора Всемирной организации здравоохранения;

(д) в соответствии с рекомендацией 7² доклада Объединенной Инспекционной Группы «Отбор и условия службы исполнительных глав организаций системы Организации Объединенных Наций»³, кодекс поведения, который кандидаты на пост Генерального директора Всемирной организации здравоохранения и государства-члены должны соблюдать и уважать, будет разработан Секретариатом и представлен на рассмотрение Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет;

(е) будет создан открытый для всех государств-членов⁴ форум кандидатов, предоставляющий кандидатам не предназначенную для принятия решений платформу, на которой они смогут на равноправной основе представить себя и свое видение государствам-членам; условия проведения форума кандидатов будут

¹ Документ А65/38.

² Рекомендация 7: “Руководящим/директивным органам организаций системы Организации Объединенных Наций следует осудить и запретить такие неэтичные виды практики, как обещания, протекция, приглашения, подарки и т.д. со стороны кандидатов на должность исполнительного главы или поддерживающих их правительств в ходе отборочной/ избирательной кампании в обмен на голоса за определенных кандидатов”.

³ Документ JIU/REP/2009/8.

⁴ И, в соответствующих случаях, региональных организаций экономической интеграции.

разработаны Секретариатом для рассмотрения на Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет;

(f) Исполнительный комитет обеспечит соответствие выдвинутых кандидатов следующим критериям, подчеркивая первостепенное значение профессиональной квалификации и добросовестности, а также необходимость должным образом учитывать справедливую географическую представленность и гендерный баланс в процессе, ведущем к выдвижению кандидата (кандидатов), который будет представлен Ассамблее здравоохранения; он или она должны обладать:

- (1) значительным техническим опытом в области здравоохранения, включая опыт в области общественного здравоохранения;
- (2) знанием международного здравоохранения и широким опытом работы в международном здравоохранении;
- (3) демонстрируемыми навыками и опытом лидерства;
- (4) отличными навыками в области коммуникаций и информационно-разъяснительной работы;
- (5) демонстрируемой компетенцией в области организационного руководства;
- (6) восприимчивостью к культурным, социальным и политическим различиям;
- (7) сильной приверженностью миссии и целям ВОЗ;
- (8) хорошим состоянием здоровья, требуемым от всех сотрудников Организации;
- (9) достаточными навыками владения по крайней мере одним из официальных рабочих языков Исполнительного комитета и Ассамблеи здравоохранения;

(g) надлежащее средство (средства) для усиления эффективного применения Исполнительным комитетом пересмотренного списка критериев будет разработано Секретариатом для рассмотрения на Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет;

(h) оценка, открытая для всех государств-членов¹, будет проведена Исполнительным комитетом² в течение одного года после назначения

¹ И, в соответствующих случаях, для региональных организаций экономической интеграции.

² Этот пункт повестки дня должен быть рассмотрен на открытом заседании, как указано в Статье 7 (b) Правил процедуры Исполнительного комитета.

следующего Генерального директора Всемирной организации здравоохранения для определения эффективности пересмотренных процессов и методов, с тем чтобы обсудить любые потребности в отношении дальнейшего повышения объективности, транспарентности и справедливости среди государств-членов шести регионов ВОЗ;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Исполнительному комитету осуществить все положения, изложенные в пункте 1 выше, и представить доклад о выполнении настоящей резолюции Шестидесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, за исключением доклада, упомянутого в пункте 1(h), который будет представлен на более поздней сессии Ассамблеи здравоохранения;

3. ПРЕДЛАГАЕТ ДАЛЕЕ Исполнительному комитету при выполнении пункта 2 учитывать, что некоторые из существующих процедур Исполнительного комитета и Ассамблеи здравоохранения, такие как использование тайного голосования, краткого списка, простого голосования и интервью с кандидатами, доказали свою полезность и эффективность, и их применение должно продолжаться; Исполнительный комитет рассмотрит также вопрос о том, что Генеральный директор должен назначаться в результате четкого и безусловного большинства на Ассамблее здравоохранения;

4. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору предложить Исполнительному комитету внести поправки в Правила процедуры Исполнительного комитета с целью осуществления настоящей резолюции.

(Десятое пленарное заседание, 26 мая 2012 г. –
Комитет В, второй доклад)

WHA65.16 Соглашение с Комиссией Африканского союза

Шестидесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о соглашениях с межправительственными организациями¹;

принимая во внимание Статью 70 Устава Всемирной организации здравоохранения,

УТВЕРЖДАЕТ предлагаемое соглашение между Комиссией Африканского союза и Всемирной организацией здравоохранения².

Десятое пленарное заседание, 26 мая 2012 г. –
Комитет В, второй доклад)

¹ Документ A65/42.

² См. Приложение 3.

WHA65.17 Глобальный план действий в отношении вакцин¹

Шестидесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о проекте глобального плана действий в области вакцин²;

признавая важность иммунизации как одного из самых эффективных с точки зрения затрат профилактических мероприятий в области общественного здравоохранения, которое следует признать одним из основных компонентов права человека на здоровье;

признавая значительный прогресс в развитии иммунизации в ряде стран в целях обеспечения вакцинации всех граждан, отвечающих определенным требованиям, всеми соответствующими вакцинами, независимо от географического места проживания, возраста, пола, уровня трудоспособности, уровня образования, социально-экономического положения, принадлежности к этнической группе или условий работы;

одобряя вклад успешных программ иммунизации в достижение глобальных целей общественного здравоохранения, в частности в снижение детской смертности и заболеваемости, а также их потенциал в целях снижения показателей смертности и заболеваемости в течение всей жизни человека;

отмечая, что внедрение новых вакцин против ряда серьезных возбудителей основных болезней, которые могут привести к смертельному исходу, таких как пневмония, диарея и рак шейки матки, может быть использовано в качестве катализатора для наращивания дополнительных мер и обеспечения синергизма между программами первичной медико-санитарной помощи; и что помимо снижения уровня смертности, эти новые вакцины помогут предотвратить заболеваемость и принесут экономический эффект даже в странах, уже добившихся хороших результатов по снижению показателей смертности;

выражая озабоченность тем, что, несмотря на уже достигнутый прогресс, цели по ликвидации и элиминации болезней, такие как ликвидация полиомиелита и элиминация кори, краснухи, материнского и неонатального столбняка, не могут быть достигнуты без обеспечения и поддержания высокого и справедливого охвата населения;

выражая обеспокоенность тем, что страны с низким и средним уровнями доходов, где внедрение доступных вакцин шло более медленными темпами, могут не иметь возможности доступа к новым и усовершенствованным вакцинам, которые, как ожидается, станут доступными в течение этого десятилетия;

выражая обеспокоенность тем, что каждый пятый ребенок не имеет доступа к услугам по плановой иммунизации, и тем, что в этих странах существуют значительные пробелы в охвате населения плановой иммунизацией;

¹ См. Приложение 5 о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюции.

² Документ A65/22.

напоминая резолюции WHA58.15 и WHA61.15 по стратегии глобальной иммунизации,

1. УТВЕРЖДАЕТ Глобальный план действий в отношении вакцин¹;
2. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:
 - (1) применять концепцию и стратегии Глобального плана действий в отношении вакцин для разработки вакцин и компонентов иммунизации своих национальных стратегий и планов в области здравоохранения, уделяя особое внимание повышению эффективности Расширенной программы иммунизации, и с учетом эпидемиологической ситуации в соответствующих странах;
 - (2) взять обязательства по распределению адекватных кадровых и финансовых ресурсов для достижения целей в области иммунизации и других соответствующих основных показателей;
 - (3) ежегодно представлять доклад региональным комитетам в период проведения специальной сессии Десятилетия вакцин о полученном практическом опыте, достигнутых результатах, проблемах, которые еще предстоит решить, и обновленном плане действий по достижению национальных целей иммунизации;
3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:
 - (1) содействовать согласованности и координации глобальных усилий по иммунизации всех заинтересованных сторон в поддержку осуществления Глобального плана действий в отношении вакцин;
 - (2) обеспечить, чтобы поддержка мер по осуществлению Глобального плана действий в отношении вакцин на региональном и страновом уровнях включала уделение повышенного внимания усилению плановой иммунизации;
 - (3) выделить кадровые и финансовые ресурсы на оказание технической поддержки для осуществления национальных планов Глобального плана действий в отношении вакцин и проведения мониторинга их воздействия;
 - (4) мобилизовать больше финансовых ресурсов для оказания поддержки в осуществлении Глобального плана действий в отношении вакцин в странах с низким и средним уровнями доходов;

¹ См. Приложение 4.

(5) проводить мониторинг прогресса и готовить ежегодный доклад через Исполнительный комитет для представления Ассамблее здравоохранения в течение периода до проведения Семьдесят первой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения о прогрессе по достижению целей глобальной иммунизации в качестве одного из основных пунктов повестки дня с использованием предлагаемой системы отчетности, которая будет служить основанием для обсуждений и будущих действий.

(Десятое пленарное заседание, 26 мая 2012 г. –
Комитет В, второй доклад)

WHA65.18 Всемирная неделя иммунизации¹

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,
рассмотрев доклад о проекте глобального плана действий в отношении вакцин²;

ссылаясь на резолюции WHA58.15 и WHA61.15 о глобальной стратегии иммунизации и на обязательство использовать десятилетие 2011-2020 гг. для достижения целей иммунизации и решения основных задач в области научных исследований и разработки вакцин;

признавая важность иммунизации в качестве одного из самых затратоэффективных мероприятий в области общественного здравоохранения;

признавая существенные достижения в реализации Расширенной программы иммунизации на глобальном уровне, включая ликвидацию оспы, существенный прогресс в деле ликвидации полиомиелита, элиминации кори и краснухи, а также борьбы с другими болезнями, которые можно предотвратить с помощью вакцин, такими как дифтерия и столбняк;

принимая к сведению вклад успешных программ иммунизации в значительное сокращение детской смертности и улучшение здоровья матерей и как следствие в достижение 4-ой (Сокращение детской смертности) и 5-ой (Улучшение охраны материнства) Целей тысячелетия в области развития и в профилактику онкологических заболеваний;

признавая, что такие инициативы, как региональные недели вакцинации, способствуют расширению масштабов иммунизации, обеспечению справедливости в области использования вакцин и всеобщего доступа к услугам по вакцинации и созданию возможностей сотрудничества в осуществлении трансграничных мероприятий по иммунизации;

¹ См. Приложение 5 о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюции.

² Документ A65/22.

признавая также, что осуществление инициативы по проведению недель вакцинации, набирающее силу глобальное движение, начало которому было впервые положено в Регионе стран Америки в 2003 г., состоялось одновременно в шести регионах ВОЗ в апреле 2012 г. с участием более 180 государств-членов, территорий и районов;

отмечая также высокий уровень политической поддержки и международной значимости, придаваемой в настоящее время региональным инициативам по проведению недель вакцинации, и принимая к сведению тот факт, что гибкость системы проведения недель вакцинации позволяет отдельным государствам-членам и регионам организовать свое участие в этом мероприятии в соответствии с национальными и региональными приоритетами в области общественного здравоохранения;

выражая обеспокоенность по поводу того, что несмотря на все достижения, обусловленные инициативами иммунизации, многие проблемы остаются нерешенными, включая необходимость поддержания иммунизации в качестве одного из основных элементов первичной медико-санитарной помощи, проведения вакцинации всех уязвимых групп населения, независимо от их места проживания, защиты национальных программ иммунизации в условиях растущей угрозы неправильного информирования о вакцинах и иммунизации и обеспечения того, чтобы финансирование национальных программ рассматривалось государствами-членами в качестве одного из приоритетов.

1. ПРЕДЛАГАЕТ государствам-членам провозгласить последнюю неделю апреля, в соответствующих случаях, Всемирной неделей иммунизации;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) оказывать поддержку в ежегодном проведении Всемирной недели иммунизации в качестве общей системы, охватывающей все региональные инициативы, которые призваны способствовать повышению важности вакцинации на протяжении всей жизни и направлены на обеспечение всеобщего доступа людей всех возрастов и во всех странах к этой основной профилактической медико-санитарной услуге;

(2) оказывать поддержку государствам-членам в мобилизации ресурсов, необходимых для поддержания Всемирной недели иммунизации, и побуждать организации гражданского общества и другие заинтересованные стороны поддержать эту инициативу.

(Десятое пленарное заседание, 26 мая 2012 г. –
Комитет В, второй доклад)

**WHA65.19 Некондиционная/поддельная/ложно маркированная/
фальсифицированная/ контрафактная медицинская продукция¹**

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад Рабочей группы государств-членов по некондиционной/ поддельной/ ложно маркированной/ фальсифицированной/ контрафактной медицинской продукции и сделанные ею рекомендации²;

приветствуя итоги работы сессий Рабочей группы государств-членов по некондиционной/ поддельной/ ложно маркированной/ фальсифицированной/ контрафактной медицинской продукции;

вновь подтверждая основополагающую роль ВОЗ в обеспечении качества, безопасности и эффективности медицинской продукции;

признавая тот факт, что многие люди в мире лишены доступа к качественным, безопасным, эффективным и приемлемым по цене лекарственным средствам и что такой доступ является важной частью системы здравоохранения;

признавая важное значение обеспечения того, чтобы борьба с "некондиционной/ поддельной/ ложно маркированной/ фальсифицированной/ контрафактной медицинской продукцией" не привела к ограничению наличия не запрещенных законом лекарственных средств-генериков;

признавая необходимость, выраженную в Рио-де-Жанейрской политической декларации по социальным детерминантам здоровья (2011 г.)³, в расширении доступа к приемлемым по цене, безопасным, эффективным и качественным лекарственным средствам, в том числе посредством полного осуществления Глобальной стратегии и плана действий ВОЗ в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности;

признавая необходимость улучшения доступа к приемлемым по цене, качественным, безопасным и эффективным лекарственным средствам как важного элемента в работе по предотвращению использования и борьбе с лекарственными средствами, качество, безопасность и эффективность которых не соответствует требованиям, и по снижению количества "некондиционной/ поддельной/ ложно маркированной/ фальсифицированной/ контрафактной медицинской продукции";

принимая во внимание резолюцию 20/6 Комиссии Организации Объединенных Наций по предупреждению преступности и уголовному правосудию под названием "Борьба с контрафактными лекарственными средствами, в частности с их оборотом";

¹ См. Приложение 5 о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюции.

² Документ A65/23.

³ См. подпункт 11.2 (xii).

выражая озабоченность по поводу нехватки средств для финансирования работы ВОЗ в области качества, безопасности и эффективности лекарственных средств;

признавая необходимость усиления поддержки национальных и региональных органов по регулированию обращения лекарственных средств в целях увеличения качественной, безопасной и эффективной медицинской продукции,

1. ВНОВЬ ПОДТВЕРЖДАЕТ основополагающую роль ВОЗ в обеспечении качества, безопасности и эффективности медицинской продукции; в расширении доступа к приемлемым по цене, качественным, безопасным и эффективным лекарственным средствам; и в оказании поддержки национальным органам по регулированию обращения лекарственных средств в этой области, в частности в развивающихся странах и наименее развитых странах;

2. ВНОВЬ ПОДТВЕРЖДАЕТ, что ВОЗ следует и впредь акцентировать внимание на разработке и активизации мер в целях обеспечения большей доступности медицинской продукции, укрепляя национальные органы по регулированию и системы здравоохранения, которые включают национальную политику в области лекарственных средств, системы управления рисками в области здравоохранения, устойчивое финансирование, развитие кадровых ресурсов и создание надежных систем закупок и поставок; и на укреплении и поддержке работы по предварительной квалификации и продвижению лекарственных средств-генериков и усилий по рациональному отбору и использованию медицинской продукции. В каждой из этих областей функция ВОЗ должна заключаться в следующем: обмен информацией и повышение осведомленности; обеспечение норм и стандартов и оказание технической поддержки странам по оценке ситуации на страновом уровне; поддержка разработки национальной политики; а также создание потенциала и поддержка разработки продукции и внутреннего производства;

3. ПОДТВЕРЖДАЕТ ДАЛЕЕ, что ВОЗ следует активизировать свои усилия по оказанию государствам-членам поддержки в укреплении национальной и региональной инфраструктуры и возможностей в области регулирования;

4. ПОСТАНОВЛЯЕТ создать новый механизм государств-членов¹ в целях международного сотрудничества между государствами-членами по вопросам общественного здравоохранения, за исключением соображений, касающихся торговли и интеллектуальной собственности, в отношении "некондиционной/ поддельной/ ложно маркированной/ фальсифицированной/ контрафактной медицинской продукции" в соответствии с задачами, целями и кругом ведения, прилагаемыми к настоящей резолюции;

5. ПОСТАНОВЛЯЕТ ДАЛЕЕ провести обзор механизма государств-членов, указанного в пункте 4, по прошествии трех лет его работы;

¹ И, в соответствующих случаях, региональных организаций экономической интеграции.

6. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены¹:

- (1) участвовать на добровольной основе в механизме государств-членов, указанном в пункте 4, и сотрудничать с ним;
- (2) предоставлять достаточные финансовые ресурсы для укрепления работы Секретариата в этой области;

7. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

- (1) оказывать поддержку механизму государств-членов, указанному в пункте 4;
- (2) оказывать государствам-членам помощь в создании потенциала в целях предотвращения "некондиционной/ поддельной/ ложно маркированной/ фальсифицированной/ контрафактной медицинской продукции" и борьбы с ней.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Механизм государств-членов по некондиционной/поддельной/ложно маркированной/фальсифицированной/контрафактной медицинской продукции

Задача, цели и круг ведения

Общая задача

Содействовать – в целях охраны здоровья людей и расширения доступа к приемлемой по цене, безопасной, эффективной и качественной медицинской продукции посредством эффективного сотрудничества между государствами-членами и Секретариатом – предотвращению некондиционной/ поддельной/ ложно маркированной/ фальсифицированной/ контрафактной медицинской продукции² и борьбе с ней и связанной с этим деятельности.

Цели

- (1) Определить основные потребности и проблемы и разработать программные рекомендации и соответствующие средства в области предупреждения, разработки методологий выявления и борьбы с "некондиционной/ поддельной/ ложно маркированной/ фальсифицированной/ контрафактной медицинской продукцией" в целях укрепления национального и регионального потенциала.

¹ И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

² В названии механизма государств-членов будет использоваться термин "некондиционная/ поддельная/ ложно маркированная/ фальсифицированная/ контрафактная медицинская продукция" до тех пор, пока руководящие органы ВОЗ не примут соответствующее определение.

- (2) Укреплять национальный и региональный потенциал в целях обеспечения надежности системы поставок.
- (3) Обмениваться опытом, извлеченными уроками, передовой практикой и информацией о текущей деятельности на национальном, региональном и глобальном уровнях.
- (4) Определять меры, деятельность и формы поведения, которые приводят к созданию "некондиционной/ поддельной/ ложно маркированной/ фальсифицированной/ контрафактной медицинской продукции" и разрабатывать рекомендации, в том числе по повышению качества, безопасности и эффективности медицинской продукции.
- (5) Укреплять потенциал в области регулирования и лаборатории по контролю качества на национальном и региональном уровнях, в частности в развивающихся странах и в наименее развитых странах.
- (6) Сотрудничать и содействовать работе в других областях деятельности ВОЗ, которая касается доступа к качественной, безопасной, эффективной и приемлемой по цене медицинской продукции, включая такие аспекты, но не ограничиваясь ими, как поставка и использование лекарственных средств-генериков, что должно дополнять меры по предотвращению "некондиционной/поддельной/ложно маркированной/ фальсифицированной/ контрафактной медицинской продукции", и борьбе с ней.
- (7) Содействовать консультациям, взаимодействию и сотрудничеству с соответствующими заинтересованными сторонами на транспарентной и скоординированной основе, включая региональные и иные усилия на глобальном уровне с точки зрения общественного здравоохранения.
- (8) Укреплять взаимодействие и сотрудничество по эпиднадзору и мониторингу за "некондиционной/ поддельной/ ложно маркированной/ фальсифицированной/ контрафактной медицинской продукцией".
- (9) Уточнить определения "некондиционная/ поддельная/ ложно маркированная/ фальсифицированная/ контрафактная медицинская продукция" с акцентом на охрану здоровья людей.

Структура

- (1) Механизм государств-членов будет открыт для участия всех государств-членов¹. Механизм государств-членов должен включать знания и опыт в области национального здравоохранения и регулирования медицинской продукции.
- (2) Механизм государств-членов может создавать вспомогательные рабочие группы из числа своих членов в целях рассмотрения и подготовки рекомендаций по конкретным вопросам.

¹ И, в соответствующих случаях, региональных организаций экономической интеграции.

(3) Региональные группы будут вносить, в соответствующих случаях, свой вклад в работу механизма государств-членов.

(4) Механизм государств-членов будет использовать существующие структуры ВОЗ.

Совещания

(1) Механизм государств-членов будет проводить свои совещания не реже одного раза в год и, в случае необходимости, дополнительные совещания.

(2) При отсутствии иных решений местом проведения совещаний механизма государств-членов и его вспомогательных рабочих групп будет Женева. Вместе с тем, совещания могут проводиться время от времени вне Женевы с учетом принципов регионального распределения, общих расходов и участия в расходах, а также актуальности повестки дня.

Отношения с другими заинтересованными сторонами и экспертами

(1) В случае необходимости механизму государств-членов следует запрашивать мнение экспертов по конкретным вопросам в соответствии со стандартными процедурами ВОЗ, применяемыми к группам экспертов.

(2) В случае необходимости механизм государств-членов будет приглашать другие заинтересованные стороны в целях сотрудничества и консультаций с группой по конкретной тематике.

Отчетность и обзор

(1) Обзор функционирования механизма государств-членов будет проведен Всемирной ассамблеей здравоохранения после трех лет его работы.

(2) Механизм государств-членов будет представлять Ассамблее здравоохранения через Исполнительный комитет доклад о ходе работы и любые рекомендации на ежегодной основе в качестве одного из основных пунктов повестки дня в течение первых трех лет и затем раз в два года.

Транспарентность и конфликт интересов

(1) Механизм государств-членов, включая всех приглашенных экспертов, должен работать на основе всестороннего участия и транспарентным образом.

(2) Возможные конфликты интересов предаются гласности и регулируются в соответствии с политикой и практикой ВОЗ.

(Десятое пленарное заседание, 26 мая 2012 г. –
Комитет В, третий доклад)

WHA65.20 Ответные действия и роль ВОЗ в качестве руководителя кластера здравоохранения для удовлетворения растущих потребностей в области здравоохранения при чрезвычайных гуманитарных ситуациях¹

Шестидесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад об ответных действиях и роли ВОЗ в качестве руководителя кластера здравоохранения для удовлетворения растущих потребностей в области здравоохранения при чрезвычайных гуманитарных ситуациях²;

признавая, что чрезвычайные гуманитарные ситуации приводят к потери жизней и человеческим страданиям, которых можно было бы избежать, ослабляют способность систем здравоохранения предоставлять основные спасающие жизни медико-санитарные услуги, задерживают развитие здравоохранения и затрудняют достижение Целей тысячелетия в области развития;

вновь подтверждая принципы нейтралитета, гуманности, беспристрастности и независимости при предоставлении гуманитарной помощи и вновь подтверждая необходимость обеспечения соблюдения и полного уважения этих принципов всеми сторонами, принимающими участие в предоставлении гуманитарной помощи в условиях сложных чрезвычайных гуманитарных ситуаций;

напоминая Статью 2(d) Устава Всемирной организации здравоохранения, касающуюся мандата ВОЗ при чрезвычайных ситуациях, а также резолюции WHA58.1 о мероприятиях в области здравоохранения, связанных с кризисами и катастрофами, и WHA59.22 о готовности к чрезвычайным ситуациям и ответных мерах³;

напоминая резолюцию 46/182 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций об укреплении координации в области чрезвычайной гуманитарной помощи Организации Объединенных Наций, которая подтверждает главную и уникальную роль Организации Объединенных Наций в обеспечении руководства и координации усилий международного сообщества по поддержке стран, затронутых чрезвычайными гуманитарными ситуациями, полностью соблюдая ее руководящие принципы, и учреждает, в частности, Межучрежденческий постоянный комитет под председательством Координатора чрезвычайной помощи, которому должно оказывать поддержку Управление Организации Объединенных Наций по координации гуманитарных вопросов;

принимая к сведению обзор гуманитарных действий, проведенный в 2005 г. под руководством Координатора чрезвычайной помощи и Руководителей Межучрежденческого постоянного комитета, целью которого являлось повышение

¹ См. Приложение 5 о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюции.

² Документ A65/25.

³ См. также резолюции WHA34.26, WHA46.6 и WHA48.2.

актуальности, своевременности, подотчетности, руководства и возможностей быстрого развертывания сил и в котором рекомендовалось усилить руководство гуманитарной деятельностью, улучшить механизмы финансирования гуманитарной деятельности и ввести систему кластеров в качестве средства секторальной координации;

принимая к сведению Программу реформ Руководителей Межучрежденческого постоянного комитета на 2011-2012 гг. для улучшения международных ответных мер гуманитарного характера путем усиления руководства, координации, подотчетности, создания глобального потенциала для обеспечения готовности и расширения информационно-разъяснительной деятельности и коммуникаций;

учитывая резолюцию Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 60/124 об укреплении координации в области чрезвычайной гуманитарной помощи Организации Объединенных Наций и принимая во внимание последующее обязательство ВОЗ по оказанию поддержки программе Межучрежденческого постоянного комитета по преобразовательной гуманитарной деятельности и содействию осуществлению приоритетных направлений действий Руководителей, предназначенных для усиления международных ответных мер гуманитарного характера для затронутых групп населения;

вновь подтверждая, что на национальные органы власти возлагается основная ответственность за оказание помощи жертвам стихийных бедствий и других чрезвычайных ситуаций, имеющих место на их территории, и что пострадавшее государство играет главную роль в инициировании, организации, координации и предоставлении гуманитарной помощи на своей территории;

принимая к сведению директивную записку Межучрежденческого постоянного комитета 2011 г. о работе с национальными органами власти, в которой говорится, что кластеры должны поддерживать и/или дополнять существующие национальные координационные механизмы для принятия ответных мер и обеспечения готовности и что, в соответствующих случаях, правительству или иным соответствующим национальным органам следует активно предлагать выступать в качестве сопредседателей на совещаниях кластеров с Ведущим агентством кластера;

напоминая резолюцию WHA64.10 об укреплении национального потенциала управления в области здравоохранения в случае чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий и устойчивости систем здравоохранения, которая призывает государства-члены, в частности, укреплять программы управления рисками и всеми видами опасностей в области здравоохранения в случае чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий;

вновь подтверждая, что страны несут ответственность за обеспечение охраны здоровья, безопасности и благополучия своего населения и за обеспечение устойчивости функционирования и самодостаточности системы здравоохранения, что имеет важнейшее значение для сведения к минимуму опасностей для здоровья и слабых мест, а также для осуществления эффективных ответных действий и восстановительных мер при чрезвычайных ситуациях и стихийных бедствиях;

признавая сравнительное преимущество Секретариата ВОЗ, обусловленное присутствием Организации в государствах-членах и взаимосвязями с ними, а также способностью предоставлять независимые экспертные знания и опыт в самых разнообразных областях, связанных с охраной здоровья, ее историческим опытом по предоставлению научно обоснованных рекомендаций, необходимых для приоритизации эффективных мер здравоохранения; а также то, что Организация располагает уникальными возможностями для оказания содействия министерствам здравоохранения и партнерам в качестве ведущего глобального агентства кластера здравоохранения в координации обеспечения готовности к чрезвычайным гуманитарным ситуациям, принятия ответных мер и проведения восстановительных мероприятий;

напоминая о программе реформ ВОЗ и о представленном в 2011 г. докладе Генерального директора о реформах для здорового будущего¹, который был принят к сведению Шестьдесят четвертой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения и который обусловил создание нового кластера ВОЗ по полиомиелиту, чрезвычайным ситуациям и сотрудничеству со странами; целью кластера является оказание поддержки региональным и страновым бюро для улучшения конечных результатов деятельности и повышения эффективности работы ВОЗ на страновом уровне путем переопределения своих обязательств в направлении работы по чрезвычайным ситуациям и обеспечения более устойчивого бюджетного финансирования этого кластера;

приветствуя проведенную в 2011 г. реформу по трансформированию кластера ВОЗ по медико-санитарным действиям в условиях кризисов в департамент по управлению рисками и гуманитарной помощи при чрезвычайных ситуациях в качестве средства осуществления этих реформ, обеспечивая усиление оперативности, эффективности и предсказуемости деятельности Организации по осуществлению более высококачественных ответных мер в области здравоохранения, а также подотчетность Организации за результаты своей деятельности;

напоминая резолюции WHA46.39 по охране здоровья и медико-санитарным службам в периоды вооруженных конфликтов; WHA55.13 о защите медицинских миссий во время вооруженного конфликта; и резолюцию 65/132 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций о безопасности и защите гуманитарного персонала и защите персонала Организации Объединенных Наций, считает, что необходимо осуществлять систематический сбор данных о нападениях или отсутствии уважения в отношении пациентов и/или работников здравоохранения, учреждений и транспортных средств при сложных чрезвычайных гуманитарных ситуациях,

1. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены² и доноров:

¹ Документы А64/4 и WHA64/2011/REC/3, протокол третьего заседания Комитета А.

² И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

(1) выделять ресурсы на деятельность сектора здравоохранения в ходе чрезвычайных гуманитарных ситуаций в рамках процесса сводных призывов и срочных призывов Организации Объединенных Наций и на укрепление институционального потенциала ВОЗ в целях осуществления ее функции в качестве ведущего учреждения Кластера глобального здравоохранения и выполнения ведущей роли кластера здравоохранения на местах;

(2) обеспечивать проведение гуманитарной деятельности в консультации с соответствующей страной для принятия эффективных мер по удовлетворению гуманитарных потребностей и рекомендовать всем партнерам по гуманитарной деятельности, включая неправительственные организации, принимать активное участие в координации работы кластера здравоохранения;

(3) укреплять работу по управлению рисками на национальном уровне, готовность к чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения и процессы планирования на случай чрезвычайных обстоятельств и подразделения по организации работ в случае стихийных бедствий в министерстве здравоохранения, как указано в резолюции WHA64.10, и, в этой связи, в качестве части национальных планов по обеспечению готовности, в соответствующих случаях, вместе с Управлением по координации гуманитарных вопросов, определять заблаговременно наилучший способ обеспечения координации между международными партнерами по гуманитарной деятельности и существующими национальными механизмами координации на дополнительной основе в целях гарантирования эффективных и хорошо скоординированных ответных мер гуманитарного характера;

(4) наращивать потенциал национальных органов на всех уровнях в вопросах организации процесса восстановления, в соответствующих случаях, в синергетической взаимосвязи с более долгосрочными стратегиями реформы и укрепления системы здравоохранения, в сотрудничестве с ВОЗ и кластером здравоохранения;

(5) создать группы по осуществлению ответных мер в области здравоохранения на добровольной основе и разработать механизм их развертывания в случае чрезвычайных гуманитарных ситуаций, в зависимости от выбора каждого из государств-членов;

2. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) ввести в действие необходимую политику, руководящие принципы, адекватные структуры и процессы управления ВОЗ, которые необходимы для осуществления эффективных и успешных гуманитарных действий на страновом уровне, а также организационный потенциал и ресурсы, позволяющие ей выполнять свою роль в качестве ведущего учреждения Кластера глобального здравоохранения в соответствии с соглашениями, заключенными Руководителями Межучрежденческого постоянного комитета; и выполнять роль ведущего учреждения кластера здравоохранения на местах;

- (2) укреплять оперативный потенциал ВОЗ совместно с глобальными партнерами по кластеру здравоохранения и государствами-членами, включая разработку резервных систем и механизмов быстрого реагирования в целях развертывания и поддержания групп реагирования с соответствующими ресурсами в ответ на чрезвычайные гуманитарные ситуации;
- (3) обеспечить, чтобы в случае гуманитарных кризисов Секретариат ВОЗ оказывал государствам-членам и партнерам по гуманитарной деятельности предсказуемую поддержку посредством координации оперативной оценки и анализа гуманитарных потребностей в рамках согласованных ответных мер со стороны Межучрежденческого постоянного комитета, строя свою работу на основе стратегии и плана действий, подкрепленных фактическими данными, мониторинга медико-санитарной ситуации и ответных мер сектора здравоохранения, выявления пробелов в работе, мобилизации ресурсов и проведения необходимой информационно-разъяснительной работы в интересах гуманитарных медико-санитарных действий;
- (4) определить основные обязательства, основные функции и стандарты эффективности Организации при чрезвычайных гуманитарных ситуациях, включая ее роль в качестве ведущего учреждения Кластера глобального здравоохранения и ведущего учреждения кластера здравоохранения на местах, и обеспечивать всестороннее участие подразделений Организации на страновом, региональном и глобальном уровнях в их осуществлении в соответствии с установленными ориентирами и с учетом текущей работы по реализации программы преобразования гуманитарной деятельности Межучрежденческого постоянного комитета;
- (5) принимать более оперативные, более эффективные и более предсказуемые ответные меры гуманитарного характера посредством введения в действие Системы реагирования в случае чрезвычайных ситуаций с определением надлежащих критериев эффективности в соответствии с реформой гуманитарной деятельности и обеспечивать контроль за соответствием ее работы этим стандартам;
- (6) создать необходимые механизмы мобилизации технического опыта ВОЗ в рамках всех отраслей знаний и на всех уровнях в целях обеспечения необходимого руководства и поддержки государств-членов, а также партнеров кластера здравоохранения в условиях гуманитарных кризисов;
- (7) оказывать поддержку государствам-членам и партнерам в процессе перехода к восстановлению, согласуя планирование работы по восстановлению, включая управление рисками при чрезвычайных ситуациях, а также уменьшение рисков стихийных бедствий и обеспечение готовности, с национальной политикой в области развития и текущими реформами сектора здравоохранения и/или используя возможности планирования работы по восстановлению после стихийных бедствий и/или постконфликтных ситуаций;

(8) выполнять лидирующую роль на глобальном уровне в разработке методов систематического сбора и распространения данных о случаях нападения на медицинские учреждения, медико-санитарных работников, санитарные транспортные средства и пациентов в сложных чрезвычайных гуманитарных ситуациях в координации с другими соответствующими органами Организации Объединенных Наций и другими соответствующими участниками, а также межправительственными и неправительственными организациями, избегая дублирования в работе;

(9) представить доклад о ходе осуществления этой резолюции Шестьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет и представлять их впоследствии каждые два года.

(Десятое пленарное заседание, 26 мая 2012 г. –
Комитет В, третий доклад)

WHA65.21 Ликвидация шистосомоза¹

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад о ликвидации шистосомоза²;

напоминая резолюции WHA3.26, WHA28.53, WHA29.58 и WHA54.19 по шистосомозу;

ссылаясь на резолюцию EM/RC54/R.3 о забытых тропических болезнях: новая проблема в области общественного здравоохранения в Регионе Восточного Средиземноморья, принятую Региональным комитетом для стран Восточного Средиземноморья, которая призывает государства-члены, в частности, поддерживать уровень успешных мероприятий по борьбе с шистосомозом в районах с низким уровнем передачи в целях ликвидации этой болезни;

выражая озабоченность по поводу того, что шистосомоз остается одной из серьезных проблем в области общественного здравоохранения в странах, эндемичных по этой болезни, и что цель, закрепленная в резолюции WHA54.19, которая состоит в достижении минимального целевого показателя по регулярному использованию химиотерапии, по крайней мере среди 75% детей школьного возраста с риском заболеваемости, к 2010 г., не была достигнута;

принимая к сведению расширение охвата лечением шистосомоза с 12 миллионов человек в 2006 г. до 32,6 миллиона человек в 2010 г. и более широкий доступ к празиквантелу в результате безвозмездной передачи лекарственных средств и

¹ См. Приложение 5 о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюции.

² Документ A65/21.

расширения поддержки эндемичным странам со стороны партнеров на цели борьбы с забытыми тропическими болезнями;

выражая признательность государствам-членам, Секретариату и партнерам за расширение доступа к пазиквантелу и ресурсам в целях увеличения масштабов борьбы против шистосомоза;

будучи воодушевлены тем, что некоторые страны, эндемичные по шистосомозу, прервали его передачу;

выражая признательность тем странам, эндемичным по шистосомозу, которые сообщили об отсутствии в результате укрепления программ борьбы и эпиднадзора новых случаев шистосомоза,

1. ПРИЗЫВАЕТ все страны, эндемичные по шистосомозу:

(1) придавать важное значение профилактике шистосомоза и борьбе с ним, проведению анализа и разработке надлежащих планов с поэтапными целевыми заданиями, активизировать меры борьбы и усилить эпиднадзор;

(2) в полной мере использовать программы вне сектора здравоохранения для улучшения окружающей среды в целях прерывания передачи шистосомоза и ускорения ликвидации промежуточного хозяина этого паразита;

(3) обеспечить предоставление основных лекарственных средств;

2. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены, Секретариат и партнеров оказывать поддержку странам, эндемичным по шистосомозу, для расширения программ борьбы;

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) обратиться с призывом к государствам-членам и международному сообществу обеспечить наличие необходимых и достаточных средств и ресурсов, в особенности лекарственных средств, а также мер в области водоснабжения, санитарии и гигиены, для усиления программ борьбы в большинстве эндемичных стран и, в соответствующих случаях, инициирования кампаний по ликвидации этой болезни;

(2) подготовить руководство для государств-членов в целях определения того, когда следует инициировать кампании по ликвидации этой болезни, вместе с методами осуществления программ и документирования достигнутых успехов;

(3) проводить оценку по запросу с целью подтвердить прерывание передачи в соответствующих государствах-членах, анализировать ситуацию в отношении профилактики шистосомоза и борьбы с ним в мире, модель эпидемии и основные задачи в целях предоставления целенаправленных рекомендаций и руководства;

(4) разработать процедуру оценки прерывания передачи шистосомоза в соответствующих странах в целях сертифицирования ликвидации случаев ее передачи в этих странах;

(5) в период после ликвидации оказывать поддержку странам, которые были сертифицированы как свободные от шистосомоза, для проведения профилактических мероприятий в целях недопущения возобновления передачи этой болезни;

(6) представлять раз в три года через Исполнительный комитет доклады Всемирной ассамблее здравоохранения о ходе работы по осуществлению настоящей резолюции.

(Десятое пленарное заседание, 26 мая 2012 г. –
Комитет В, третий доклад)

WHA65.22 Последующие действия в связи с докладом Консультативной рабочей группы экспертов по научным исследованиям и разработкам: финансирование и координация¹

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад Консультативной рабочей группы экспертов по научным исследованиям и разработкам: финансирование и координация²;

ссылаясь на резолюцию WHA63.28, в которой Генеральному директору предлагается, в частности, учредить Консультативную рабочую группу экспертов по научным исследованиям и разработкам, которая продолжит работу Рабочей группы экспертов, созданной ранее на основании резолюции WHA61.21, и представит окончательный доклад Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения;

ссылаясь далее на резолюции WHA59.24, WHA61.21 и WHA62.16,

1. ПРИВЕТСТВУЕТ анализ доклада Консультативной рабочей группы экспертов по научным исследованиям и разработкам: финансирование и координация и выражает признательность Председателю, заместителю Председателя и всем членам Консультативной рабочей группы экспертов за выполненную ими работу;

¹ См. Приложение 5 о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюции.

² Документы A65/24, Приложение и A65/24 Corr.1.

2. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены¹:

- (1) провести консультации на национальном уровне для всех соответствующих заинтересованных сторон в целях обсуждения доклада Консультативной рабочей группы экспертов и других соответствующих анализов, результатом которых является разработка конкретных предложений и мер;
- (2) активно участвовать в совещаниях на региональном и глобальном уровнях, упомянутых в настоящей резолюции;
- (3) осуществлять, где это практически возможно, в своих странах предложения и меры, разработанные в ходе национальных консультаций;
- (4) создать и/или укрепить механизмы улучшения координации научных исследований и разработок² в сотрудничестве с ВОЗ и, при необходимости, с другими соответствующими партнерами;

3. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены¹, частный сектор, академические учреждения и неправительственные организации увеличить инвестиции в научные исследования и разработки в области здравоохранения, связанные с болезнями типа II и типа III и с конкретными потребностями развивающихся стран в области научных исследований и разработок, связанных с болезнями типа I;

4. ПРЕДЛАГАЕТ региональным комитетам обсудить на своих совещаниях в 2012 г. доклад Консультативной рабочей группы экспертов в контексте осуществления глобальной стратегии и плана действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности³ с целью внести свой вклад в конкретные предложения и меры;

5. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору провести совещание государств-членов⁴ открытого состава, на котором будет проведен тщательный анализ доклада и практической осуществимости рекомендаций, предложенных Консультативной рабочей группой экспертов, с учетом, при необходимости, соответствующих исследований, а также результатов национальных консультаций и обсуждений в региональных комитетах, и будут разработаны предложения или варианты, касающиеся (1) координации научных исследований, (2) финансирования и (3) мониторинга расходов на научные исследования и разработки⁵, для их представления по одному из

¹ И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

² В контексте настоящей резолюции научные исследования и разработки означают научные исследования и разработки в области здравоохранения, связанные с болезнями типа II и типа III и с конкретными потребностями стран в области научных исследований и разработок, связанных с болезнями типа I.

³ Резолюции WHA61.21 и WHA62.16.

⁴ И, в соответствующих случаях, региональных организаций экономической интеграции.

⁵ В соответствии с определением, содержащимся в Глобальной стратегии и плане действий ВОЗ

основных пунктов повестки дня, посвященных последующим действиям в контексте доклада Консультативной рабочей группы экспертов, на Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет на его Сто тридцать второй сессии.

(Десятое пленарное заседание, 26 мая 2012 г. –
Комитет А, четвертый доклад)

WHA65.23 Осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 г.)¹

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклады об осуществлении Международных медико-санитарных правил (2005 г.)²;

ссылаясь на резолюцию WHA58.3 о пересмотре Международных медико-санитарных правил, в которой подчеркивается непреходящая важность Международных медико-санитарных правил в качестве ключевого глобального средства защиты от международного распространения болезней и которая, в частности, призывает государства-члены создавать, укреплять и поддерживать возможности, требуемые в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.) и мобилизовать необходимые ресурсы для этой цели;

ссылаясь на Статьи 5.1 и 13.1 Международных медико-санитарных правил (2005 г.), которые предусматривают, что каждое государство-участник как можно скорее, но не позднее чем через пять лет после вступления в силу настоящих Правил для данного государства-участника создает, укрепляет и поддерживает возможности для выявления, оценки, уведомления и сообщения о событиях в соответствии с настоящими Правилами, как указано в Приложении 1, и для быстрого и эффективного реагирования на риски для здоровья населения и чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, имеющие международное значение, как это изложено в указанном Приложении, и что дата обеспечения этих основных возможностей в области общественного здравоохранения устанавливается на июнь 2012 г. для всех, за исключением небольшого числа государств-участников, в случае которых эти даты приходится на более поздние сроки³;

в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности.

¹ См. Приложение 5 о финансовых и административных последствиях для Секретариата резолюции.

² Документы A65/17 и A65/17 Add.1.

³ Сроки для государств-участников, которые сделали оговорки в отношении Международных медико-санитарных правил (2005 г.) (Соединенные Штаты Америки и Индия), устанавливаются на

ссылаясь также на резолюцию WHA61.2 об осуществлении Международных медико-санитарных правил (2005 г.), которая призывает государства-участники предпринять шаги с целью обеспечить, чтобы национальные требования к основным возможностям, указанные в Приложении 1 к Правилам, были установлены, укреплялись и поддерживались в соответствии со Статьями 5 и 13 Международных медико-санитарных правил (2005 г.);

признавая, что по-прежнему существуют трудности в осуществлении Международных медико-санитарных правил (2005 г.), особенно в отношении пунктов въезда, в том числе и в отношении операционного понимания Правил, что вызывает необходимость укрепления возможностей, относящихся к Приложению 1B;

признавая важное значение наличия средств и процедур для постоянного мониторинга основных возможностей, относящихся к Приложению 1A и 1B Международных медико-санитарных правил (2005 г.);

ссылаясь далее на резолюцию WHA64.1 об осуществлении Международных медико-санитарных правил (2005 г.), которая призывает государства-члены оказывать поддержку выполнению рекомендаций, содержащихся в окончательном докладе Комитета по обзору в отношении функционирования Международных медико-санитарных правил (2005 г.) в связи с пандемией гриппа А(H1N1) – 2009¹, который обратил внимание в своей первой рекомендации на необходимость ускорения работы по созданию основных возможностей, предусмотренных Правилами;

признавая необходимость укреплять роль и возможности государств-участников и международных организаций в эффективном осуществлении Международных медико-санитарных правил (2005 г.), что требует конструктивного участия заинтересованных сторон в секторе здравоохранения и в других секторах, а также региональных и трансрегиональных сетей государств-участников;

признавая, что государства-участники могут, как это предусмотрено Международными медико-санитарными правилами (2005 г.), обратиться к ВОЗ и получить разрешение на основе обоснованной необходимости и соответствующего плана осуществления на продление установленного срока на два года, в течение которых они должны выполнить свои обязательства, и признавая, в частности, решение многих государств - членов ВОЗ добиваться такого продления,

1. ПОДТВЕРЖДАЕТ еще раз свое стремление обеспечить полное осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 г.);

несколько более поздние даты (вступление в силу для Соединенных Штатов Америки 18 июля 2007 г., а для Индии – 8 августа 2007 г.). Эти сроки также устанавливаются на более поздние даты для Черногории (вступление в силу 5 февраля 2008 г.), которая стала государством-участником после вступления Правил в силу 15 июня 2007 г.; и для Лихтенштейна (который стал государством-участником 28 марта 2012 г.).

¹ Документ A64/10.

2. ПРИЗЫВАЕТ государства-участники¹:

(1) обеспечить выявление остающихся пробелов, включая институциональные, кадровые и финансовые ресурсы, в создании, укреплении и поддержании основных возможностей в области общественного здравоохранения, требуемых в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.), включая Статьи 5 и 13 и Приложение 1, в соответствии с их национальными планами осуществления;

(2) предпринять необходимые шаги по подготовке и выполнению соответствующих национальных планов осуществления с целью обеспечить требуемое укрепление, создание и поддержание основных возможностей в области общественного здравоохранения, как это предусмотрено Международными медико-санитарными правилами (2005 г.);

(3) соблюдать сроки, предусмотренные Международными медико-санитарными правилами (2005 г.) в Статьях 5 и 13 и Приложении 1 в отношении осуществления и выполнения действий и сообщений, касающихся выполнения требований к основным возможностям и процедурам соответствующего продления сроков;

(4) укреплять координацию и сотрудничество между государствами-участниками и в рамках этих государств на межсекторальном и многосекторальном уровнях в целях развития, создания и поддержания основных возможностей в области общественного здравоохранения и оперативных функций, требуемых в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.);

(5) далее укреплять активное сотрудничество между государствами-участниками, ВОЗ и, в случае необходимости, другими соответствующими организациями и партнерами с помощью мер, включающих мобилизацию технической, финансовой и логистической поддержки для создания основных возможностей в области общественного здравоохранения, с тем чтобы обеспечить полное осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 г.);

(6) вновь подтвердить свою поддержку развивающихся стран и стран с переходной экономикой, по их просьбе, в создании, укреплении и поддержании основных возможностей в области общественного здравоохранения, требуемых в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.);

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) создать и укрепить возможности Секретариата по полному и эффективному выполнению функций, возложенных на него на основании Международных медико-санитарных правил (2005 г.), в частности по линии стратегических операций в области общественного здравоохранения, которые предусматривают

¹ И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

оказание поддержки странам, региональным и трансрегиональным сетям государств-участников в выявлении, уведомлении и укреплении возможностей и в оценке чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения и мер в ответ на эти ситуации;

(2) осуществлять сотрудничество и оказывать содействие государствам-участникам с помощью министерств здравоохранения, а также всех других соответствующих министерств и секторов в мобилизации технической поддержки и финансовых ресурсов для оказания помощи в создании, укреплении и поддержании основных возможностей, требуемых в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.), в частности относящихся к Приложению 1В в отношении основных возможностей пунктов въезда, включая техническую поддержку по оказанию помощи заинтересованным сторонам в оценке их собственных потребностей и в обосновании необходимости инвестиций в осуществление Правил в соответствии с их национальными планами;

(3) содействовать привлечению соответствующих международных организаций и заинтересованных сторон в целях укрепления их участия в эффективном осуществлении Международных медико-санитарных правил (2005 г.);

(4) обеспечить прозрачную систему обмена информацией о прогрессе государств-участников в полном осуществлении работы по созданию основных возможностей на национальном уровне, требуемых в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.), с целью содействовать оказанию, в случае необходимости, соответствующей поддержки, включая инструктаж и обучение, разместив на веб-сайте ВОЗ с ограниченным доступом в разделе Национальных координаторов по ММСП перечень государств-участников, которые просили и получили разрешение на продление первоначального срока;

(5) содействовать оказанию соответствующей поддержки в отношениях между государствами-участниками и среди них в целях создания основных возможностей на национальном уровне, требуемых в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.), разместив на веб-сайте ВОЗ с ограниченным доступом в разделе Национальных координаторов по ММСП соответствующее резюме информации по странам, собранной с помощью системы мониторинга основных возможностей ММСП;

(6) осуществлять мониторинг прогресса, достигнутого каждым государством-участником, которое получило разрешение на продление первоначального срока на основе планов осуществления, представленных вместе с просьбой на продление, и ежегодных докладов, требуемых в соответствии со Статьями 5.2 и 13.2 Международных медико-санитарных правил (2005 г.) от всех государств-участников, которые получили разрешение на продление;

(7) осуществлять мониторинг работы по поддержанию основных возможностей на национальном уровне, требуемых в соответствии с Международными медико-

санитарными правилами (2005 г.), во всех государствах-участниках, которые не обратились с просьбой о продлении срока, посредством разработки соответствующих методов оценки эффективного функционирования созданных основных возможностей;

(8) разработать и опубликовать критерии, подлежащие использованию в 2014 г. Генеральным директором, вместе с рекомендацией Комитета по обзору Международных медико-санитарных правил (2005 г.), в процессе принятия решений по поводу предоставления разрешения на любое дополнительное продление срока создания основных возможностей на национальном уровне, как это предусмотрено Статьями 5.2 и 13.2;

(9) представить промежуточный доклад о ходе работы Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет на его Сто тридцать второй сессии;

(10) представить Шестьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет на его Сто тридцать четвертой сессии доклад о прогрессе, достигнутом государствами-участниками и Секретариатом в осуществлении настоящей резолюции.

(Десятое пленарное заседание, 26 мая 2012 г. –
Комитет А, четвертый доклад)

РЕШЕНИЯ

WHA65(1) Состав Комитета по проверке полномочий

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения назначила Комитет по проверке полномочий в составе делегатов следующих государств-членов: Гайана, Кыргызстан, Люксембург, Малави, Маршалловы Острова, Мексика, Нигер, Сан-Марино, Сан-Томе и Принсипи, Таиланд, Объединенные Арабские Эмираты, Вьетнам.

(Первое пленарное заседание, 21 мая 2012 г.)

WHA65(2) Выборы должностных лиц Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения избрала следующих должностных лиц:

Председатель: профессор Thérèse Aya N'Dri-Yoman (Кот-д'Ивуар)

**Заместители
Председателя:** д-р Esperanza Martínez (Парагвай)
д-р Andrei Usatii (Республика Молдова)
профессор Ali Ghufron Mukti (Индонезия)
д-р Suraya Dalil (Афганистан)
г-н Charles Sigoto (Соломоновы Острова)

(Первое пленарное заседание, 21 мая 2012 г.)

WHA65(3) Образование Генерального комитета

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения избрала делегатов следующих 17 стран в качестве членов Генерального комитета: Багамские Острова, Камбоджа, Чад, Китай, Куба, Дания, Джибути, Франция, Кения, Лесото, Либерия, Мавритания, Никарагуа, Российская Федерация, Туркменистан, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Соединенные Штаты Америки.

(Первое пленарное заседание, 21 мая 2012 г.)

WHA65(4) Выборы должностных лиц главных комитетов

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения избрала следующих должностных лиц главных комитетов:

Комитет А: Председатель г-н Lyonpo Zangley Dupka (Бутан)
Комитет В: Председатель профессор Mohammad Hossein Nicknam
(Исламская Республика Иран)

(Первое пленарное заседание, 21 мая 2012 г.)

После этого главные комитеты избрали следующих должностных лиц:

Комитет А:	Заместители	д-р Fenton Ferguson (Ямайка)
	Председателя	г-н Herbert Barnard (Нидерланды)
	Докладчик	д-р Mohamed Jiddawi (Объединенная Республика Танзания)
Комитет В:	Заместители	профессор Charles Kondi Agba (Того)
	Председателя	д-р Enrique Tayag (Филиппины)
	Докладчик	д-р Paul Gully (Канада)

(Первые заседания Комитетов А и В, соответственно, 21 и 23 мая 2012 г.)

WHA65(5) Утверждение повестки дня

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения утвердила предварительную повестку дня, подготовленную Исполнительным комитетом на его Сто тридцатой сессии, два пункта из которой были изъяты.

(Второе пленарное заседание, 21 мая 2012 г.)

WHA65(6) Проверка полномочий

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения признала действительными полномочия следующих делегаций: Афганистан; Албания; Алжир; Андорра; Ангола; Аргентина; Армения; Австралия; Австрия; Азербайджан; Багамские Острова; Бахрейн; Бангладеш; Барбадос; Беларусь; Бельгия; Бенин; Бутан; Боливия (Многонациональное государство); Босния и Герцеговина; Ботсвана; Бразилия; Бруней-Даруссалам; Болгария; Буркина-Фасо; Бурунди; Камбоджа; Камерун; Канада; Кабо-Верде; Центральноафриканская Республика; Чад; Чили; Китай; Колумбия; Коморские Острова; Конго; Острова Кука; Коста-Рика; Кот-д'Ивуар; Хорватия; Куба; Кипр; Чешская Республика; Народно-Демократическая Республика Корея; Демократическая Республика Конго; Дания; Джибути; Доминика; Доминиканская Республика; Эквадор; Египет; Сальвадор; Экваториальная Гвинея; Эритрея; Эстония; Эфиопия; Фиджи; Финляндия; Франция; Габон; Гамбия; Грузия; Германия; Гана; Греция; Гватемала; Гвинея; Гайана; Гаити; Гондурас; Венгрия; Исландия; Индия; Индонезия; Иран (Исламская Республика); Ирак; Ирландия; Израиль; Италия; Ямайка; Япония; Иордания; Казахстан; Кения; Кирибати; Кувейт; Кыргызстан; Лаосская Народно-Демократическая Республика; Латвия; Ливан; Лесото; Либерия; Ливия; Литва; Люксембург; Мадагаскар; Малави; Малайзия; Мальдивские Острова; Мали; Мальта; Маршалловы Острова; Мавритания; Маврикий; Мексика; Микронезия (Федеративные Штаты); Монако; Монголия; Черногория; Марокко; Мозамбик; Мьянма; Намибия; Науру; Непал; Нидерланды; Новая Зеландия; Никарагуа; Нигер; Нигерия; Норвегия; Оман; Пакистан; Палау; Панама; Папуа-Новая Гвинея; Парагвай; Перу; Филиппины; Польша; Португалия; Катар; Республика Корея; Республика Молдова; Румыния; Российская Федерация; Руанда; Сент-Китс и Невис; Самоа; Сан-Марино; Сан-Томе и Принсипи; Саудовская Аравия; Сенегал; Сербия; Сейшельские Острова; Сьерра-Леоне;

Сингапур; Словакия; Словения; Соломоновы Острова; Сомали; Южная Африка; Южный Судан; Испания; Шри-Ланка; Судан; Свазиленд; Швеция; Швейцария; Сирийская Арабская Республика; Таиланд; бывшая югославская Республика Македония; Тимор-Лешти; Того; Тонга; Тринидад и Тобаго; Тунис; Турция; Туркменистан; Тувалу; Уганда; Украина; Объединенные Арабские Эмираты; Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии; Объединенная Республика Танзания; Соединенные Штаты Америки; Уругвай; Узбекистан; Вануату; Венесуэла (Боливарская Республика); Вьетнам; Йемен; Замбия; Зимбабве.

(Шестое пленарное заседание, 23 мая 2012 г.)

WHA65(7) Выборы государств-членов, которым предоставляется право назначить по одному лицу в состав Исполнительного комитета

Шестидесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения после рассмотрения рекомендаций Генерального комитета избрала следующие государства-члены, которым предоставляется право назначить по одному лицу в состав Исполнительного комитета: Австралия, Азербайджан, Бельгия, Чад, Хорватия, Куба, Исламская Республика Иран, Ливан, Литва, Малайзия, Мальдивские Острова, Панама.

(Девятое пленарное заседание, 25 мая 2012 г.)

WHA65(8) Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними: итоги Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними

Шестидесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

ссылаясь на Политическую декларацию Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними¹, в частности на пункт 62: подготовить рекомендации до конца 2012 г. по комплексу добровольных глобальных целей в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними и взятых обязательств по решению проблемы неинфекционных заболеваний, в частности сердечно-сосудистых, онкологических и хронических респираторных заболеваний и диабета и лежащих в их основе общих факторов риска, а именно: потребление табака, нездоровый режим питания, отсутствие физической активности и злоупотребление алкоголем;

подтверждая ведущую роль ВОЗ в качестве главного специализированного учреждения по охране здоровья, что признано Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в Политической декларации Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, а также свою ответственность при всестороннем участии государств-членов²,

¹ Резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 66/2.

² И, в соответствующих случаях, региональных организаций экономической интеграции.

в соответствии с пунктами 61 и 62 Политической декларации, в разработке до конца 2012 г. всеобъемлющего глобального механизма мониторинга, включая разработку набора показателей, которые можно было бы использовать в разных регионах и странах, а также комплекса добровольных глобальных целей в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними;

ссылаясь на содержащееся в резолюции WHA60.23 обязательство достичь цели сокращения показателей смертности от неинфекционных заболеваний на 2% ежегодно в течение периода 2006-2015 гг.,

(1) дала положительную оценку докладам о профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними¹ и признала значительный прогресс, достигнутый в тесном сотрудничестве с государствами-членами в соответствии с пунктами 61 и 62 Политической декларации Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними;

(2) постановила принять глобальную цель сокращения преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний на 25% к 2025 г.;

(3) выразила решительную поддержку дополнительной работы, направленной на достижение консенсуса по целям, касающимся четырех основных факторов риска, а именно: употребление табака, нездоровый режим питания, отсутствие физической активности и вредное употребление алкоголя;

(4) приняла к сведению широкую поддержку, выраженную государствами-членами² и другими заинтересованными сторонами в связи с глобальными добровольными целями, рассмотренными до настоящего времени, включая те из них, которые связаны с повышенным артериальным давлением, употреблением табака, соли/натрия и отсутствием физической активности;

(5) отметила далее, что консультации, проведенные до настоящего времени, включая обсуждения в ходе Шестидесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, указывают на наличие поддержки, выраженной государствами-членами² и другими заинтересованными сторонами в отношении разработки целей, касающихся ожирения, потребления жира, алкоголя, холестерина и соответствующих ответных мер системы здравоохранения, таких как наличие основных лекарств для неинфекционных заболеваний;

(6) отметила, что до завершения процесса дальнейшей деятельности, предусмотренной резолюцией EB130.R7, в отношении неинфекционных заболеваний могут быть разработаны другие цели или показатели;

¹ Документы A65/6 и A65/6 Add.1.

² И, в соответствующих случаях, региональными организациями экономической интеграции.

(7) призвала все государства-члены¹ принять всестороннее участие во всех завершающих этапах процесса в отношении неинфекционных заболеваний, предусмотренного в резолюции EВ130.R7, включая консультации на региональном и глобальном уровнях;

(8) предложила Генеральному директору:

(1) провести дополнительную техническую работу по целям и показателям и подготовить пересмотренный дискуссионный документ о всеобъемлющем глобальном механизме мониторинга, который отражал бы все обсуждения и материалы, представленные до настоящего времени и который учитывал бы такие факторы, как возможность измерения, практическая осуществимость, достижимость и существующие стратегии ВОЗ в этой области;

(2) консультироваться с государствами-членами², в том числе по линии региональных комитетов и, в соответствующих случаях, региональных технических групп/рабочих групп экспертов, которые представляют доклады региональным комитетам через Секретариат, по этому пересмотренному дискуссионному документу;

(3) продолжать консультироваться со всеми соответствующими заинтересованными сторонами на транспарентной основе по пересмотренному дискуссионному документу, как указано в подпункте (8)(1);

(4) подготовить доклад с кратким изложением результатов дискуссий в каждом региональном комитете и информации, полученной в ходе диалога с заинтересованными сторонами, как указано в подпункте (8)(3);

(5) созвать официальное совещание государств-членов³, которое должно состояться до конца октября 2012 г., с целью завершить работу по всеобъемлющему механизму глобального мониторинга, включая показатели, и по комплексу глобальных добровольных целей в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними;

(6) представить основной доклад по рекомендациям, касающимся пунктов 61 и 62 Политической декларации Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, через Исполнительный комитет на его Сто тридцать второй сессии, Всемирной ассамблее здравоохранения на ее Шестьдесят шестой сессии.

(Десятое пленарное заседание, 26 мая 2012 г.)

¹ И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

² И, в соответствующих случаях, с региональными организациями экономической интеграции.

³ И, в соответствующих случаях, региональных организаций экономической интеграции.

WHA65(9) Реформа ВОЗ

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев документы по реформе ВОЗ, представленные Всемирной ассамблее здравоохранения¹;

приняв во внимание итоги состоявшихся обсуждений и решения, принятые по реформе ВОЗ Исполнительным комитетом на его Сто двадцать девятой сессии в мае 2011 г., специальной сессии по реформе в ноябре 2011 г. и на его Сто тридцатой сессии в январе 2012 г., а также совещания государств-членов по программам и установлению приоритетов в феврале 2012 г.,

ПОСТАНОВИЛА:**Реформы в отношении программ**

- (1) (a) положительно оценить доклад Председателя Исполнительного комитета о работе совещаний государств-членов по программам и установлению приоритетов и критериям, категориям и графику работы, изложенным в трех дополнениях к докладу²;
- (b) предложить Генеральному директору использовать согласованные принципы³ и указания, принятые Шестьдесят пятой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения, прежде всего в отношении социальных детерминант здоровья и обеспечения справедливости при разработке проекта двенадцатой общей программы работы и Проекта программного бюджета на 2014-2015 гг.;

Реформы стратегического руководства

- (2) одобрить решение Исполнительного комитета, принятое на его специальной сессии в ноябре 2011 г.⁴ в целях укрепления, рационализации и совершенствования методов работы и роли руководящих органов;
- (3) сохранить нынешнюю схему совещаний руководящих органов и вернуться к рассмотрению этого вопроса на сессии Исполнительного комитета в январе 2013 г. и в процессе подготовки представить исследование о практической возможности сдвига финансового года;
- (4) одобрить следующие предложения по повышению согласованности между региональными комитетами и Исполнительным комитетом:

¹ Документы A65/5, A65/5Add.1, A65/5Add.2, A65/40, A65/43 и A65/INF.DOC./6.

² См. документ A65/40.

³ См. документ A65/5 Add.1.

⁴ Решение EBSS2(2).

- (a) просить региональные комитеты высказывать замечания и представлять свой вклад во все глобальные стратегии, политику и правовые инструменты, такие как конвенции, положения и кодексы;
 - (b) Ассамблее здравоохранения передавать конкретные вопросы региональным комитетам в целях использования различных региональных точек зрения;
 - (c) региональным комитетам, в соответствующих случаях, адаптировать и осуществить глобальные стратегии;
 - (d) председателям региональных комитетов передавать в обычном порядке резюме доклада о результатах обсуждений в комитетах Исполкому;
- (5) одобрить следующие предложения по повышению гармонизации между региональными комитетами в связи с назначением региональных директоров, проверкой полномочий и участием наблюдателей;

Выдвижение кандидатур региональных директоров

- (a) региональным комитетам, которые еще не сделали этого, разработать в соответствии с принципами объективности, подотчетности и транспарентности:
 - (i) критерии отбора кандидатов; и
 - (ii) порядок оценки квалификации всех кандидатов;

Проверка полномочий государств-членов

- (b) региональным комитетам, которые еще не сделали этого, назначить комитеты по проверке полномочий или поручить задачу по проверке полномочий должностным лицам регионального комитета;

Участие наблюдателей

- (c) региональным комитетам, которые еще не сделали этого, обеспечить наличие надлежащих правил в своих соответствующих Правилах процедуры, которые позволяют им приглашать наблюдателей для участия в их сессиях, включая, в соответствующих случаях, государства-члены из других регионов, а также межправительственные и неправительственные организации;
- (6) принять к сведению, что пересмотренный круг ведения Комитета по программным, бюджетным и административным вопросам будет представлен Исполнительному комитету на его Сто тридцать первой сессии;
- (7) одобрить следующие предложения по рационализации процесса принятия решений и улучшить систему проведения совещаний руководящих органов:

- (a) должностным лицам Исполкома использовать соответствующие критерии, в том числе те, которые используются для установления приоритетов в проекте общей программы работы, при рассмотрении вопросов, подлежащих включению в повестку дня Исполкома;
 - (b) Исполкому рассмотреть возможность внесения поправок в свои Правила процедуры с целью урегулировать вопрос задержки с представлением проектов резолюций;
 - (c) руководящим органам лучше использовать резюме Председателя, содержащиеся в официальных отчетах, при том понимании, что они не заменяют официальных резолюций;
- (8) предложить Генеральному директору в консультации с государствами-членами:
- (a) предлагать варианты по возможным изменениям, которые необходимо внести в Правила процедуры руководящих органов, с целью ограничить число пунктов повестки дня и резолюций;
 - (b) предлагать варианты способов рационализации отчетности и системы связи с государствами-членами;
- (9) предложить Генеральному директору:
- (a) представить Исполнительному комитету на его Сто тридцать второй сессии в январе 2013 г. проект директивного документа о взаимодействии ВОЗ с неправительственными организациями;
 - (b) представить Исполнительному комитету на его Сто тридцать третьей сессии в мае 2013 г. проект директивного документа по взаимоотношениям с частными коммерческими субъектами;
 - (c) представить Исполнительному комитету на его Сто тридцать второй сессии доклад по механизмам ВОЗ, регулирующим прием и размещение партнерств в области здравоохранения, и предложения по согласованию работы с принятыми и размещенными партнерствами;

и в дополнение, в целях оказания поддержки в разработке документов, указанных в подпунктах (9)(a), (b) и (c), предложить Генеральному директору руководствоваться следующими принципами:

- (i) межправительственный характер процесса принятия решений в рамках ВОЗ продолжает сохранять первостепенную важность;
- (ii) разработка норм, стандартов, политики и стратегий, которая находится в центре работы ВОЗ, должна строиться, как и прежде, на систематическом использовании фактических данных и обеспечивать защиту от влияния корпоративных интересов в какой бы то ни было форме;

(iii) необходимость должного консультирования со всеми соответствующими сторонами с учетом разработанных принципов и руководств, регулирующих взаимодействие ВОЗ с государствами-членами и другими сторонами;

(iv) любая новая инициатива должна давать четкие преимущества и дополнительную пользу в плане обогащения политики или повышения национального потенциала с точки зрения общественного здравоохранения;

(v) улучшение работы на основе существующих механизмов должно пользоваться приоритетом по отношению к организации новых форумов, совещаний или структур и предусматривать проведение четкого анализа относительно того, каким образом любые дополнительные расходы могут обеспечить лучшую отдачу;

Реформы управления

(10) принять к сведению прогресс в деле укрепления технической и политической поддержки всех государств-членов;

(11) принять к сведению прогресс, достигнутый в кадровой политике и практике;

(12) предложить Генеральному директору более детально разработать с учетом руководящих указаний со стороны Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения предложения по повышению прозрачности, предсказуемости и гибкости финансирования ВОЗ для их представления Исполнительному комитету на его Сто тридцать второй сессии;

(13) принять к сведению прогресс в разработке внутренней системы контроля ВОЗ;

(14) принять к сведению прогресс, достигнутый в области подотчетности, управления рисками, конфликта интересов и создания бюро по этике;

(15) принять к сведению, что проект политики оценки ВОЗ будет представлен Исполнительному комитету на его Сто тридцать первой сессии;

(16) (a) принять к сведению выводы и рекомендации, содержащиеся в докладе о первом этапе оценки, представленном Внешним ревизором¹;

(b) принять к сведению предложенный круг ведения второго этапа независимой оценки, изложенный в отчете Внешнего ревизора, и предложить Генеральному директору представить документ о конкретных условиях проведения этой оценки для рассмотрения на Сто тридцать второй сессии Исполнительного комитета;

¹ Документ A65/5 Add.2.

(17) принять к сведению прогресс в области стратегических коммуникаций;

(18) одобрить решения и выводы, выработанные Исполкомом на его специальной сессии по реформе в отношении организационной эффективности, согласованности и результативности; финансирования Организации; кадровой политики и управления; планирования, основанного на результатах, управления и подотчетности и стратегических коммуникаций¹;

(19) предложить Генеральному директору представить через Исполнительный комитет на его Сто тридцать второй сессии доклад Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения о ходе осуществления реформы ВОЗ на основе механизма мониторинга и реализации.

(Десятое пленарное заседание, 26 мая 2012 г.)

WHA65(10) Объединенный пенсионный фонд персонала Организации Объединенных Наций: назначение представителей в Комитет Пенсионного фонда персонала ВОЗ

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения назначила д-ра Ali Jaffer Mohamed, делегата Омана, членом, а д-ра Michel Tailhades, делегата Швейцарии, - заместителем члена Комитета Пенсионного фонда персонала ВОЗ на трехлетний срок до мая 2015 года.

(Десятое пленарное заседание, 26 мая 2012 г.)

WHA65(11) Выбор страны, в которой будет проведена Шестьдесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения

Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, в соответствии со Статьей 14 Устава, приняла решение о том, что Шестьдесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения будет проведена в Швейцарии.

(Десятое пленарное заседание, 26 мая 2012 г.)

¹ Решение EBSS2(3).

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

КОНТРАКТ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА¹

[A65/4 Rev.1 – 26 апреля 2012 г.]

НАСТОЯЩИЙ КОНТРАКТ совершен сегодня, двадцать третьего мая две тысячи двенадцатого года, между Всемирной организацией здравоохранения (далее именуется "Организация"), с одной стороны, и д-ром Маргарет Фу Чун Чен Фунг (далее именуется "Генеральный директор"), с другой стороны.

ПРИНИМАЯ ВО ВНИМАНИЕ, что

(1) Статья 31 Устава Организации предусматривает, что Генеральный директор Организации назначается Всемирной ассамблеей здравоохранения (далее именуется "Ассамблея здравоохранения") по представлению Исполнительного комитета (далее именуется "Исполком") на условиях, устанавливаемых Ассамблеей здравоохранения; и

(2) кандидатура Генерального директора была должным образом представлена Исполкомом, и она была назначена на эту должность Ассамблеей здравоохранения на ее заседании, состоявшемся двадцать третьего мая две тысячи двенадцатого года, на пятилетний срок.

НАСТОЯЩИЙ КОНТРАКТ УДОСТОВЕРЯЕТ договоренность Сторон о нижеследующем:

I. (1) Генеральный директор исполняет свои обязанности начиная с первого июля две тысячи двенадцатого года по тридцатое июня две тысячи семнадцатого года, на какую-либо дату срок ее назначения и срок действия настоящего Контракта истекают.

(2) Подчиняясь Исполкому, Генеральный директор осуществляет функции главного технического и административного сотрудника Организации и выполняет те обязанности, которые предусмотрены в Уставе и правилах Организации и/или могут быть возложены на нее Ассамблеей здравоохранения или Исполкомом.

(3) Генеральный директор подчиняется Положениям о персонале Организации в той мере, в какой они относятся к ней. В частности, она не должна занимать никаких других административных постов и не должна получать выплат за деятельность, имеющую отношение к Организации, из каких-либо внешних источников. Она не должна работать по найму, заниматься предпринимательством или какой-либо другой деятельностью, которая может помешать исполнению ею своих обязанностей в Организации.

¹ См. резолюцию WHA65.1.

(4) В течение срока пребывания в должности Генеральный директор пользуется всеми соответствующими ее положению привилегиями и иммунитетами, которые предусматриваются Уставом Организации и любыми соглашениями на этот счет, которые уже действуют или могут быть заключены в будущем.

(5) Генеральный директор может в любое время подать письменное заявление об отставке, представив его за шесть месяцев Исполкому, который уполномочен принять такую отставку от имени Ассамблеи здравоохранения; в этом случае, по истечении указанного выше периода уведомления, Генеральный директор оставляет свою должность, и действие настоящего Контракта прекращается.

(6) Ассамблея здравоохранения имеет право, по предложению Исполкома и заслушав Генерального директора, при условии письменного уведомления за шесть месяцев, расторгнуть настоящий контракт, если для этого имеются чрезвычайно важные причины, которые могут нанести ущерб интересам Организации.

II. (1) Начиная с первого июля две тысячи двенадцатого года Генеральный директор будет получать от Организации годовой оклад в размере двухсот тридцати двух тысяч восьмисот пятидесяти девяти долларов США до обложения налогами, что составляет чистый (выплачиваемый ежемесячно) оклад в размере ста семидесяти шести тысяч пятисот одного доллара США в год по ставке для сотрудников, имеющих иждивенцев (ста пятидесяти шести тысяч девятисот шестидесяти четырех долларов США по ставке для сотрудников, не имеющих иждивенцев), или эквивалентную сумму в такой другой валюте, которая может быть выбрана по взаимному согласию сторон настоящего Контракта.

(2) Помимо обычных коррективов и надбавок, выплачиваемых сотрудникам в соответствии с Правилами о персонале, Генеральный директор получает ежегодно на представительские расходы двадцать одну тысячу долларов США или эквивалентную сумму в такой другой валюте, которая может быть выбрана по взаимному согласию сторон настоящего Контракта; эта надбавка выплачивается ежемесячно начиная с первого июля две тысячи двенадцатого года. Сумма на представительские расходы используется Генеральным директором исключительно по собственному усмотрению и предназначена для покрытия представительских расходов, связанных с ее официальными обязанностями. Она имеет право на возмещение таких расходов, как дорожные расходы и расходы на перевозку имущества при переезде к месту назначения, расходы, связанные с последующим изменением места службы, прекращением службы, а также с командировками и поездкой в отпуск на родину.

III. Условия настоящего Контракта, относящиеся к размеру оклада и сумме на представительские расходы, могут быть пересмотрены и изменены Ассамблеей здравоохранения по предложению Исполкома и после консультации с Генеральным директором, для того чтобы привести их в соответствие с положениями, которые касаются условий найма сотрудников и которые Ассамблея здравоохранения может решить применять к сотрудникам, уже находящимся на службе.

IV. Если в связи с настоящим Контрактом возникает какой-либо вопрос, касающийся его интерпретации, или спорный вопрос, который не может быть урегулирован путем переговоров или достижения соглашения, этот вопрос должен быть передан для

окончательного решения компетентному трибуналу, как предусмотрено в Правилах о персонале.

В УДОСТОВЕРЕНИЕ ЧЕГО мы поставили свои подписи в указанные в начале Контракта день и год.

[подпись]
Д-р Маргарет Чен
Генеральный директор

[подпись]
Профессор Thérèse N'Dri-Yoman
Председатель
Всемирной ассамблеи здравоохранения

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Комплексный план осуществления действий в области питания матерей, а также детей грудного и раннего возраста¹

[A65/11 – 26 апреля 2012 г. и
A65/11 Corr.1 – 11 мая 2012 г.]

ОБОСНОВАНИЕ

Глобальные проблемы в области питания являются многогранными

1. Адекватное предоставление питательных веществ, начиная с ранних этапов жизни, имеет важное значение для обеспечения хорошего физического и психического развития и долгосрочного здоровья. Недостаточное наличие или доступ к продуктам адекватного питательного качества или же воздействие условий, которые препятствуют усвоению или использованию питательных веществ, приводят к тому, что значительные группы населения в мире недоедают, имеют плохой витаминный и минеральный статус или страдают от ожирения, и в то же время между группами населения наблюдаются значительные различия. Эти состояния часто присутствуют одновременно и являются взаимосвязанными.

2. Среди женщин как низкий индекс массы тела, так и невысокий рост сильно распространены в странах с низким уровнем доходов, приводят к плохому развитию плода, повышенному риску осложнений во время беременности и необходимости квалифицированной помощи при родах². В некоторых странах южно-центральной Азии рост более 10% женщин в возрасте 15-49 лет составляет менее 145 сантиметров. В странах Африки к югу от Сахары, южно-центральной и юго-восточной Азии индекс массы тела у 20% женщин составляет менее 18,5 кг/м² и эта цифра достигает 40% в Бангладеш, Эритрее и Индии. В противоположность этому, все больше женщин беременеют при индексе массы тела более 30 кг/м², что приводит к повышенному риску осложнений при беременности и родах, а также к большей массе тела при рождении и повышенному риску ожирения у детей.

3. Железодефицитная анемия поражает 30% женщин репродуктивного возраста (468 миллионов) и 42% беременных женщин (56 миллионов). Анемия у матерей связана

¹ Одобренный Шестидесят пятой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в резолюции WHA65.6.

² Black RE et al. Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008; **371**:243-260. Data are also taken from the Monitoring and Evaluation to Assess and Use Results Demographic and Health Surveys (MEASURE DHS) project (<http://www.measuredhs.com/Data/>, по состоянию на 27 марта 2012 г.).

с пониженной массой тела при рождении и с повышенным риском материнской смертности. Показатели анемии за последние два десятилетия заметно не улучшились¹.

4. По оценкам, ежегодно 13 миллионов детей рождаются с задержкой внутриутробного развития² и приблизительно 20 миллионов - с низкой массой тела при рождении³. Ребенок, родившийся с низкой массой тела, в последующей жизни подвержен повышенному риску заболеваемости и смертности, а также большей вероятности неинфекционных заболеваний, таких как диабет и гипертензия.

5. В 2010 г. приблизительно 115 миллионов детей имели пониженную массу тела, 55 миллионов имели низкую массу тела по отношению к росту и 171 миллион детей в возрасте до пяти лет имел задержку развития⁴. Согласно оценкам, доля детей в возрасте до пяти лет, имеющих пониженную массу тела, в развивающихся странах в период между 1990 г. и 2010 г. уменьшилась с 29% до 18%, но этого еще недостаточно, чтобы выполнить указанную в Декларации тысячелетия Задачу 1.С Цели 1 в области развития, состоящую в сокращении вдвое в период между 1990 г. и 2015 г. уровней распространенности пониженной массы тела. Достаточное снижение произошло в Азии и Латинской Америке, но значительные усилия все еще необходимы в Африке. Кроме того, в 2010 г. 43 миллиона детей дошкольного возраста в развивающихся и развитых странах имели избыточную массу тела или страдали от ожирения⁵. Распространенность детского ожирения в странах с низким и средним уровнями доходов за последние 10 лет ускоряется; по оценке ВОЗ, в 2015 г. этот коэффициент достигнет 11%, что приближается к распространенности в странах с уровнем доходов выше среднего (12%). Страдающие ожирением дети вполне вероятно вырастут в страдающих ожирением взрослых; будут иметь повышенный риск диабета типа 2; болезни печени и нарушения дыхания, связанные со сном; и уменьшенные шансы социальных и экономических успехов во взрослой жизни.

6. Анемия поражает 47,4% (293 миллиона) детей в группе дошкольного возраста⁶ и 33,3% (190 миллионов) детей дошкольного возраста во всем мире страдают от дефицита витамина А⁷.

¹ United Nations System Standing Committee on Nutrition. *Progress in nutrition: Sixth report on the world nutrition situation*. Geneva, UNSCN Secretariat, 2010.

² de Onis M, Blössner M, Villar J. Levels and patterns of intrauterine growth retardation in developing countries. *European Journal of Clinical Nutrition* 1998; **52** (Suppl.1):S5-S15.

³ United Nations Children's Fund and World Health Organization, *Low birthweight: country, regional and global estimates*. New York, UNICEF, 2004.

⁴ Underweight and stunting: *World Health Statistics, 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.

⁵ de Onis M, Bloessner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2010; **92**: 1257–64.

⁶ De Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M (Eds). *Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005: WHO global database on anaemia*. Geneva, World Health Organization, 2008, pp.1–40.

⁷ *Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995-2005: WHO global database on vitamin A deficiency*. Geneva, World Health Organization, 2009.

7. На нутритивный статус влияют также факторы, связанные с окружающей средой. В странах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции эта инфекция оказывает как прямое влияние на нутритивный статус инфицированных женщин и детей, так и косвенное в результате ухудшения продовольственной безопасности у домашних хозяйств и неправильного выбора практики кормления грудных детей для предотвращения передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Плохая продовольственная безопасность повышает вероятность принятия женщинами рискованного поведения, которое подвергает их повышенному риску инфицирования ВИЧ. Употребление табака (как табакокурение, так и употребление бездымного табака) во время беременности отрицательно влияет на здоровье плода. Непосредственное курение матери, так же как воздействие вторичного табачного дыма во время беременности повышает риск осложнений при беременности, включая низкую массу тела ребенка при рождении и преждевременные роды. Во многих странах с низким и средним уровнями доходов, курят все больше людей, особенно молодые девушки и женщины репродуктивного возраста. Несмотря на то, что доля курящих женщин во многих странах является низкой, женщины и их дети по-прежнему подвергаются высокому риску неблагоприятного исхода беременности из-за воздействия на них вторичного табачного дыма. При употреблении табака вредные вещества передаются плоду через плаценту, а новорожденным - через грудное молоко. Расходы на табак ограничивают также возможности семей обеспечить лучшее питание для беременных женщин и детей.

8. По оценкам, недостаточность питания в детском возрасте является причиной 35% всех случаев смерти детей в возрасте до пяти лет. Более двух миллионов детей умирают ежегодно в результате недоедания до достижения ими пяти лет и, как предполагается, железодефицитная анемия способствует значительному числу случаев материнской смерти ежегодно в странах с низким и средним уровнями доходов. На недостаточное питание матерей и детей приходится 11% глобального бремени болезней¹.

9. Недостаточность питания оказывает отрицательное воздействие на когнитивное развитие, успехи в школе и на производительность. Задержка роста и дефицит йода и железа в сочетании с недостаточным когнитивным стимулированием являются ведущими факторами риска, которые способствуют тому, что приблизительно 200 миллионов детей не достигают своего полного потенциала развития. Каждый процент увеличения роста взрослых людей связан с увеличением на 4% заработной платы в сельском хозяйстве², а ликвидация анемии могла бы привести к увеличению производительности взрослых на 5%-17%. Недостаточность питания является препятствием для прогресса в достижении Целей тысячелетия в области развития: Цели 1 (Ликвидация крайней нищеты и голода), Цели 2 (Обеспечение всеобщего начального образования), Цели 3 (Поощрение равенства мужчин и женщин и расширение прав и возможностей женщин), Цели 4 (Сокращение детской смертности), Цели 5 (Улучшение охраны материнства) и Цели 6 (Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими болезнями).

¹ Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, Mathers C, Rivera J. Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008; **371**: 243-260.

² Haddad L Bouis HE. The Impact of Nutritional Status on Agricultural Productivity: Wage Evidence from the Philippines. Warwick (United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland), Development Economics Research Centre. Papers, No. 97, 1989.

Эффективные действия в области питания существуют, но не осуществляются в достаточно широких масштабах

10. Обзор и анализ политики государств-членов в 2009-2010 гг.¹ показал, что большинство стран имеют разнообразные политику и программы по питанию. Однако такая политика часто является неадекватной перед лицом сложности проблем в области питания матерей и детей грудного и раннего возраста и не оказывает ожидаемого воздействия.

11. Даже если политика в области питания существует, она не всегда является официально принятой, часто не имеет оперативных планов и программ работы с четкими целями, задачами, сроками и результатами; не указывает роли и обязанности участников или не определяет потребности в кадрах и возможностях; и не включает оценку процессов и результатов.

12. Обзор политики показал, что исправление положения в отношении недостаточности питания матерей не было приоритетом в странах с высоким бременем материнской смертности. Немногие из 36 стран с наивысшим бременем недостаточности питания осуществляют в национальных масштабах полный набор эффективных мероприятий для предупреждения низкой массы тела у детей и недостаточности питания матерей, а также для содействия раннему развитию ребенка.

13. Мероприятиям, которые могут выполняться непосредственно сектором здравоохранения, не хватает детального руководства по осуществлению и они выполняются лишь частично, если системы здравоохранения являются слабыми. Многие страны приняли комплексные стратегии в области здоровья матерей, новорожденных и детей более старшего возраста, которые включают мероприятия в области питания, но фактическое оказание поддержки питанию в службах здравоохранения часто является неадекватным и имеется мало показателей для измерения охвата.

14. В национальных стратегиях развития не уделяется должное внимание вопросам питания. Национальная политика по продовольствию и питанию часто сосредоточена на моделях информации и информированного выбора и мало внимания обращает на структурные, фискальные и регулирующие меры, направленные на изменение неблагоприятных для питания условий.

15. Осуществление программ недостаточно хорошо координируется между различными участниками. Во всех регионах координация политики и руководство политикой в большинстве случаев происходит в министерствах здравоохранения с различным вкладом со стороны министерств образования, сельского хозяйства, продовольствия и социального обеспечения. Осуществление политики и программ часто зависит от внешнего финансирования и не является стабильным. Мониторинг деятельности проводится либо нерегулярно, либо неудовлетворительно.

16. Осуществление Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока и связанных с ним последующих резолюций Ассамблеи здравоохранения не является

¹ *A review of food and nutrition policies*. Geneva, World Health Organization, 2012.

согласованным между странами. Законодательные положения приняты в 103 государствах-членах и составлены в 9; 37 государств-членов полагаются на добровольное соблюдение изготовителями детских смесей, и 25 государств-членов не предприняли никаких действий для соблюдения Кодекса; информация для 20 государств-членов отсутствует¹.

17. В большинстве из этих 103 государств-членов имеются законодательные положения для запрещения пропаганды определенных продуктов среди широких слоев населения, работников здравоохранения и в медицинских учреждениях, а также положения с требованиями в отношении маркировки. Меньше государств-членов имеют положения, касающиеся предупреждений о контаминации и запретов на утверждения о питательной ценности или пользе для здоровья.

18. Менее 50% стран, принявших законодательные меры, имеют также законодательные положения о мониторинге соблюдения Кодекса. Только 37 стран имеют функционирующие механизмы для мониторинга и/или принудительного исполнения, и имеющаяся информация о составе, полномочиях и функциях таких механизмов является ограниченной.

19. Региональные бюро продолжают обновлять информацию об осуществлении Кодекса. Предпринятый недавно ПАОЗ обзор осуществления Кодекса в 1981-2011 гг.² свидетельствует о том, что 16 стран имеют законодательные меры, и шесть из них регулируют осуществление законом. Предпринятый в 2007 г. ЮНИСЕФ обзор 24 стран Западной и Центральной Африки³ показал, что в половине из этих стран имелись всесторонние законодательные меры.

ЦЕЛЬ, ЗАДАЧИ И СРОКИ

20. Данный план направлен на облегчение двойного бремени недостаточности питания у детей, начиная с самых ранних этапов развития. Значительные преимущества могут быть получены посредством концентрации усилий в период с момента зачатия до окончания первых двух лет жизни, однако в то же время необходимо рассмотреть подход, основанный на всем жизненном цикле, чтобы нутритивный статус можно было поддерживать.

21. Прогресса можно достичь за короткий период, и большинство задач в области питания могут быть решены на протяжении жизни нынешнего поколения. Например, с помощью существующих в настоящее время нутриционистских мероприятий за короткий период

¹ Информация получена от ЮНИСЕФ; эти страны включают также все государства-члены, сообщившие о соблюдении Кодекса, как этого требуют его статьи 11.6 и 11.7. Вопросники были направлены государствам-членам в 2007 г. и 2009 г. и результаты кратко представлены в документах A61/17 Add.1, раздел F, и A63/9.

² Sokol E, Aguayo V, Clark D. *Protecting breastfeeding in West and Central Africa: 25 years implementing the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. Dakar, UNICEF Regional Office for West and Central Africa, 2007.

³ 30 años del Código en América Latina: Un recorrido sobre diversas experiencias de aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en la Región entre 1981 y 2011. Washington DC, PAHO, 2011.

времени можно предотвратить по крайней мере одну треть случаев задержки развития¹. Однако полная ликвидация некоторых состояний может потребовать более длительных сроков. Необходимы обязательства на десятилетние инвестиции для расширения нутриционистских мероприятий с целью предотвращения одного миллиона случаев детской смерти ежегодно. Учитывая необходимость согласовать этот план с другими схемами развития, в которых также принимается во внимание питание, предлагается, чтобы этот план был рассчитан на 13-летний срок (2012-2025 гг.). Отчетность будет производиться один раз в два года до 2022 г. и последний доклад будет представлен в 2025 году.

22. Глобальные задачи играют важную роль при определении приоритетных областей и в качестве катализаторов глобальных перемен. Глобальные задачи могут вдохновлять на выбор приоритетов и устремлений на страновом уровне. Они не предназначены для навязывания выбора для отдельных стран и регионов. Глобальные задачи могут служить для оценки достижений и построения механизмов отчетности. Задачи необходимы для таких нутритивных состояний, которые ответственны за значительную часть бремени заболеваемости и смертности, связанных с питанием, с момента зачатия до первых двух лет жизни: задержку развития, материнскую анемию и низкую массу тела при рождении². Пониженная масса тела ребенка, в которой задержка роста представляет значительную долю, является самой крупной причиной смерти и потерянных из-за инвалидности лет жизни у детей в возрасте до пяти лет, а железодефицитная анемия способствует материнской смертности в странах с низким и средним уровнем доходов. Задачи в этом отношении дополняют и поддержат Задачу 1.С Цели тысячелетия в области развития 1 в связи с сокращением распространенности случаев пониженной массы тела у детей. Четвертая задача этой цели, касающаяся избыточной массы тела у детей, является оправданной, учитывая наблюдаемое во всем мире быстрое увеличение распространенности этого состояния. Предложенные задачи основаны на опыте стран и существовании эффективных мероприятий.

23. **Глобальная задача 1: сократить к 2025 г. на 40% случаи задержки развития детей в возрасте до пяти лет.** Эта задача подразумевает сравнительное сокращение к 2025 г. случаев задержки развития детей в возрасте до 5 лет на 40% по сравнению с базовым показателем 2010 года. Это будет означать сравнительное сокращение на 3,9 % в год в период между 2012 г. и 2025 г.³ и подразумевает уменьшение числа детей с задержкой роста с 171 миллиона в 2010 г. до приблизительно 100 миллионов, т.е. примерно на 25 миллионов меньше, чем это число могло бы быть, если бы существующие тенденции не подверглись изменениям⁴. Анализ данных по 110 странам в отношении

¹ Bhutta ZA et al. for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet*, 2008, **371**:417-440.

² Разработка глобальных задач была предложена государствами-членами на региональных консультациях. Предварительные тексты задач были обсуждены на региональных консультациях в Регионе стран Америки и Регионе Восточного Средиземноморья, однако необходимо провести более широкие консультации с государствами-членами на сессии Исполнительного комитета и с помощью электронных средств.

³ $R = \ln(P1/P2)/t$.

⁴ de Onis M, Bloessner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children, 1990–2020. *Public Health Nutrition* 2012; **15**:142-148.

распространенности задержки роста по крайней мере по двум эпизодам за период 1995-2010 гг.¹ показывает, что в глобальных масштабах задержка роста сокращается темпами, составляющими 1,8% в год (2,6% в странах с распространенностью задержки роста более 30%). За этот период 20% стран снижали задержку роста темпами, составляющими 3,9% или выше.

24. Глобальная задача 2: сократить к 2025 г. на 50% случаи анемии у женщин репродуктивного возраста. Эта задача предполагает сравнительное снижение к 2025 г. на 50% числа небеременных женщин репродуктивного возраста (15-49 лет), страдающих анемией, по сравнению с базовым показателем за период 1993-2005 гг., используемым в качестве точки отсчета. Это будет соответствовать ежегодному сравнительному сокращению числа случаев анемии на 5,3% в период между 2012 г. и 2025 г. и означает снижение числа небеременных женщин, страдающих анемией, до приблизительно 230 миллионов. В некоторых странах наблюдалось снижение распространенности анемии у небеременных женщин, что следует из неоднократно проводимых национальных обзоров, которые упомянуты в Шестом докладе о положении в мире в области питания, подготовленном Постоянным Комитетом Организации Объединенных Наций по питанию²: в Китае с 50% до 19,9% за 21 год (1981-2002 гг.); в Непале с 65% до 34% за 8 лет (1998-2006 гг.); в Шри-Ланке с 59,8% до 31,9% за 13 лет (1988-2001 гг.); в Камбодже с 56,2% до 44,4% за 6 лет (2000-2006 гг.); во Вьетнаме с 40% до 24,3% за 14 лет (1987-2001 гг.); и в Гватемале с 35% до 20,2% за 7 лет (1995-2002 гг.). Эти цифры свидетельствуют о ежегодном относительном снижении на 4%-8%.

25. Глобальная задача 3: снижение к 2025 г. на 30% числа детей с низкой массой тела при рождении. Задача предполагает относительное снижение к 2025 г. на 30% числа детей грудного возраста, имевших при рождении вес менее 2500 гр. по сравнению с базовым показателем, установленным в 2006-2010 гг. и применяемым в качестве эталонной отправной точки. Это будет означать относительное снижение на 3,9% в год за период 2012-2025 годы. В Бангладеш и Индии, где рождается приблизительно половина детей в мире с низкой массой тела, распространенность таких случаев уменьшилась, соответственно, с 30,0% до 21,6% (между 1998 г. и 2006 г.) и с 30,4% до 28,0% (между 1999 г. и 2005 г.). Снижение распространенности низкой массы тела при рождении отмечается в Сальвадоре (с 13% до 7% между 1998 г. и 2003 г.), в Южной Африке (с 15,1% до 9,9% между 1998 г. и 2003 г.) и в Объединенной Республике Танзания (с 13,0% до 9,5% между 1999 г. и 2005 г.). В этих примерах зарегистрированные показатели снижения находятся в диапазоне от 1% до 12% в год. Более высокие темпы снижения наблюдались в странах, где значительная доля низкого веса при рождении объясняется ограничениями внутриутробного развития, частичного устранения которых добиться легче, чем снижения количества преждевременных родов.

26. Глобальная задача 4: отсутствие к 2025 г. роста числа случаев детского ожирения. Задача предполагает, что глобальная распространенность ожирения, составляющая 6,7% (95% доверительный интервал (ДИ) – 5,6-7,7), рассчитанная на 2010 г. согласно нынешним

¹ Получено по 430 точкам данных.

² Постоянный комитет Организации Объединенных Наций по питанию. Шестой доклад о положении в мире в области питания. Женева, 2010 г.

тенденциям¹, не должна возрасти до 10,8% (в 2025 г.) и что число детей в возрасте до пяти лет, страдающих избыточной массой тела, не должно возрасти с 43 миллионов до приблизительно 70 миллионов, как это могло бы выходить из прогнозов. В разных регионах мира показатели роста различны, причем более быстрые темпы отмечаются в странах, в которых быстро расширяются продовольственные системы, в таких как страны Северной Африки. В странах с более высоким уровнем доходов информация, поступающая с национального и регионального уровней, указывает на то, что в социально-экономических группах, занимающих более высокое положение, темпы роста детского ожирения ниже. Образ жизни и работу в области экологии, проводимую в этих условиях, можно взять за образец надлежащей практики. В странах с низким и средним уровнем доходов программный опыт невелик. Программы борьбы против детского ожирения ориентированы главным образом на детей школьного возраста². Помимо этого, важную роль играет предупреждение увеличения распространенности избыточного веса у детей в странах, где ведется работа по предупреждению задержки роста.

27. Глобальная задача 5: увеличить к 2025 г. по крайней мере, на 50% распространенность исключительно грудного вскармливания в первые шесть месяцев жизни. Эта задача предполагает, что текущий глобальный показатель, составляющий, согласно расчетам, 37% за период 2006–2010 гг., должен к 2025 г. возрасти до 50%. Для этого потребуются относительный прирост в 2,3% за год, в результате чего примерно еще 10 миллионов детей будут получать исключительно грудное вскармливание до шестимесячного возраста. Во всем мире показатели исключительно грудного вскармливания увеличилась с 14% в 1985 г. до 38% в 1995 г., но существенно снизилась в большинстве регионов. Однако быстрое и существенное увеличение коэффициентов распространенности исключительно грудного вскармливания, нередко превышающих намечаемую глобальную задачу, достигнуто в отдельных странах всех регионов, в таких как Камбоджа (с 12% до 60% между 2000 г. и 2005 г.) в Мали (с 8% до 38% между 1996 г. и 2006 г.) и в Перу (с 33% до 64% между 1992 г. и 2007 г.).

28. Глобальная задача 6: сократить к 2025 г. распространенность истощения у детей до уровня менее 5% и удержать на этом уровне. Эта задача предполагает, что глобальная распространенность истощения у детей, составляющая, по оценке за 2010 г., 8,6%, должна быть снижена в 2025 г. до менее 5% и должна удерживаться ниже этого уровня³. В период 2005–2010 гг. 53 страны сообщали о распространенности истощения у детей, превышавшей уровень 5% как минимум один раз. Для снижения распространенности истощения необходимы профилактические меры, например доступность высококачественных продуктов и медико-санитарной помощи; улучшение питания и знания санитарных норм и практики; исключительно грудное вскармливание в течение первых шести месяцев и более передовые методы дополнительного кормления всех детей в возрасте от 6 до 24 месяцев; а

¹ de Onis M, Bloessner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2010; 92:1257–1264.

² Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and technical meeting, Geneva, 15–17 December 2009.

³ Глобальные и региональные оценки ВОЗ по тенденциям недоедания у детей.

также более эффективные системы водоснабжения и санитарии и гигиеническая практика, которые оберегают детей от инфекционных заболеваний. Значительные контингенты детей в состоянии тяжелого истощения могут проходить лечение в домашних условиях, без помещения их в медучреждение или в центр терапевтического кормления¹. В случаях умеренной острой недостаточности питания лечение должно проводиться с оптимальным использованием доступных на месте продуктов питания, добавляя при необходимости дополнительные продукты специальной рецептуры.

ПРАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ

29. Этот план действий иллюстрирует ряд приоритетных мероприятий, которые следует совместно осуществлять государствам-членам и международным партнерам. Понадобится адаптация к условиям конкретных стран и регионов под руководством соответствующих национальных и региональных органов.

МЕРА 1: Создать благоприятную среду для осуществления всесторонней политики в области продовольствия и питания

30. Прогресс в достижении целей в области питания требует политической приверженности на высоком уровне и широкой общественной поддержки. Существующую политику в области продовольствия и питания необходимо пересмотреть, чтобы полностью решить все основные задачи в области питания и воздействовать на распределение этих проблем в обществе. Дальнейшей целью такого пересмотра является обеспечение центрального места вопросов питания в политике других секторов и в общей политике развития. Важными факторами для успешного осуществления этой политики являются: (a) официальное принятие соответствующими правительственными органами; (b) создание межсекторального механизма управления; (c) привлечение партнеров по развитию и гражданского общества; и (d) участие местного населения. Частный сектор также может содействовать лучшему снабжению продовольствием и повысить занятость и, следовательно, доходы. Для предотвращения возможных конфликтов интересов должны быть задействованы необходимые гарантии.

31. Действия, предлагаемые для государств-членов

- (a) пересмотреть политику в области питания, чтобы она полностью учитывала двойное бремя недостаточности питания, использовала подход, основанный на правах человека, и была официально одобрена парламентом или правительством;

¹ Ведение тяжелой острой недостаточности питания в общине. Совместное заявление Всемирной организации здравоохранения, Всемирной продовольственной программы, Постоянного комитета системы Организации Объединенных Наций по вопросам питания и Детского фонда Организации Объединенных Наций. ВОЗ, Женева, 2007 г.

- (b) включить вопросы питания в общую политику развития страны, документы в отношении Стратегии по сокращению бедности и в соответствующие секторальные стратегии;
- (c) создать эффективные межсекторальные механизмы стратегического управления для осуществления политики в области питания на национальном и местном уровнях, способствующей интеграции политики во все секторы;
- (d) привлечь местные органы управления и население к разработке планов по расширению мер в области питания и обеспечить их включение в существующие программы работы с населением;
- (e) установить диалог с соответствующими национальными и международными сторонами и сформировать альянсы и партнерства для расширения практических мер в области питания, создавая адекватные механизмы обеспечения гарантий против возможного конфликта интересов.

32. Действия, предлагаемые для Секретариата

- (a) оказать поддержку государствам-членам, по их просьбам, в укреплении национальной политики и стратегий в области питания, а также связанных с питанием компонентов в политике других секторов, включая национальную политику в области развития и документы в отношении Стратегии по сокращению бедности;
- (b) улучшить доступ к нормативным и политическим руководящим принципам, информационным продуктам, практическим средствам и сетям экспертов.

33. Действия, предлагаемые для международных партнеров

- (a) осуществить глобальные информационно-пропагандистские инициативы, повышающие осознание общественностью необходимости расширить практические меры в области питания;
- (b) укрепить международное сотрудничество по вопросам питания, чтобы согласовать стандарты, политику и действия с помощью адекватных механизмов и межправительственных органов, таких как Всемирная ассамблея здравоохранения, Комитет по всемирной продовольственной безопасности и Экономический и Социальный Совет Организации Объединенных Наций;
- (c) принять участие в международных механизмах координации, включая движение за Расширение масштабов действий в области питания и Постоянный комитет по питанию Организации Объединенных Наций.

МЕРА 2: Включить в национальные планы по питанию все необходимые и эффективные действия, влияющие на питание

34. Многие разнообразные действия, направленные на изменение поведения, оказание нутритивной поддержки и уменьшение воздействия ряда экологических факторов риска доказали свою эффективность и должны быть рассмотрены для осуществления в национальных масштабах. Эффективные непосредственные мероприятия в области питания и в области здравоохранения, которые оказывают влияние на питание и могут быть осуществлены системой здравоохранения, кратко изложены в справочном документе, прилагаемом к настоящему плану¹, и соответствующая информация передана в электронную библиотеку ВОЗ Фактической информации о практических действиях в области питания. Этот список включает мероприятия, которые необходимо рассмотреть либо для отдельных групп населения, либо в особых обстоятельствах, включая чрезвычайные ситуации. Принятые в ВОЗ процедуры обеспечивают постоянное обновление фактической информации и выявление пробелов в исследованиях. Эти меры служат в качестве вариантов, приводимых в действие в зависимости от потребностей стран.

35. Наибольшие преимущества получаются в результате улучшения питания на ранних этапах жизни. Вместе с тем необходим также подход к улучшению питания, основанный на всем жизненном цикле, с действиями, направленными на детей более старшего возраста и подростков, помимо детей грудного и раннего возраста, с тем чтобы обеспечить наилучшие возможные условия для матерей до зачатия и уменьшить частоту случаев низкой массы тела при рождении и прервать следующий из поколение в поколение цикл недостаточности питания. Кроме этого для решения проблемы детского ожирения потребуются принимать меры на протяжении всех лет обучения в школе².

36. Мероприятия должны быть в максимально возможной степени интегрированы в существующие системы медико-санитарной помощи. Они должны быть увязаны с существующими программами и осуществляться комплексно, чтобы повысить эффективность с точки зрения затрат. Важное значение будет иметь осуществление принятых ВОЗ подходов и мероприятий: Комплексного ведения детских болезней, Комплексного ведения болезней подростков и взрослых и Комплексного ведения беременности и родов. Кроме того, укрепление систем здравоохранения является центральным элементом успешной стратегии в области питания.

37. Структура комплексных мероприятий может основываться на потребностях страны и на уровне инвестиций. Программы, основанные на общине, объединяющие различные мероприятия, непосредственно осуществляемые в области питания в рамках первичной медико-санитарной помощи, с системами обеспечения всеобщего доступа, должны получить приоритет как эффективные с точки зрения затрат. Группа организаций системы Организации Объединенных Наций совместно разработала программный пакет “OneHealth Costing Tool”, который можно легко приспособить к различным условиям в странах.

¹ *Essential nutrition actions. Improving maternal-newborn-infant and young child health and nutrition.* Geneva, World Health Organization, 2012.

² *Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and technical meeting, Geneva, 15–17 December 2009.* Geneva, World health organization, 2010.

38. Действия, предлагаемые для государств-членов

- (a) включить все проверенные мероприятия в области питания, целесообразные для данной страны, в службы охраны здоровья матерей, детей и подростков и обеспечить их доступность для всех;
- (b) учитывать глобальную стратегию по питанию детей грудного и раннего возраста, глобальную стратегию по питанию и физической активности и рекомендации ВОЗ по питанию в национальной политике;
- (c) укрепить системы здравоохранения, содействовать всеобщему охвату и принципам первичной медико-санитарной помощи;
- (d) разработать или, в случае необходимости, укрепить законодательные, регулирующие и другие эффективные меры для борьбы с маркетингом заменителей грудного молока, чтобы обеспечить соблюдение Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока и выполнение соответствующих резолюций, принятых Ассамблеей здравоохранения.
- (e) проводить энергичные кампании на местном уровне по пропаганде грудного вскармливания.

39. Действия, предлагаемые для Секретариата

- (a) рассмотреть, обновить и расширить руководство ВОЗ и средства для эффективных мер в области питания, освещать хорошую практику соответствующих механизмов и распространять информацию;
- (b) применять эффективный с точки зрения затрат анализ к здравоохранительным мероприятиям, воздействующим на питание;
- (c) оказывать поддержку государствам-членам, по их просьбам, в осуществлении политики и программ, направленных на улучшение нутритивных результатов;
- (d) оказывать поддержку государствам-членам, по их просьбам, в их усилиях по разработке или, в случае необходимости, укреплению и мониторингу законодательных, регулирующих и других эффективных мер для контроля сбыта заменителей грудного молока;
- (e) созвать совещание с партнерами из академических учреждений для составления приоритезированной повестки дня научных исследований.

40. Действия, предлагаемые для международных партнеров

- (a) согласовать планы по оказанию помощи развитию с мерами в области питания, признанными эффективными;

- (b) оказать поддержку компонентам питания стратегий по охране здоровья матерей и детей, таких как Комплексная стратегия охраны здоровья матерей, новорожденных и детей более старшего возраста.

МЕРА 3: Стимулировать политику и программы в области развития за пределами сектора здравоохранения, которые признают и включают вопросы питания

41. Секторальные стратегии развития, учитывающие вопросы питания, необходимы для сокращения двойного бремени недостаточного питания и избыточной массы тела; они должны быть направлены на содействие спросу на более здоровые продукты питания и снабжение ими и на ликвидацию препятствий для доступа к ним и употребления более здоровых продуктов. Следует привлечь многие секторы, но, главным образом, секторы сельского хозяйства, пищевой промышленности, торговли, социальной защиты, образования, труда и общественной информации. Следует также рассмотреть общие для всех секторов вопросы, такие как гендерное равенство, качество управления и учреждений, а также мир и безопасность. Эти вопросы могут быть рассмотрены во время разработки и осуществления рамочного механизма, подобного Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, которая придала сильный стимул борьбе против употребления табака.

42. Комитет по всемирной продовольственной безопасности подготавливает глобальные стратегические рамки по продовольственной безопасности и питанию. Тем временем, ряд общих принципов можно получить из существующих политических рамок, опыта стран и анализа фактических данных. Например, хроническая недостаточность питания была успешно сокращена в некоторых странах Юго-Восточной Азии и Латинской Америки благодаря одновременному осуществлению политики и программ, направленных на улучшение продовольственной безопасности, сокращение бедности и социальных неравенств и повышения материнского образования.

43. С точки зрения продовольственной безопасности более широкий доступ к продуктам высокой питательной ценности¹ следует обеспечить на всех внутренних рынках по доступным ценам круглый год, особенно оказывая поддержку мелким сельскохозяйственным предпринимателям и участию женщин, но учитывая потенциальное негативное воздействие вытесняющей трудовые ресурсы механизации и производства товарных культур и давление на время женщин. При производстве пищевых продуктов необходимо улучшить нутритивные характеристики, включая лучшее содержание питательных микроэлементов и уменьшение содержания соли, сахара, а также насыщенных кислот и *трансжиров*. В области образования лучшее образование женщин и улучшение водоснабжения и санитарии связаны с лучшим питанием детей.

44. Политика в области найма имеет чрезвычайно важное значение для продовольственной безопасности домашнего хозяйства, но эта политика должна также обеспечивать адекватную защиту материнства, лучшие условия работы для служащих, включая защиту от пассивного

¹ Высокая питательность и низкие концентрации питательных веществ, связанных с повышенным риском неинфекционных заболеваний.

курения, и доступ к здоровым продуктам. На рабочих местах должны быть созданы надлежащие условия для кормящих матерей. Социальная защита необходима для преодоления неравенств, и она должна достигать до наиболее уязвимых. Денежные переводы малоимущим используются для гарантии удовлетворения продовольственных потребностей. Условные денежные переводы, увязывающие получение денег с отправлением детей в центры здоровья и школы, могут оказать положительное воздействие на нутритивный статус детей, включая увеличение роста и веса при рождении.

45. Торговые меры, налоги и субсидии являются важными средствами гарантии доступа и предоставления возможности для здорового выбора рациона питания. Они могут быть сильным средством, если связаны с адекватной информацией для потребителей посредством маркировки о содержании питательных веществ и ответственного маркетинга продуктов, а также с социальным маркетингом и пропагандой здорового рациона питания и здорового образа жизни.

46. Примеры политических мер с участием различных соответствующих секторов, которые могут быть предусмотрены, включают: инвестиции в мелкие крестьянские хозяйства, содействие производству фруктов и овощей, а также сортов сельскохозяйственных культур, богатых питательными микроэлементами (сельское хозяйство); содействие обогащению пищевых продуктов питательными микроэлементами и снижению уровня содержания соли, сахаров, насыщенных и трансжирных кислот в пищевых продуктах (производство пищевых продуктов); улучшение воды и санитарии (инфраструктура); инвестиции в начальное и среднее образование женщин и в политику в области школьного питания (образование); защиту материнства на рабочих местах и здоровые рабочие места (труд); денежные переводы и продовольственную помощь (социальная защита); создание здоровой окружающей среды (городское планирование); регулирование рекламы пищевых продуктов и напитков для детей, системы маркировки продуктов, меры по регулированию цен на продукты, осуществление Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока (торговля); использование акцизных налогов на табак и алкоголь для финансирования расширения программ в области питания (финансы); кампании средств массовой информации и социальный маркетинг для пропаганды грудного вскармливания, а также здорового питания и физической активности (информация и социальная мобилизация).

47. Действия, предлагаемые для государств-членов

(a) рассмотреть политику секторов сельского хозяйства, социальной защиты, образования, труда и торговли для определения ее воздействия на питание и включить нутритивные показатели в свои рамки оценки;

(b) установить диалог между сектором здравоохранения и другими правительственными секторами, чтобы рассмотреть политические меры, которые могут улучшить нутритивный статус населения, и рассмотреть потенциальный конфликт между нынешней политикой секторов и политикой здравоохранения, направленной на улучшение питания;

(c) выполнять рекомендации, касающиеся сбыта продуктов питания и безалкогольных напитков детям (резолюция WHA63.14).

48. Действия, предлагаемые для Секретариата

- (a) разработать методологические руководящие принципы для анализа влияния на здоровье и питание секторальной политики, включая воздействие на различные социально-экономические и другие уязвимые группы (например, коренное население);
- (b) выявить и распространить примеры хорошего практического применения мер секторальной политики, способствующих правильному питанию.

49. Действия, предлагаемые для международных партнеров

- (a) участвовать в консультациях для анализа последствий для здоровья и питания существующей политики, включающей торговлю, сельское хозяйство, труд, образование и социальную защиту, с целью определения и описания вариантов политики для улучшения нутритивных результатов;
- (b) проанализировать фактические данные об эффективности мероприятий, направленных на обеспечение продовольственной безопасности, социального обеспечения и образования в странах с низким уровнем доходов.

МЕРА 4: Предоставить достаточно кадровых и финансовых ресурсов для осуществления мероприятий в области питания

50. Технический и управленческий потенциал необходим для полномасштабного осуществления программ по питанию, а также для разработки и осуществления многосекторальной политики. Создание потенциала должно стать неотъемлемой частью планов по расширению мероприятий в области питания. Отсутствие кадровых ресурсов может ограничить расширение мер в области питания, а доля работников первичной помощи по отношению ко всему населению является важным детерминантом программной эффективности. Создание потенциала в области питания необходимо как на всех уровнях сектора здравоохранения, так и в других секторах.

51. Больше финансовых ресурсов необходимо для расширения охвата мероприятиями в области питания. В настоящее время программы по питанию получают менее 1% общей помощи развитию. Всемирный банк подсчитал, что 10 500 млн. долл. США потребуется ежегодно для осуществления в национальных масштабах самых приоритетных мероприятий в области питания в странах с самым высоким бременем недостаточного питания матерей и детей¹. Кроме того, предсказуемые ресурсы имеют важное значение для сохранения высокого уровня осуществления программ.

52. Необходимы совместные усилия как правительств, так и доноров. Больше ресурсов может поступить от новаторских механизмов финансирования, таких как обсужденные в контексте охраны здоровья матери и ребенка.

¹ Horton S, et al. *Scaling up nutrition. What will it cost?* Washington, DC, The World Bank, 2010.

53. Правительствам необходимо создать бюджетную строку для программ по питанию и установить финансовые задачи для этих программ. Акцизные налоги (например, на табак и алкоголь) могут быть использованы с целью национальных фондов для расширения мероприятий, связанных с питанием.

54. На международном уровне механизмы, рассмотренные для охраны здоровья матери и ребенка, включают международный механизм финансирования, авансовые рыночные обязательства по финансированию исследований и разработок, система "De-Tax" для выделения части взимаемых с товаров и услуг налогов на добавленную стоимость на цели развития и добровольные взносы солидарности посредством продажи электронных авиабилетов или заключения контрактов на мобильные телефоны. Финансирование, основанное на результатах, в качестве стимула для достижения целей также было рассмотрено донорами.

55. В отношении расходов необходимо стремиться к большей эффективности программ финансирования, включая лучшее согласование инвестиций доноров с национальными приоритетами и меры по снижению стоимости добавок питательных микроэлементов и готовых для использования терапевтических продуктов, также посредством снижения расходов патентования.

56. Для лучшей подотчетности и повышения эффективности необходим финансовый мониторинг и прозрачность использования ресурсов.

57. Действия, предлагаемые для государств-членов

(a) определить и отобразить потребности в отношении потенциала и включить развитие потенциала в планы по расширению действий в области питания;

(b) применить комплексный подход к созданию потенциала, включая развитие кадровых ресурсов, а также развитие лидерства, укрепление академических учреждений, организационное развитие и партнерства;

(c) составить калькуляцию плана расширения деятельности и определить количественно ожидаемые преимущества, включая долю расходов, необходимую для создания потенциала и усиления оказания услуг;

(d) оказать поддержку местным общинам для осуществления действий в области питания на уровне общины;

(e) создать бюджетную строку и национальные финансовые цели для питания;

(f) направить средства, полученные от акцизных налогов, на мероприятия в области питания.

58. Действия, предлагаемые для Секретариата

(a) поддерживать в государствах-членах развитие трудовых ресурсов, лидерства, технического и управленческого потенциала в области питания с помощью семинаров,

дистанционного обучения и сообществ практики и посредством предоставления учебных материалов;

(b) предоставить уточненные средства для создания потенциала и оказать поддержку усилиям государств-членов по созданию потенциала;

(c) предоставить способы расчета стоимости мероприятий в области питания.

59. Действия, предлагаемые для международных партнеров

(a) соблюдать принципы Парижской декларации об эффективности внешней помощи и Аккрскую повестку дня для действий и согласовывать донорскую поддержку на страновом уровне;

(b) установить международные стандарты компетенции, конкретно относящиеся к трудовым ресурсам общественного здравоохранения в области питания и признающие различные категории таких трудовых ресурсов (рядовые сотрудники, руководители и специалисты) и различные условия для политики (то есть возможности для межсекторальных действий) и практики (то есть двойное бремя недостаточности питания), а также оказать поддержку пересмотру учебных планов для дослужебной и служебной подготовки всех уровней работников здравоохранения;

(c) создать академические союзы с целью оказания учрежденческой поддержки созданию потенциала в государствах-членах;

(d) изучить новаторские средства финансирования для финансирования расширения программ в области питания.

МЕРА 5: Осуществлять мониторинг и оценивать осуществление политики и программ

60. Четко определенные рамки мониторинга необходимы для оценки прогресса в достижении целей комплексного плана осуществления. Эти рамки должны обеспечить подотчетность за предпринятые действия, ресурсы и результаты и включать показатели для вклада (политических и законодательных мер и кадровых ресурсов), промежуточных результатов (осуществление программ по питанию и продовольственная безопасность) и итоговых результатов (нутритивный статус и смертность).

61. Предложенный набор показателей приводится в справочном документе, разработанном ВОЗ в ходе подготовки настоящего плана¹. Показатели необходимо адаптировать к условиям в стране и приоритетам, но они будут сохранены для целей оценки на глобальном уровне.

¹ *Indicators to monitor the implementation and achievements of initiatives to scale up nutrition actions.* Geneva, World Health Organization, 2012.

Следует рассмотреть дополнительные показатели для мониторинга прогресса в межсекторальных действиях.

62. Следует создать системы эпиднадзора, обеспечивающие регулярный поток информации для политиков. Сроки отчетности должны соответствовать национальным приоритетам и требованиям руководящих органов¹.

63. Действия, предлагаемые для государств-членов

(a) создать или укрепить системы эпиднадзора для сбора информации по отдельным показателям вкладов, результатов и воздействия;

(b) обеспечить соблюдение стандартов ВОЗ в отношении роста и развития детей с тем, чтобы отслеживать индивидуальные особенности роста, а также показатели задержки роста, истощения и ожирения в населении;

(c) обеспечить адекватное представление показателей питания в процессе ежегодного обзора, рекомендованном Комиссией по информации и подотчетности для здоровья женщин и детей в странах с самым низким уровнем доходов и самым высоким уровнем бремени материнской и детской смертности, при адекватном подчеркивании социальных различий.

64. Действия, предлагаемые для Секретариата

(a) оказать методологическую поддержку сбору данных по отдельным показателям вкладов, результатов и воздействия, включая протоколы и построение систем эпиднадзора;

(b) создать базу данных для отдельных вкладываемых ресурсов, промежуточных и итоговых результатов и конечного полезного эффекта;

(c) сообщить о глобальном прогрессе в разработке, укреплении и осуществлении национальных планов, политики и программ в области питания;

(d) оказывать поддержку государствам-членам в соблюдении стандартов ВОЗ в отношении роста и развития детей.

65. Действия, предлагаемые для международных партнеров

(a) принять предложенную систему показателей в качестве средства мониторинга осуществления деятельности по развитию;

¹ Отчетность по выполнению данного плана может быть объединена с двухгодичной отчетностью перед Ассамблеей здравоохранения по Статье 11.7 Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока, принятого Ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA34.22.

(b) оказать поддержку сбору информации и обмену информацией между организациями с целью обеспечения глобального охвата базами данных о вкладываемых ресурсах, промежуточных и итоговых результатах и конечного полезного эффекта.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Соглашение между Комиссией Африканского союза и Всемирной организацией здравоохранения

[A65/42, Приложение – 23 мая 2012 г.]

Комиссия Африканского союза (именуемая далее «Комиссия АС»), с одной стороны; и
Всемирная организация здравоохранения (именуемая далее «ВОЗ»), с другой стороны,
Далее отдельно и вместе, соответственно, именуемые «Сторона» и «Стороны»

принимая во внимание, что одной из целей Африканского союза (далее именуемого «АС»), как установлено в Учредительном акте АС от 11 июля 2000 г., является достижение большего единства и солидарности между африканскими странами и народами Африки, а также содействие сотрудничеству во всех областях деятельности человека в целях повышения уровня жизни африканских народов, и в этой связи проведение работы с соответствующими международными партнерами для достижения общих целей;

принимая во внимание, что АС призван выполнять определенные задачи, стоящие перед странами континента, которые согласуются с задачами, выполняемыми ВОЗ в международном масштабе;

принимая во внимание, что целью ВОЗ является достижение всеми людьми наивысшего возможного уровня здоровья и что для достижения этой цели ВОЗ действует как направляющий и координирующий орган по вопросам международного здравоохранения;

принимая во внимание порядок работы, установленный ВОЗ для регионов и отраженный в Главе XI ее Устава, и, в частности, в Статье 50(d);

напоминая о сотрудничестве между бывшей Организацией африканского единства и ВОЗ, проводимом в соответствии с Соглашением между Всемирной организацией здравоохранения и бывшей Организацией африканского единства от 24 сентября 1969 г. и в соответствии с Мерами по практическому осуществлению сотрудничества между Всемирной организацией здравоохранения и бывшей Организацией африканского единства от 11 мая 1982 г., и признавая необходимость заменить эти инструменты в свете создания АС.

Достигли согласия в следующем:

Статья I – Статус данного Соглашения

Данное Соглашение определяет отношения между Комиссией АС и ВОЗ.

Статья II – Цели и принципы

1. Целью данного Соглашения является укрепление сотрудничества между Комиссией АС и ВОЗ.

2. С учетом этой цели Комиссия АС и ВОЗ сотрудничают по всем вопросам, возникающим в области здравоохранения, которые связаны с деятельностью и обязательствами этих двух организаций, включая укрепление и улучшение здоровья, снижение предотвратимой смертности и инвалидности, профилактику заболеваний, противостояние потенциальным угрозам для здоровья, внесение вклада в работу по обеспечению высокого уровня охраны здоровья и признание центрального места вопросов здоровья в повестке дня международного развития по проблемам борьбы против бедности, охраны окружающей среды, укрепления социального развития и улучшения условий жизни и труда.

3. Комиссия АС и ВОЗ вновь подтверждают свою готовность, в соответствии со своими соответствующими полномочиями, выполнять взаимодополняющие обязательства, чтобы служить на благо их соответствующих государств-членов и стран-партнеров, используя для этого все возможные средства, в том числе:

(a) оказание помощи в развитии и осуществлении эффективных медико-санитарных мероприятий и в работе систем здравоохранения;

(b) привлечение различных участников и заинтересованных сторон к обеспечению укрепления здоровья и общего благополучия, к формированию совместных ассоциаций в целях улучшения показателей здоровья и осуществления мероприятий, связанных с вопросами охраны здоровья;

(c) сдерживание кризисов и вспышек заболеваний, а также обмен опытом и навыками;

(d) извлечение уроков из опыта и использование ресурсов своих соответствующих организаций и государств-членов для повышения эффективности своих усилий и обеспечения координации в формировании и осуществлении политики в области здравоохранения и в других областях, связанных со здоровьем; и

(e) создание гармоничных отношений и избежание дублирования усилий в процессе достижения общих целей.

4. Сотрудничество между Сторонами подразумевает уважительное отношение к различиям в институциональных и операционных механизмах, направляющих их деятельность, к основным сферам компетенции и сравнительным преимуществам, с тем чтобы их сотрудничество в области здравоохранения было дополняющим и взаимукрепляющим.

Статья III – Области сотрудничества

1. Сотрудничество между Комиссией АС и ВОЗ охватывает все вопросы, связанные со здравоохранением и другими смежными областями, которые находятся в сфере компетенции Сторон, в том числе, если это необходимо и уместно, следующее:

- (a) получение, сбор, обработка и распространение достоверной информации и данных для использования национальными руководящими органами, специалистами и другими сторонами, компетентными в области здравоохранения, соблюдая при этом требования о защите данных;
- (b) разработка методологий и инструментов для мониторинга состояния здоровья и эпиднадзора за болезнями, проведения анализа и ориентирование действий на конкретные проблемы здоровья и проблемы, связанные со здоровьем, оценка и приоритезация медико-санитарных мероприятий и предоставление помощи в развитии и укреплении систем здравоохранения;
- (c) содействие проведению научных исследований, связанных с охраной здоровья, и технологическому развитию, использование их результатов и разработка рекомендаций по применению этих результатов в области здравоохранения и смежных областях;
- (d) мобилизация, управление и координация в соответствующих случаях для проведения мероприятий в области здравоохранения совместно с признанными в данной сфере участниками, а также сотрудничество в чрезвычайных ситуациях, которые возникают, например, в результате гражданских беспорядков, войн и стихийных бедствий;
- (e) командирование штатного персонала для взаимного обогащения опытом и знаниями.

2. В случае если и когда такое сотрудничество может повлечь за собой расходы, будет проведена консультация в целях определения возможности и/или способа покрытия таких расходов.

Статья IV – Приоритеты

Не ущемляя приоритетные направления работы Комиссии АС и ВОЗ, которые могут превосходить по важности области, на которых сделан акцент в данном соглашении и которые согласованы по результатам совместных периодических обзоров, приоритетные направления данного сотрудничества включают следующее:

1. Укрепление системы здравоохранения и потенциала кадровых ресурсов.
2. Расширение доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в отношении как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний, включая географическую и финансовую доступность для бедных и уязвимых слоев населения.
3. Разработка рациональной политики и эффективных систем, направленных на устойчивое развитие здравоохранения, включая уменьшение бедности, действенную готовность и ответные меры в связи с бедствиями и угрозами в здравоохранении в соответствии с установленными приоритетами, а также объединение усилий в оказании помощи развивающимся и наименее развитым странам.
4. Разработка методологий и стандартов для проведения анализа и представления отчетности, а также предоставление консультативной помощи в отношении ответных мер,

особенно в связи с малярией, ВИЧ/СПИДом, туберкулезом, новыми заболеваниями и устойчивостью к противомикробным препаратам при обеспечении соблюдения прав людей, страдающих от таких заболеваний.

5. Укрепление сетей эпиднадзора за инфекционными заболеваниями и мониторинга за состоянием здоровья и создание стратегий по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и ответным мерам в связи с эпидемиями.

6. Разработка медико-санитарных показателей, а также сбор и распространение данных о состоянии здоровья и о политике и системах здравоохранения, пропагандируя подходы, основанные на фактических данных.

Статья V – Привилегии и иммунитеты и льготы

Ничто в настоящем Соглашении не может быть понято или истолковано как отказ или модификации привилегий, иммунитетов и льгот, которыми пользуются Комиссия АС и ВОЗ в соответствии с международными соглашениями и национальными законами, применимыми к этим организациям.

Статья VI – Обмен информацией

1. Комиссия АС и ВОЗ обмениваются информацией, связанной с деятельностью по тематике, представляющей взаимный интерес, при условии соблюдения любых мер, которые могут быть необходимы для обеспечения соблюдения требований конфиденциальности или привилегии.

2. Такой обмен информацией, по мере необходимости, будет дополняться периодическими контактами между членами Комиссии АС и Секретариатом ВОЗ и в целях проведения консультаций в отношении информации или мероприятий, представляющих взаимный интерес.

Статья VII – Процедуры

Комиссия АС и ВОЗ устанавливают, в соответствии с их соответствующими правилами процедуры, следующий взаимный порядок:

1. Представители ВОЗ могут приглашаться для участия в сессиях Ассамблеи и Исполнительного совета АС, а также в конференциях и совещаниях АС, на которых должны обсуждаться вопросы, представляющие интерес для ВОЗ, и участвуют без права голоса в обсуждениях этими органами пунктов повестки дня, представляющих интерес для ВОЗ.

2. Представители АС могут приглашаться на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения и совещания ее комитетов, сессии Исполнительного комитета и соответствующих региональных комитетов, а также на конференции или совещания ВОЗ, на которых должны обсуждаться вопросы, представляющие интерес для АС, для участия без права голоса в обсуждениях этими органами пунктов их повестки дня, представляющих интерес для АС.

3. Что касается отношений между, с одной стороны, Комиссией АС и Секретариатом ВОЗ, с другой, то:

(а) Председатель Комиссии АС и Генеральный директор ВОЗ консультируются друг с другом, когда это необходимо, по вопросам, представляющим взаимный интерес. Целью этих консультаций должно быть достижение координации и возможно наиболее широкого применения соответствующих инструментов и других документов, принятых Сторонами;

(б) будут осуществляться соответствующие меры для обеспечения тесной связи и сотрудничества между должностными лицами этих двух Сторон. С этой целью каждая Организация может назначить должностное лицо для отслеживания хода работы по сотрудничеству и выполнения функции сотрудника для контактов и координации по этим вопросам.

4. Дополнительные и практические меры:

(а) совещания между соответствующими должностными лицами Комиссии АС и ВОЗ проводятся, как правило, раз в год. На этих совещаниях рассматривается ход работы в приоритетных областях сотрудничества, осуществляется обмен информацией и рассматриваются будущие совместные проекты, а также определяются совещания и мероприятия, требующие совместных усилий и координации;

(б) между должностными лицами Сторон могут проводиться регулярные и специальные совещания с уведомлением назначенных координаторов на соответствующих уровнях и, насколько это возможно, с их участием, с охватом практических вопросов сотрудничества, особенно вопросов, связанных с осуществлением проектов и участием в комитетах, группах и рабочих группах, а также подготовкой документов.

5. Финансовое сотрудничество:

Любое финансовое сотрудничество между Комиссией АС и ВОЗ осуществляется в соответствии с их правилами и процедурами, соответственно. Ход выполнения проектов в контексте финансового сотрудничества рассматривается Комиссией АС и ВОЗ в установленном порядке. Управление средствами, полученными Комиссией АС или ВОЗ от донорских организаций, выделенными на цели сотрудничества, будет осуществляться в соответствии с финансовыми положениями, правилами и административной практикой Стороны-получателя.

Статья VIII – Правовые нормы и разрешение споров

Любой спор, разногласие или претензия, которые могут возникнуть в связи с толкованием или применением настоящего Соглашения, разрешаются по взаимному согласию путем переговоров между Сторонами. Если попытки достичь мирового соглашения путем переговоров окажутся неудачными, любой такой спор по требованию любой из Сторон передается на арбитражное разбирательство в соответствии с действующими правилами арбитражного разбирательства Комиссии Организации Объединенных Наций по праву международной торговли (UNCITRAL).

Статья IX – Внесение поправок или пересмотр и расторжение

1. Ничто в настоящем Соглашении не может быть изменено или пересмотрено без согласия Сторон и при условии письменного уведомления о предлагаемых поправках, направленного одной из Сторон другой Стороне. Данные поправки вступают в силу через три (3) месяца после того, как другая Сторона выразит свое согласие в письменном виде.

2. Настоящее Соглашение может быть расторгнуто любой из Сторон по истечении одного (1) года после направления письменного уведомления другой Стороне. В случае расторжения Стороны соглашаются предусмотреть меры, необходимые для завершения проводимых мероприятий или мероприятий, находящихся в состоянии разработки, в интересах народов своих соответствующих государств-членов.

Статья X – Замена и вступление в силу

1. Настоящее Соглашение вступает в силу с даты его подписания надлежащими уполномоченными представителями Сторон в соответствии с их соответствующими уставными принципами и соответствующими правилами и положениями.

2. Настоящее Соглашение с даты его вступления в силу заменяет и аннулирует Соглашение, подписанное между Всемирной организацией здравоохранения и Организацией африканского единства от 24 сентября 1969 г. и Соглашения о практическом осуществлении сотрудничества между двумя Сторонами, подписанного 11 мая 1982 года.

В УДОСТОВЕРЕНИЕ ЧЕГО надлежащие уполномоченные представители, поименованные ниже, подписали настоящее Соглашение в сроки, указанные под их подписью.

Соглашение подписано в восьми экземплярах на английском, арабском, португальском и французском языках, причем все четыре текста имеют одинаковую силу.

От имени Комиссии Африканского союза

От имени Всемирной
организации здравоохранения

[подпись]

Е.П. адвокат Vience Philomena Gawanas
Специальный уполномоченный
по социальным вопросам
6 июля 2012 г.

[подпись]

Д-р Маргарет Чен
Генеральный директор
6 июля 2012 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4¹

Глобальный план действий в отношении вакцин

[A65/22 – 11 мая 2012 г.]

ВВЕДЕНИЕ

1. Глобальный план действий в отношении вакцин основан на успешной реализации Концепции и стратегии глобальной иммунизации на 2006–2015 гг., к осуществлению которой приступила в 2005 г., и которые явились первой 10-летней стратегической схемой реализации потенциала иммунизации. Разработка плана объединила многочисленные заинтересованные стороны, участвующие в процессе иммунизации, включая правительства и выбранных должностных лиц, работников здравоохранения, научное сообщество, производителей, глобальные организации, партнеров по развитию, гражданское общество, средства массовой информации и частный сектор. Их задача заключалась в том, чтобы совместными усилиями определить, каких целей хотят достичь участники этого проекта в течение следующего десятилетия. В общей сложности глобальный процесс консультаций охватил свыше 1100 представителей из 140 стран и 290 организаций и включал две специальные сессии по введению в курс дела представителей Постоянных представительств при Отделениях Организации Объединенных Наций и других межправительственных организаций в Женеве и Нью-Йорке.

2. Иммунизация признается, как и должно, основным компонентом права человека на здоровье, равно как и ответственностью отдельных людей, сообществ и правительств. По оценкам, вакцинация позволяет ежегодно предотвращать порядка 2,5 миллиона случаев смерти. Вакцинированные дети, защищенные от угрозы болезней, предупреждаемых с помощью вакцин, получили шанс нормального физического развития и реализации своего потенциала в полном объеме. Эти преимущества усиливаются благодаря вакцинации в подростковом и взрослом возрасте. В рамках комплексного плана мер по профилактике и лечению заболеваний вакцины и иммунизация являются важнейшим вкладом в будущее страны и всего мира.

3. Сейчас пришло время продемонстрировать приверженность достижению цели по реализации потенциала иммунизации в полном объеме. Всеобщее признание данной возможности позволило мировому сообществу работников здравоохранения призвать к осуществлению концепции Десятилетия вакцин, что согласуется с рекомендациями, представленными в резолюции WHA61.15 в отношении стратегии глобальной иммунизации. Концепция Десятилетия вакцин (2011–2020 гг.) предполагает создание таких условий во всем мире, при которых все люди и сообщества могли бы наслаждаться жизнью, избавленной от болезней, которые можно предотвратить с помощью вакцин. Цель Десятилетия вакцин – обеспечить к 2020 г. и на последующий период всесторонние

¹ См. резолюцию WHA65.17.

преимущества от иммунизации для всех людей, независимо от того, где они родились, кто они такие или где они живут.

4. Глобальный план действий в области вакцин вновь подтверждает существующие цели и ставит новые задачи на ближайшее десятилетие, предлагает шесть стратегических целей и действия по их достижению, представляет первоначальную оценку потребностей в ресурсах и окупаемости инвестиций. В Добавлении 1 обобщены рекомендуемые показатели мониторинга и оценки прогресса. В дополнение к плану действий заинтересованные стороны на страновом, региональном и глобальном уровнях должны взять на себя ответственность за конкретные действия: преобразовать план действий в подробные оперативные планы (план действий и оперативные планы подлежат пересмотру по мере поступления новой информации), завершить разработку системы отчетности для концепции Десятилетия вакцин (2011–2020 гг.) и мобилизовать ресурсы в целях претворения в жизнь концепции Десятилетия вакцин. Достижение этой цели потребует от глобальных и национальных учреждений инновационных подходов и изменения методов работы. Добавление 2 содержит краткий перечень обязательств заинтересованных сторон.

5. Прошлый век во многих отношениях был веком лечения болезней, что привело к резкому сокращению заболеваемости и смертности, открытию и применению антибиотиков и стало переломным моментом в здравоохранении. Настоящий век обещает стать веком вакцин с возможностью ликвидации, элиминации или борьбы с рядом серьезных, опасных для жизни или подрывающих здоровье инфекционных заболеваний. При этом иммунизация станет основой всех стратегий профилактики заболеваний. Обеспечение того, чтобы Десятилетие вакцин стало реальностью, является эффективным шагом в этом направлении.

СИТУАЦИЯ С ИММУНИЗАЦИЕЙ СЕГОДНЯ

Важные достижения прошлого десятилетия

6. В течение последних 10 лет был достигнут значительный прогресс в области разработки и внедрения новых вакцин и расширения охвата программами иммунизации. Все больше людей, чем когда-либо, проходят вакцинацию. Расширяется доступ и применение вакцин по возрастным группам, кроме младенцев. В результате объединения программы иммунизации с другими оздоровительными и профилактическими мерами, включая расширение доступа к питьевой воде и канализации, улучшенной гигиене и образованию, ежегодное число случаев смерти среди детей моложе пяти лет сократилось с 9,6 миллиона случаев смерти в 2000 г. до 7,6 миллиона случаев смерти в 2010 г., несмотря на ежегодный рост рождаемости.

7. Иммунизация способствует сокращению детской смертности: расширился охват вакцинами, которые применяются с момента внедрения Расширенной программы иммунизации, и вводятся новые вакцины. Вакцины против гепатита В и *Haemophilus influenzae* типа b стали неотъемлемой частью национальных программ иммунизации в 179 и 173 странах, соответственно; практически завершена ликвидация полиомиелита; и ежегодно сокращается число случаев смерти от кори. Число случаев от болезней, которые можно предотвратить с помощью вакцин (дифтерия, корь, неонатальный столбняк, коклюш и

полиомиелит), снизилось по оценочным данным с 0,9 миллиона случаев смерти в 2000 г. до 0,4 миллиона случаев смерти в 2010 году¹.

8. За последнее десятилетие стали доступными новые и усовершенствованные вакцины, включая конъюгированную пневмококковую вакцину и вакцины против ротавирусной инфекции и вируса папилломы человека, применение которых сейчас активно внедряется во всех странах мира. Принимаются усилия по сокращению периода времени, который существовал ранее, между внедрением новых вакцин в странах с высоким и низким уровнем доходов. Например, 13-валентная пневмококковая конъюгатная вакцина была введена в стране с низким уровнем дохода всего лишь через год с небольшим после ее внедрения в стране с высоким уровнем доходов.

9. Благодаря инновационному международному сотрудничеству была разработана доступная по цене конъюгированная вакцина против *Neisseria meningitidis* серогруппы А, и сейчас она активно применяется в странах, находящихся в африканском регионе менингита. В настоящее время применяются лицензированные вакцины по профилактике 25 заболеваний и борьбе с ними, которые можно предотвратить с помощью вакцин (Таблица 1).

Таблица 1: Инфекционные агенты или болезни, предотвращаемые с помощью вакцин

- | | | |
|--|------------------------------|--|
| • Сибирская язва | • Корь | • Коревая краснуха |
| • Холера | • Менингококковая инфекция | • Грипп |
| • Дифтерит | • Свинка | • Столбняк |
| • Гепатит А | • Коклюш | • Туберкулез |
| • Гепатит В | • Пневмококковые инфекции | • Брюшной тиф |
| • Гепатит Е | • Полиомиелит | • Клещевой энцефалит |
| • <i>Haemophilus influenzae</i> типа b | • Бешенство | • Ветряная оспа и герпес зостер (опоясывающий лишай) |
| • Вирус папилломы человека | • Ротавирусный гастроэнтерит | • Желтая лихорадка |
| • Японский энцефалит | | |

¹ Источники для оценки: корь и столбняк у новорожденных, *Глобальная статистика здравоохранения 2012 г.*, Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2012 г.; дифтерия и полиомиелит, за 2000 г.: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional_2000_v3/en/index.html (по состоянию на 5 April 2012), for 2008: <http://apps.who.int/ghodata/> (по состоянию на 5 апреля 2012 г.); коклюш, предварительные данные Секретариата ВОЗ.

10. Укрепление национальных программ в странах за счет усиленной поддержки и координации усилий местных, национальных, региональных и международных заинтересованных сторон привело к повышению коэффициентов охвата иммунизацией. За последние десять лет выросло финансирование из внутренних бюджетов за счет средств, выделяемых на иммунизацию, как и поток международных ресурсов, направленных на иммунизацию. По данным программы иммунизации на 2010 г.¹, 154 из 193 государств-членов сообщили, что в бюджетах этих стран есть отдельная строка по иммунизации, а 147 стран разработали многолетние национальные планы по поддержанию достигнутого уровня доходов, дальнейшему повышению эффективности для достижения поставленных целей и внедрению соответствующих новых вакцин.

11. Глобальные и региональные инициативы по иммунизации поддерживают страны в области создания собственных систем и внедрения новых вакцин. Глобальные цели и этапы реализации, указанные в Концепции и стратегии глобальной иммунизации на 2006–2015 гг., Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций, Всемирном саммите Организации Объединенных Наций по вопросам о детях, специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по детским вопросам и недавней Глобальной стратегии Генерального секретаря Организации Объединенных Наций по вопросам здоровья женщин и детей, содействовали расширению национальных программ иммунизации. В странах с низким и средним уровнями доходов эти цели были поддержаны инициативой со стороны таких организаций, как Альянс ГАВИ, Инициатива по глобальной ликвидации полиомиелита, Инициатива по борьбе с корью, служба ЮНИСЕФ по закупке вакцин и Возобновляемый фонд по закупке вакцин Панамериканской организации здравоохранения.

Значительные потребности, остающиеся неудовлетворенными

12. Несмотря на достигнутый прогресс, болезни, предотвращаемые с помощью вакцин, остаются главной причиной заболеваемости и смертности. Процесс одобрения новых вакцин странами с низким и средним уровнями доходов (где бремя болезней часто бывает самым высоким) был более медленным, чем в странах с высоким уровнем доходов. В 2010 г., например, только 13% от общего числа лиц, родившихся в один год в странах с высоким уровнем доходов, жили в странах, не имевших в своих программах иммунизации конъюгированной пневмококковой вакцины. От общего числа лиц, родившихся за один год в странах с низким уровнем доходов, 98% жили в странах, не имевших в своих программах иммунизации конъюгированной пневмококковой вакцины.

13. До сих пор существуют несоответствия в охвате иммунизацией между странами и внутри стран. В 2010 г. средний уровень охвата тремя дозами вакцины против дифтерита, столбняка и коклюша и вакциной против кори в странах с низким уровнем доходов составил 16%, что на 15% ниже аналогичных показателей в странах с высоким уровнем доходов, соответственно. Однако это отражает положительную тенденцию по сравнению с несоответствием в охвате, который по обоим вакцинам составлял 30% в 2000 году.

¹ http://www.who.int/immunization_monitoring/data/en/ (по состоянию на 13 апреля 2012 г.).

14. В некоторых странах охват вакциной против кори в сельской местности на 33% ниже, чем в городах. Аналогично, коэффициент охвата вакциной против кори среди богатейшей пятой части населения в некоторых странах на 58% выше, чем среди беднейшей пятой части населения. Охват вакциной также может быть очень низким среди малоимущих слоев городского населения, особенно в городах с транзитными миграционными потоками и в общинах коренных народов.

15. Географическое расстояние до медицинских центров не является единственным детерминантом низкого уровня охвата. Несправедливости также связаны с другими социально-экономическими детерминантами, такими как: уровень доходов и уровень образования матери. Особого внимания требуют страны с низким и средним уровнями доходов и большой численностью населения, где проживает большинство невакцинированных людей. Особо сложной задачей будет охват малоимущих слоев населения, но несправедливость необходимо устранить, поскольку именно на эту группу приходится наибольшее бремя болезней при отсутствии доступа к услугам здравоохранения и базовым службам. При этом их семьи страдают от материальных последствий тяжелых заболеваний.

Новые возможности и задачи в Десятилетии вакцин (2011-2020 гг.)

16. Отдельные люди и сообщества, правительства и работники здравоохранения несут главную ответственность за изучение возможностей и решение задач предстоящего десятилетия. Ожидается появление новых и усовершенствованных вакцин на основе надежного портфолио новых препаратов на стадии разработки, в состав которого входят несколько вакцин против болезней, которые в настоящее время нельзя предотвратить с помощью вакцин. Внедрение новых вакцин против нескольких важных факторов основных болезней-киллеров, таких как: пневмония, диарея и рак шейки матки, можно использовать в качестве катализатора для проведения дополнительных профилактических мероприятий. В дополнение к снижению смертности эти новые вакцины будут способствовать предотвращению заболеваемости и повышению окупаемости затрат даже в странах, которые уже добились успеха в снижении уровня смертности. Инновации в отношении существующих вакцин принесут дополнительные выгоды, такие как: повышение эффективности, термостабильность, совершенствование процесса управления и снижение затрат.

17. В то же время разработка вакцин и другие инновации в области иммунизации все чаще сталкиваются со сложными производственными и регулятивными процессами, растут и затраты на исследования, разработки и производство. По мере того, как становятся доступными новые вакцины (например, против лихорадки денге и малярии) и получают более широкое применение вакцины с низким коэффициентом использования (например, вакцины против холеры, вируса папилломы человека, бешенства, ротавирусной инфекции, краснухи и тифа), системы поставок и снабжения – уже сильно перегруженные – сталкиваются с еще большей потребностью в инновациях. И наконец, требуются повышение квалификации, улучшение координации и надзора за численностью работников здравоохранения, их знаниями и квалификацией. При большом количестве задач, которые еще предстоит решить, внедрение новых вакцин – это возможность укрепить системы иммунизации, которая может послужить катализатором для осуществления многих

необходимых реформ. С ростом инвестиций в национальные программы иммунизации должны совершенствоваться системы государственного надзора и отчетности.

18. Ожидается, что в предстоящем десятилетии потребности программ иммунизации в финансировании исследований и разработок, закупок и поставок вырастут более чем в два раза. Появятся новые требования к финансированию новых и более сложных вакцин, и странам предстоит принимать сложные решения по конкурирующим приоритетам в области охраны здоровья. Потребуется более эффективное распределение ресурсов. При этом соответствующие решения должны быть основаны на национальных приоритетах, производственных возможностях, точной информации о затратах и преимуществах сделанного выбора и усовершенствованной системе управления финансами. Расходы должны быть увязаны с результатами и последствиями, четко демонстрируя инвестиционную привлекательность иммунизации.

19. Поскольку экономики многих стран с низким и средним уровнями доходов продолжают развиваться, будет расти и их потенциал по финансированию программ иммунизации. Страны, которые раньше рассчитывали на помощь с разработкой вакцин, смогут самостоятельно финансировать большую часть своих программ иммунизации, и, возможно, со временем смогут полностью финансировать свои программы. Некоторые смогут расширить новую финансовую и техническую поддержку проектам глобальной иммунизации. В то же время ожидается, что производители вакцин в некоторых из этих стран сделают еще более значимый вклад в поставки высококачественных и доступных вакцин, расширяя географию источников производства и повышая конкуренцию.

20. Рост доступности информации и распространение мобильной телефонной связи и социальных систем может привести к резкому росту общественного спроса на услуги иммунизации и повысить осведомленность людей как о преимуществах от применения вакцин, так и о связанных с этим рисках. Партнеры программ иммунизации могут использовать преимущества социальных сетей и электронных средств информации, чтобы более эффективно рассекать опасения, повышать осведомленность и формировать доверие.

21. Практический опыт прошлых десятилетий, неудовлетворенные потребности, возможности и задачи текущего десятилетия были со всей тщательностью учтены при формулировании руководящих принципов, критериев оценки успеха и рекомендуемых действиях, которые подробно изложены в последующих разделах настоящего документа.

ШЕСТЬ РУКОВОДЯЩИХ ПРИНЦИПОВ

22. Процесс разработки Глобального плана действий в области вакцин был основан на шести принципах.

- **Приверженность стран:** страны несут основную ответственность за создание надлежащей системы стратегического руководства и предоставление эффективных и качественных услуг по иммунизации для всего населения.
- **Совместная ответственность и партнерство:** иммунизация против болезней, которые можно предотвратить с помощью вакцин, представляет собой

персональную, общинную и государственную ответственность независимо от границ и секторов.

- **Справедливость:** справедливый доступ к услугам иммунизации является ключевым компонентом права на здоровье.
- **Интеграция:** качественные системы иммунизации в качестве основного компонента систем здравоохранения и координация с другими программами первичной медико-санитарной помощи имеют решающее значение для достижения целей в области иммунизации.
- **Устойчивое развитие:** информированные решения и осуществление стратегий, надлежащий уровень финансирования и инвестиций, улучшенное управление финансами и эпиднадзор являются важнейшими факторами обеспечения устойчивого развития программ иммунизации.
- **Новаторство:** полный потенциал иммунизации может быть реализован только благодаря обучению, постоянному совершенствованию и инновациям в области исследований и разработок, а также инновациям и повышению качества во всех областях иммунизации.

23. Эти шесть фундаментальных принципов могут реально и эффективно направлять развитие всего спектра деятельности по иммунизации в период Десятилетия вакцин (2011–2020 гг.). Хотя Глобальный план действий в области вакцин потребует преобразовать в конкретные региональные, национальные и районные контексты, эти руководящие принципы являются универсальными и соответствуют всем целям и стратегическим задачам Десятилетия вакцин, описание которых дано ниже.

КРИТЕРИИ УСПЕХА

24. Концепция «Десятилетие вакцин» предусматривает принятие мер для достижения крупномасштабных целей. В самом начале десятилетия это означает достижение уже поставленных целей по элиминации и ликвидации болезней. Это предусматривает преодоление чрезвычайной ситуации в общественном здравоохранении, вызванной возбудителем дикого полиовируса, в целях ликвидации полиомиелита во всем мире. Это также означает достижение цели по ликвидации кори, краснухи и неонатального столбняка на глобальном или региональном уровне¹. Выполнение этих задач имеет, как никогда, важнейшее значение. Успех позволит перейти к достижению дополнительных крупномасштабных целей. Неудача будет означать, что сохранятся миллионы случаев заболеваний и смертей, которые можно было бы предотвратить.

¹ К 2015 г. достичь цели ликвидации материнского и неонатального столбняка (менее одного случая неонатального столбняка на 1000 живорожденных) в каждом районе, элиминация кори, как минимум, в четырех регионах ВОЗ и элиминация краснухи, как минимум, в двух регионах ВОЗ. К 2020 г. достичь элиминации кори и краснухи, как минимум, в пяти регионах ВОЗ.

25. Во второй половине десятилетия прогресс будет оцениваться в контексте расширения охвата услугами иммунизации в целях решения задач по внедрению вакцинации в каждом регионе, стране и сообществе. В 2015 г. охват целевых групп населения должен соответствовать цели Концепции и стратегии глобальной иммунизации, 2006–2015 гг., не менее 90% охвата национальной вакцинацией и не менее 80% охвата вакцинацией в каждом районе или эквивалентной административно-территориальной единице (в данном случае ориентир – охват вакцинами против дифтерита – столбняка – коклюша). К 2020 году охват целевых групп населения должен достигнуть этих уровней по всем вакцинам в национальных программах иммунизации при отсутствии альтернативных целей. Необходим также мониторинг процесса внедрения вакцин. При этом цель – внедрение одной или более соответствующих новых вакцин и вакцин с низким коэффициентом использования в не менее чем 80 странах с низким и средним уровнями доходов к 2015 году. Достичь этих целей будет невозможно без полной приверженности стран своим национальным программам иммунизации (см. стратегическую задачу 1 ниже).

26. В течение этого десятилетия станет возможным предотвращение миллионов случаев заболеваний и смертей в результате разработки, лицензирования и внедрения новых и усовершенствованных вакцин и технологий против болезней с высоким бременем. В частности, прогресс в отношении лицензирования и внедрения вакцин следует оценивать по одному или более патогенным микроорганизмам, которые сейчас нельзя предотвратить с помощью вакцин (например, цитомегаловирус, вирус денге, стрептококк группы А, вирус гепатита С, анкилостомоз, лейшмания и респираторно-синцитиальный вирус), и, как минимум, одной новой платформы технологии поставок.

Цели Десятилетия вакцин (2011–2020 гг.)

Стремиться к миру, свободному от полиомиелита

Достижение глобальных и региональных целей по элиминации болезней

Достижение целей по охвату иммунизацией в каждом регионе, стране и сообществе

Разработка и внедрение новых и усовершенствованных вакцин и технологий

Превышение планового показателя Цели тысячелетия в области развития 4 по снижению детской смертности

27. В случае достижения этих конкретных целей по иммунизации сотни миллионов случаев заболеваемости и смертности будут предотвращены к концу десятилетия, получены миллиарды долларов за счет эффективности производства, и иммунизация внесет свой вклад в достижение ЦТР 4 по снижению детской смертности (и цели, которая следует за ней после 2015 г.). Например, согласно оценкам, если будут достигнуты цели по охвату в части внедрения и/или устойчивого применения только 10 вакцин (против гепатита В, *Haemophilus influenzae* тип b, вируса папилломы человека, японского энцефалита, кори, менингококка А, пневмококка, ротавируса, краснухи и желтой лихорадки) в 94 странах в течение десятилетия, можно будет предотвратить от 24 до 26 миллионов случаев смерти по сравнению с гипотетическим сценарием, при котором эти вакцины имеют нулевой охват (см. также пункты 88-98 -ниже).

Шесть стратегических задач

28. Непрерывный прогресс в деле решения следующих шести стратегических задач обеспечит достижение целей Десятилетия вакцин (2011–2020 гг.).

(i) **Все страны считают приверженность делу иммунизации приоритетной задачей.** Основные критерии мониторинга прогресса по решению этой стратегической задачи на уровне стран включают следующее: наличие правовой структуры или закона, который гарантирует финансирование программы иммунизации, и наличие независимой технической консультационной группы, отвечающей определенным критериям.

(ii) **Отдельные лица и сообщества понимают суть иммунизации и отстаивают мысль, что иммунизация относится к числу прав и обязанностей человека.** Прогресс в деле повышения осведомленности и роста спроса можно оценивать путем мониторинга уровня общественного доверия к делу иммунизации, оценки исследований в области знаний, отношений, убеждений и практики¹.

(iii) **Справедливое распределение среди всех людей преимуществ от иммунизации.** Прогресс по обеспечению большей справедливости может оцениваться путем мониторинга числа районов в процентном отношении с менее чем 80% охватом тремя дозами вакцины против дифтерита - столбняка - коклюша и несоответствий в охвате между самыми бедными и самыми богатыми группами населения (или выбрать другой соответствующий критерий оценки справедливости).

(iv) **Надежные системы иммунизации являются неотъемлемой частью более широких систем здравоохранения.** Эффективность систем здравоохранения можно оценить на основе процентов отсева между первой дозой вакцины против дифтерита – столбняка – коклюша и первой дозой вакцины против кори. Качество данных имеет важное значение для мониторинга функционирования системы здравоохранения. Качество данных можно оценить путем мониторинга, были ли данные по охвату иммунизацией оценены ВОЗ и ЮНИСЕФ как данные высокого качества.

(v) **Программы иммунизации имеют устойчивый доступ к прогнозируемому финансированию, поставкам качественных вакцин и инновационным технологиям.** Основные критерии мониторинга прогресса в деле решения этой стратегической задачи будут включать процентное отношение стандартных затрат на иммунизацию, финансируемых из государственных бюджетов и глобальной установленной мощности для производства повсеместно рекомендуемых вакцин в течение пятилетнего периода лицензирования/потенциального спроса.

(vi) **Максимальное обеспечение преимуществ от иммунизации посредством проведения исследований и инновационных разработок на страновом,**

¹ Рабочая группа по вопросам опасений в отношении вакцин в составе Стратегической консультативной группы экспертов по иммунизации подготовит определение термина «опасения в отношении вакцин» и рекомендует конкретные вопросы на основе исследований (уже проводимых или новых) с целью сформулировать данный критерий в полном объеме.

региональном и глобальном уровнях. Основные критерии прогресса в решении этой стратегической задачи включают проведение исследований клинической эффективности вакцин, которая демонстрирует 75% результативность или выше для ВИЧ/СПИД, туберкулеза или малярии, и начало испытаний фазы III для универсальной вакцины против гриппа первого поколения. Кроме того, потенциал страны в области исследований и разработок может быть оценен по показателям институциональной и технической мощности по производству вакцин и/или проведения связанных с этим клинических испытаний и оперативных и организационных исследований.

29. Достижение концепции и целей Десятилетия вакцин (2011–2020 гг.) станет возможным, только если все заинтересованные стороны, участвующие в деле иммунизации, возьмут на себя обязательства и будут добиваться выполнения шести стратегических задач; будут придерживаться руководящих принципов Десятилетия вакцин при осуществлении всех требуемых действий; и будут регулярно контролировать и оценивать прогресс по осуществлению стратегических задач и достижению целей с применением вышеуказанных критериев (см. также Добавление 1).

30. Необходима система отчетности, которая определит методологию и источник данных для этих показателей, определит, кто из заинтересованных сторон будет отвечать за осуществление этих действий, и четко сформулирует процесс и ответственность за мониторинг и оценку прогресса в течение Десятилетия. Глобальный план действий в области вакцин закладывает основы по каждому из этих элементов. Дальнейшее развитие и внедрение системы отчетности на страновом, региональном или глобальном уровне может быть осуществлено в течение 2012 г. посредством эффективного использования выводов Комиссии по информации и отчетности о здоровье женщин и детей и объединения усилий, по мере возможности, с другими усилиями и инициативами по созданию системы отчетности всеми заинтересованными сторонами на уровне стран с целью достижения и контроля прогресса.

ДЕЙСТВИЯ ПО ДОСТИЖЕНИЮ СТРАТЕГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ

Стратегическая задача 1: одна из приоритетных задач – приверженность стран делу иммунизации.

31. Приверженность делу иммунизации в качестве одной из приоритетных задач, прежде всего, означает признание важности иммунизации как важнейшей профилактической работы в области общественного здравоохранения и значимости иммунизации в контексте охраны здоровья и экономической отдачи. Страны демонстрируют приверженность делу иммунизации путем постановки крупномасштабных, но реально достижимых национальных целей и распределения финансовых и человеческих ресурсов между программами, ориентированными на достижение этих целей; обеспечения, чтобы их национальные планы иммунизации были полностью интегрированы в национальные планы здравоохранения с соответствующими бюджетами и при участии всех заинтересованных сторон; и путем демонстрации надлежащего управления и внедрения своих национальных планов по здравоохранению. Приверженность стран делу иммунизации, однако, не предполагает, что программы по иммунизации получают предпочтение или финансирование за счет других жизненно важных программ здравоохранения.

32. Национальное законодательство, принципы политики и решения по распределению ресурсов должны основываться на достоверных и текущих фактических данных в отношении прямого или косвенного воздействия иммунизации. Большая часть базы научно обоснованных данных существует, однако лица, принимающие решения, не знают о ее существовании, так как те, кто готовит эти данные, - это не всегда те, которые сотрудничают с лицами, принимающими решения. Сотрудничество между техническими экспертами, которые вырабатывают фактические данные с одной стороны, и участниками программ иммунизации, которые составляют контекстные заявления о важности иммунизации в рамках систем здравоохранения и социальных служб, может недвусмысленно сформулировать мысль о важности иммунизации и о том, как иммунизация содействует развитию принципов справедливости и экономического развития.

33. Следует учредить или укреплять независимые органы, например региональные или национальные технические консультационные группы по вопросам иммунизации, которые могут направлять политику и стратегии стран с учетом местной эпидемиологической ситуации и эффективности затрат, тем самым снижая зависимость от сторонних организаций в части руководящих указаний в области политики. Этим органам могут оказывать поддержку организации и отдельные лица, занятые сбором и анализом информации, требуемой для принятия взвешенных решений. Региональные системы и инициативы по оказанию поддержки, например Инициатива ProVac Панамериканской организации здравоохранения¹, могут быть расширены для оказания поддержки странам в укреплении их процессов принятия решений. Важно, чтобы национальные технические консультационные группы по вопросам иммунизации или аналогичные структуры на региональном уровне сотрудничали с научными кругами, профессиональными организациями и другими национальными управлениями и комитетами, например органами регулирования вакцин, национальными координационными комитетами сектора здравоохранения и межведомственными координационными комитетами, в целях выработки гармоничного и согласованного подхода по достижению национальных первоочередных задач в области здравоохранения. Крепкие связи между министерствами здравоохранения, образования² и финансов, а также кадровыми ресурсами и законодателями имеют решающее значение для устойчивой реализации программы.

34. Поддержка и официальное одобрение национальных политик и планов на самом высоком национальном и субнациональном политическом и административном уровне имеет решающее значение для обеспечения приверженности и устойчивого развития. Правительства и выборные должностные лица несут ответственность за выработку соответствующего законодательства и распределение бюджетных ассигнований. Поскольку иммунизация является мощным показателем общей способности системы здравоохранения в области предоставления услуг, следует поддерживать законодательные органы в их стремлении к анализу, защите и внимательному отслеживанию бюджетов, по иммунизации, программ по расходованию средств, как на национальном уровне, так и в пределах их

¹ ProVac – это комплекс мер для оказания поддержки в части: (i) оценки эффективности затрат, а также эпидемиологического и экономического воздействия новых вакцин; (ii) обучения; и (iii) укрепления национальной инфраструктуры процесса принятия решений.

² Особенно важно охватить иммунизацией детей старшего возраста и подростков через оздоровительные программы в школах, а также проводить мониторинг школьных записей по иммунизации детей.

региона. Организации гражданского общества могут активно пропагандировать идею возложения более широкого круга обязательств и призывать правительства к ответу по взятым на себя обязательствам. Программы иммунизации должны иметь эффективные структуры управления процессом реализации программы. Представители органов государственной власти на национальном и субнациональном уровне, ответственные за осуществление планов по иммунизации, могут быть ответственными за эффективность реализации программы, если они обладают необходимыми полномочиями для обеспечения эффективного руководства и имеют требуемые управленческие навыки и навыки мониторинга программ.

35. Для стран с высоким и средним уровнями доходов приверженность делу иммунизации должна включать те же области, но может также включать обеспечение или взятие на себя роли партнеров по процессу развития. Вместе с глобальными организациями страны-партнеры по процессу развития могут координировать процессы обмена информацией и передовым опытом среди стран, помочь покрыть временный дефицит финансирования и наращивать потенциал за счет совместных усилий со всеми заинтересованными сторонами в различных районах страны.

Таблица 2: Краткий обзор рекомендуемых действий по решению стратегической задачи 1

Одна из приоритетных задач – приверженность всех стран делу иммунизации.	
Формирование и сохранение приверженности делу иммунизации.	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечить наличие законодательной и нормативной базы во всех странах, включая положения в отношении строки в бюджете по иммунизации, а также в отношении мониторинга и отчетности. • Разработать комплексные национальные планы по иммунизации, которые являются частью общих национальных планов по здравоохранению с помощью восходящего процесса, включающего все заинтересованные стороны. • Разработать крупномасштабные, но достижимые национальные цели в контексте целей по снижению уровней заболеваемости и смертности. • Внимательно изучать, отстаивать и выполнять бюджеты по иммунизации, программы по иммунизации и расходованию средств. • Оказывать содействие местным организациям гражданского общества и профессиональным ассоциациям в части активного участия в национальных обсуждениях вопросов иммунизации и здоровья.

Одна из приоритетных задач – приверженность всех стран делу иммунизации.	
<p>Информировать и узнавать мнение руководителей о ценности и важности иммунизации.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Изучить модели стимулирования сотрудничества между заинтересованными сторонами, которые готовят фактические данные по иммунизации, и теми, кто использует эти фактические данные при выработке первоочередных задач и разработке политики. • Разработать доказательную базу и распространить ее на ценность вакцин и иммунизации для общественного здравоохранения и дополнительную ценность обеспечения справедливости в отношении получения доступа и применения иммунизации. • Разработать доказательную базу и распространить ее на широкие экономические выгоды от иммунизации для людей, семей, сообществ и стран. • Включить вопрос об иммунизации в повестки дня заседаний правительственных организаций на всех уровнях и других социальных, здравоохранительных и экономических форумов.
<p>Укреплять национальный потенциал по выработке научно обоснованной политики.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Создать или укреплять действующие независимые органы, которые разрабатывают национальные программы по иммунизации (например, национальные технические консультационные группы по вопросу иммунизации или региональные технические консультационные группы). • Разработать более эффективные методы работы для национальных органов регулирования, координационных комитетов в сфере здравоохранения, межведомственных координационных комитетов с целью оказания содействия программам иммунизации в рамках программ контроля и профилактики заболеваний. • Создавать региональные форумы и обмен информацией между участниками, передовые методы и инструменты. • Создавать расширенные и более прозрачные механизмы для обеспечения, обмена и использования информации с целью проведения мониторинга приверженности делу иммунизации.

Стратегическая задача 2: отдельные люди и сообщества понимают суть иммунизации и свои права и обязанности применительно к иммунизации.

36. Значительные улучшения в охвате вакцинами и устойчивое развитие программ иммунизации возможно, если люди и сообщества будут понимать преимущества и риски иммунизации, будут стремиться к получению услуг, будут обладать правом предъявлять требования к системе здравоохранения и будут обладать правом участия в планировании и реализации программ в своих местных общинах. Хотя в целом спрос на услуги иммунизации является высоким, обеспечение доступа к населению, проживающему в труднодоступных районах, обеспечение более высоких уровней охвата и достижение целей соблюдения справедливости может потребовать выработки дополнительных подходов к стимулированию спроса на услуги иммунизации.

37. Порождение спроса среди людей, семей и сообществ потребует более эффективного использования традиционных платформ, равно как и новых стратегий по ознакомлению с преимуществами иммунизации, акцентирования внимания на иммунизации как основном компоненте права на здоровье и стимулирования более широкого использования услуг. Новые усилия могут использовать преимущества социальных СМИ и подходы коммерческого и социального маркетинга по пропаганде иммунизации и рассеивания опасений. Следует также использовать новые мобильные и Интернет технологии, опираясь на опыт и успех других инновационных кампаний в сфере общественного здравоохранения. Обмен информацией и социальные исследования по выявлению препятствий и определяющих факторов иммунизации должны содействовать составлению контекстных заявлений. В программы школьного образования следует включить уроки, посвященные вакцинам и вопросам иммунизации. Многосекторальные подходы, стимулирующие усилия в этом направлении, например образование для женщин и укрепление потенциала, помогут повысить уровень использования иммунизации и услуг здравоохранения в целом.

38. Там, где это уместно, стратегии программ могут также включать меры по стимулированию как семей, чтобы они обращались за услугами по иммунизации, так и медицинских работников, чтобы они повышали эффективность своей работы по вакцинации детей, особенно тех, к кому раньше не было доступа. На уровне отдельных семей программы условных выплат по соцобеспечению часто включают в себя вакцинацию детей в качестве условия получения выплат семье по соцобеспечению. Есть основания полагать, что такие программы могут оказывать положительное влияние на показатели охвата иммунизацией даже в странах с высокими показателями охвата, особенно в отношении более обособленных социальных групп населения. Поскольку программы выплат по соцобеспечению часто осуществляются в странах в рамках широкого пакета социальной защиты или мер по борьбе с бедностью, эти программы дают возможность объединить программы иммунизации и другие программы министерства здравоохранения с другими более широкими инициативами по развитию, включая те, что проводятся другими министерствами.

39. На уровне медицинских учреждений дальнейшая мотивация семей и медицинских работников возможна с помощью подарков в неденежном выражении на момент вакцинации или выплаты премий по результатам работы медицинским работникам. Некоторые предварительные данные позволяют предположить, что оплата услуг по иммунизации по результатам работы ведет к росту числа вакцинируемых детей, однако требуется более тщательный анализ влияния премий по результатам работы на объемы иммунизации.

40. Поощрительные выплаты семьям и медицинским работникам в виде подарков в денежной и неденежной форме имеют свои сложности реализации, которые требуют внимательного изучения. Эти схемы должны уважать независимость бенефициаров. Также необходимы социальные исследования по определению условий, при которых поощрительные выплаты могут улучшить показатели охвата, а также видов и размеров поощрительных выплат, которые являются целесообразными в данном контексте. Меры, порождающие спрос, следует объединить с механизмами по обеспечению надежности поставок вакцин.

41. Некоторые причины опасений применительно к вакцинам, несомненно, можно устранить за счет совершенствованных средств коммуникации и рекламных кампаний, нацеленных на борьбу с группами, выступающими против вакцин, численность которых растет, и роста понимания важности вакцин или опасностей, связанных с болезнями. Однако другие причины лучше искоренять за счет повышения качества предоставляемых услуг. Отдельные люди будут более активно пользоваться услугами, если они будут считать приемлемым качество оказываемых услуг. Вероятность того, что они придут на вакцинацию, будет выше, если плановые услуги будут удобными и предсказуемо доступными; если предлагаются практические консультации о том, куда и когда прийти на вакцинацию и почему это нужно, и что ожидать после вакцинации; если медицинские работники доброжелательны и приветливы; если время ожидания является разумным; и если услуги предлагаются бесплатно. Медицинским работникам необходимо пройти обучение эффективным методам коммуникации, что позволит им эффективно общаться с представителями СМИ и местных сообществ, когда идут сообщения о серьезных неблагоприятных событиях после иммунизации, с целью рассеивания опасений и преодоления нерешительности при использовании вакцин.

42. Осуществление изменений потребует участия людей, семей и сообществ в процессах разработки и внедрения всех стратегий, порождающих спрос. Это также потребует участия новых и более убедительных местных активистов, которые хорошо знают свой район, пользуются доверием и имеют передовой опыт, необходимый для осуществления перемен. Участие национальных организаций гражданского общества будет иметь решающее значение для проведения активных мер информационно-разъяснительной работы, которые должны быть поддержаны усилиями по созданию потенциала. И в этом случае усилия, направленные на развитие взаимодействия между теми, кто добывает фактические данные, и пользователями этих данных, могут служить основой для обучения активистов и взаимодействия с местными социальными и профессиональными сетями, которые являются важным источником формирования рядовых активных сторонников иммунизации. Это приобретет особую значимость по мере того, как программы стран будут включать подход к иммунизации в течение всей жизни человека.

43. Действующие активисты могут набирать в свои ряды новых сторонников, включая методистов, религиозных лидеров, традиционных и социальных медийных знаменитостей, врачей общей практики, медико-санитарных работников и активистов по иммунизации. Научные сотрудники и технические эксперты также будут играть важную роль в повышении осведомленности сообществ и предоставлении убедительных ответов на неверную информацию об иммунизации.

44. Порождение индивидуального и коллективного спроса усилит приверженность стран делу вакцинации и иммунизации (стратегическая задача 1). Действия по порождению спроса на вакцины и услуги иммунизации должны основываться на более широком движении с целью помочь людям призвать свои правительства к ответу в части обеспечения доступа к услугам здравоохранения.

Таблица 3: Краткий обзор рекомендуемых действий по решению стратегической задачи 2

Отдельные люди и сообщества понимают суть иммунизации и свои права и обязанности применительно к иммунизации.	
Вовлечение отдельных людей и сообщества в обсуждение преимуществ иммунизации выслушиванием того, что их беспокоит.	<ul style="list-style-type: none"> • Приглашение к диалогу, включая передачу и обмен информацией о том, что беспокоит людей. • Использование социальных СМИ и полученного опыта коммерческого и социального маркетинга. • Использование новых мобильных и интернет-технологий. • Включить иммунизацию в программы школьного образования. • Проведение исследований по вопросам коммуникаций.
Создание мер поощрения для стимулирования спроса.	<ul style="list-style-type: none"> • Создание мер поощрения для семей и медицинских работников в пользу иммунизации, где это целесообразно, уважая при этом независимость бенефициаров (например, выплаты по соцобеспечению в денежной и неденежной форме, пакетирование услуг, признание СМИ). • Проведение социальных исследований с целью повышения качества услуг иммунизации и способности удовлетворять потребности разнообразных сообществ.
Создание потенциала по пропаганде и защите интересов.	<ul style="list-style-type: none"> • Привлечение новых сторонников, включая методистов, религиозных лидеров, традиционных и социальных медийных знаменитостей, врачей общей практики, медико-санитарных работников и активистов по иммунизации (среди прочих). • Обучение медицинских работников эффективным методам коммуникации, особенно в части реагирования на нежелание применять вакцины и умения реагировать на сообщения о серьезных неблагоприятных последствиях после иммунизации, с целью сохранения доверия и рассеивания опасений.

Отдельные люди и сообщества понимают суть иммунизации и свои права и обязанности применительно к иммунизации.	
	<ul style="list-style-type: none"> • Привлечение и поддержка национальных организаций гражданского общества в деле пропаганды важности вакцин перед местными сообществами, лицами, ответственными за принятие решений, местными и международными СМИ. • Разработка национальных или региональных информационно-разъяснительных планов при участии национальных организаций гражданского общества. • Объединение глобальных, национальных и местных усилий с действиями профессиональных и научных сетей.

Стратегическая задача 3: преимущества иммунизации справедливо распространяются на всех людей.

45. Сегодня четверо из каждых пятерых детей получают по крайней мере один базовый набор вакцин в период младенчества и, как следствие, могут вести более здоровую и более продуктивную жизнь. К сожалению, это означает, что каждый пятый ребенок не охвачен иммунизацией. В предстоящее десятилетие преимущества иммунизации должны распространяться более справедливым образом с охватом всех детей, подростков и взрослых. Выполнение этой стратегической задачи означает, что все люди, отвечающие критериям, будут вакцинированы с применением всех соответствующих вакцин – независимо от географического места проживания, возраста, пола, нетрудоспособности, уровня образования, социально-экономического уровня, принадлежности к этнической группе или условий работы. Это позволит выйти на группы населения, которые слабо охвачены соответствующими услугами, и уменьшить неравенство в иммунизации как внутри стран, так и между странами. Поскольку бремя болезней в основном приходится на неравномерно распределенные группы населения, которые находятся в условиях социального отчуждения, выход на большее число людей не только обеспечит более справедливое равенство, но и позволит достичь большего воздействия на здоровье и будет содействовать экономическому развитию. Более того, цели по ликвидации болезней не могут быть достигнуты без обеспечения и поддержания высокого и справедливого охвата иммунизацией.

46. В 2002 г. ВОЗ, ЮНИСЕФ и другие партнеры представили концепцию «Охватить каждый район», которая стала первым шагом на пути к обеспечению более справедливого охвата. Стратегия «Охватить каждый район» может расширить охват услугами иммунизации с помощью различных операционных компонентов, которые включают восстановление услуг, предоставляемых конкретным людям, установление вспомогательного контроля, привлечение сообществ, мониторинг и использование данных, районное планирование и

управление ресурсами. Аналогично, инициативы, нацеленные на борьбу и ликвидацию болезней или быстрое снижение показателей смертности, использовали такие стратегии, как национальные или субнациональные дни иммунизации (в целях ликвидации полиомиелита) и дополнительные меры по иммунизации (для элиминации кори и краснухи, снижение случаев смерти от кори и ликвидации неонатального столбняка). Совсем недавно стратегии, именуемые активизацией регулярной иммунизации, были использованы для расширения охвата иммунизацией групп населения, которые слабо охвачены соответствующими услугами, и были объединены в один пакет услуг вместе с другими услугами первичной медико-санитарной помощи.

47. Даже эти стратегии не охватывают все группы населения, например тех, кто проживает за пределами традиционных социальных и государственных структур. В целях сохранения достижений последних лет и достижения целей по борьбе с болезнями стратегический подход «Охватить каждый район» следует переименовать в «Охватить все сообщества». Для обеспечения более справедливого охвата определение сообщества следует расширить за рамки географически определяемых сообществ. Охват всех сообществ будет означать включение в программы иммунизации всех людей, отвечающих соответствующим требованиям, даже тех, кто не включен в стандартные государственные программы помощи неимущим.

48. Охват всех сообществ требует понимания препятствий на пути доступа к иммунизации и использования услуг иммунизации, он также требует выявления групп населения, которые слабо охвачены соответствующими услугами, и анализа и уточнения микро планов на уровне районов и сообществ с целью преодоления этих препятствий. Следует максимально использовать быстрое развитие информационных технологий для создания журналов учета по иммунизации и электронных баз данных, которые позволят отслеживать иммунизационный статус каждого человека, своевременно направлять уведомления о сроках иммунизации и обеспечить более удобный доступ к данным для принятия мер. Введение уникальных идентификационных номеров может послужить катализатором для создания таких систем.

49. Опираясь на успешный опыт проведения кампаний по вакцинации против полиомиелита, следует использовать децентрализованное планирование и программы помощи неимущим для получения доступа к группам населения, которые проживают в труднодоступных районах или ведут кочевой образ жизни, или исторически являются социально обособленными. Также потребуются новые стратегии по охвату городской бедноты и мигрантов. Учитывая ненадежные и развивающиеся структуры сообществ и неадекватную систему защиты, новые подходы к охвату сообществ будут иметь особое значение для выхода на эти группы населения. Это тем более верно, учитывая тот факт, что иногда самой сплоченной силой в таких городских и пригородных районах является глубоко укоренившееся недоверие к аутсайдерам, особенно, государственным служащим.

50. Осуществление стратегий по охвату всех групп населения, которые слабо охвачены соответствующими услугами, потребует взаимодействия с неправительственным сектором, включая организации гражданского общества и компании частного сектора, и потребует использования всех аспектов процесса иммунизации, включая информационно-разъяснительную работу, социальную мобилизацию, предоставление услуг и осуществление программ мониторинга. Для поддержки такого сотрудничества правительствам следует

выделять больше ресурсов сообществам, слабо охваченным соответствующими услугами, и для эффективной реализации стратегий удостовериться в том, что программы обеспечены квалифицированными и хорошо обученными кадрами. Партнерства с государственными секторами (например, с образовательными учреждениями) и взаимодействие с программами, ориентированными на уязвимые группы населения, будут иметь решающее значение. Кроме того, следует наращивать усилия, направленные на обеспечение всех детей высококачественными услугами по иммунизации, с целью сохранения уже достигнутых результатов.

51. Существуют и другие аспекты справедливости, которые заслуживают рассмотрения в течение Десятилетия вакцин (2011–2020 гг.), включая неравенство между странами, иммунизацией подростков и взрослых и услуги иммунизации в чрезвычайных ситуациях.

52. В прошлом требовались десятилетия на то, чтобы новые вакцины, используемые в странах с высоким уровнем доходов, стали доступными в странах с низким и средним уровнем доходов. Принимались меры по преодолению этой несправедливости, включая внедрение новых вакцин, при поддержке Альянса ГАВИ. Однако предстоит еще многое сделать для сохранения и расширения этих достижений, особенно применительно к странам со средним уровнем доходов.

53. Следует также использовать подход «в течение всей жизни» с тем, чтобы сделать преимущества иммунизации доступными для всех людей, находящихся в группах риска, всех возрастных категорий. По мере успешной борьбы с болезнями с помощью вакцинации младенцев растет признание необходимости в повышении иммунитета для сохранения и расширения этих достижений. В настоящее время также стали доступными и получают повсеместное распространение новые и существующие вакцины для детей школьного возраста, подростков и взрослых, находящихся в группах специального риска. К ним относятся, например, медицинские работники, люди с ослабленным иммунитетом, специалисты по работе с животными и люди пожилого возраста (например, вакцины против вируса папилломы человека, гриппа и бешенства). Успешные усилия по ликвидации материнского и неонатального столбняка и преимущества для женщин и детей вакцин от гриппа в период беременности повысили интерес к изучению вопроса разработки других вакцин, которые можно применять во время беременности. Речь идет о таких вакцинах, как, например, вакцины против стрептококка группы В или респираторно-синцитиального вируса. Это означает создание стратегий по охвату людей иммунизацией в течение всей жизни и разработку планов для систем по мониторингу и отслеживанию прогресса.

54. Аналогичным образом, необходимы согласованные планы по обеспечению доступа к иммунизации во время гуманитарных кризисов, эпидемий и в зонах конфликтов. Эти планы должны быть ориентированы на обмен информацией и выделение средств на создание запасов вакцин стратегического назначения.

55. Социальные и оперативные исследования необходимы для определения формы и проверки эффективности упомянутых выше стратегий поставок. Основные направления таких исследований могут включать определение основных причин низкого охвата в конкретных районах и сообществах, оценку экономических преград на пути иммунизации, понимание оптимальных подходов к охвату людей всех возрастов и оценку самых эффективных стимулов по охвату иммунизацией различных групп населения.

Таблица 4: Краткий обзор рекомендуемых действий по решению стратегической задачи 3

Преимущества иммунизации справедливо распространяются на всех людей.	
<p>Разработка и осуществление новых стратегий по устранению несправедливости.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Переименовать концепцию «Охватить каждый район» на «Охватить все сообщества» для устранения несправедливости в пределах районов. • Привлечь группы населения, слабо охваченные соответствующими услугами и находящиеся в удаленных районах, к разработке специализированных и намеченных стратегий по снижению несправедливости. • Внедрить соответствующие новые вакцины в национальные программы иммунизации (см. также задачу 5). • Выработать подход «в течение всей жизни» по планированию и осуществлению иммунизации, включая новые стратегии по обеспечению справедливости в течение всей жизни. • Обеспечить профилактику и ответные меры в борьбе с болезнями, которые можно предотвратить с помощью вакцин, в периоды эпидемий, гуманитарных кризисов и в зонах конфликтов.
<p>Создание базы знаний и потенциала для обеспечения справедливого предложения услуг.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Отслеживать иммунизационный статус каждого человека, максимально использовать записи о вакцинации, электронные базы данных и национальные системы идентификационных номеров. • Использовать преимущества общинных структур для совершенствования процесса коммуникации и предоставления услуг (например, традиционные акушеры, книги записей о рождении). • Привлечение организаций гражданского общества к процессам пропаганды и планирования на уровне сообществ. • Разработка новых подходов к привлечению сообществ в городах и пригородах. • Обучение медицинских работников и организаций гражданского общества вопросам по привлечению сообществ, выявления влиятельных людей, которые могут помочь в организации планирования, осуществления и мониторинга программ иммунизации и здравоохранения, а также потребностей сообщества, и по вопросам работы с сообществами по удовлетворению этих потребностей. • Проведение оперативных и социальных научных исследований по определению успешных стратегий по устранению несправедливости и повышению качества и предложения услуг по иммунизации.

Стратегическая задача 4: сильные системы иммунизации являются неотъемлемой частью надлежащим образом функционирующих систем здравоохранения.

56. Успех национальных программ иммунизации в области внедрения новых вакцин, достижения целей по обеспечению качества, справедливости и охвата и обеспечения финансовой устойчивости зависит от отлаженной системы здравоохранения. Многие взаимосвязанные компоненты системы иммунизации требуют междисциплинарного подхода для создания сплоченной, практичной и отлаженной программы, которая будет координировать взаимодействие с другими программами первичной медико-санитарной помощи.

57. Системы здравоохранения охватывают ряд функций от политики и регулирования до информационных систем и цепочек поставок, кадровых ресурсов, общего руководства программой и финансирования. Системы здравоохранения включают государственный и частный секторы, и в некоторых странах частный сектор может играть важную роль в просвещении семей о потребностях и преимуществах иммунизации и оказании первичной медико-санитарной помощи. Некоторые из этих функций рассматривались в других разделах настоящего документа. В настоящем разделе рассматриваются действия, требуемые для содействия развитию координации между программой иммунизации и другими программами систем здравоохранения, и укрепления информационных, кадровых компонентов, цепочек поставок и логистики систем здравоохранения.

58. Предоставление услуг иммунизации должно продолжать служить платформой для предоставления других приоритетных услуг общественного здравоохранения, например, добавки витамина А, дегельминтизации и использования противомоскитных сеток. Другие приоритетные программы также должны служить в качестве платформы для оказания услуг иммунизации. Все контакты с сектором здравоохранения должны использоваться в качестве возможности проверки статуса иммунизации и предоставления услуг вакцинации. Более того, по мере того, как становятся доступными новые вакцины, которые применяются против некоторых, но не всех возбудителей болезней, вызывающих определенные синдромы (например, пневмония, диарея и рак шейки матки), очень важно, чтобы их внедрение служило возможностью по расширению предложения дополнительных услуг. Например, вакцины против пневмококка и ротавируса должны дополняться другими действиями по защите, профилактике и лечению соответствующих респираторных и диарейных болезней.

59. Следовательно, выпуск новых вакцин должен сопровождаться комплексными планами по борьбе с болезнями как внутри стран, так и во всем мире. Координация программ иммунизации с другими услугами должна осуществляться на всех уровнях национальных программ, включать пропагандистские мероприятия и участие медицинских центров, и быть частью системы управления программой. Координация программ иммунизации с интегрированными программами первичной медико-санитарной помощи может также содействовать осуществлению усилий по социальной мобилизации, содействуя порождению спроса на услуги со стороны сообществ (стратегическая задача 2) и решению проблем несправедливости (стратегическая задача 3). Кроме этого, следует приложить усилия, чтобы не допустить изолированного осуществления глобальных программ действий в области вакцин, нацеленных на ликвидацию болезней (например, кампании по ликвидации полиомиелита и кори). Странам следует сделать выбор механизмов укрепления взаимодействия и координации между различными программами с учетом местных условий.

Сотрудничество и эффективность в результате интеграции и координации будут особенно полезными в странах с уязвимыми системами здравоохранения.

60. Доступ к своевременной информации высокого качества имеет решающее значение для эффективной программы иммунизации. К особо важной информации относятся показатели процессов, которые позволяют программам осуществлять мониторинг результатов своей деятельности и принимать корректирующие меры, и показатели результатов, оценивающие воздействие программ. Показатели результатов и воздействия должны анализироваться вместе с затратами в целях выявления проблем и достижений и оценки общей эффективности программы (эффективность расходования средств). Информационные системы по иммунизации должны быть частью более широких информационных систем здравоохранения, оставаясь при этом легкодоступными и удовлетворяющими потребностям программ по иммунизации.

61. Мониторинг степени охвата услугами иммунизации и процента отсева проводится с начала действия Расширенной программы по иммунизации в целях обеспечения ее эффективности. Хотя качество и своевременность передачи данных с годами неуклонно повышаются, качество данных по охвату административно-территориальных районов остается неадекватным во многих странах. Более того, по-прежнему остается неудовлетворительным использование данных для принятия корректирующих действий на уровне районов и сообществ. Новые подходы к отслеживанию данных по иммунизации с помощью уникальных номеров идентификации (этот вопрос обсуждался в разделе стратегической задачи 3) могут улучшить качество данных по охвату иммунизацией и содействовать развитию комплексных реестров записей об иммунизации. Новые технологии, включая портативные устройства связи и мобильные телефоны, могут содействовать этим усилиям и процессу обмена данными. Вооруженные данными более высокого качества и новыми механизмами анализа данных, руководители программ на всех административных уровнях смогут использовать эту информацию для повышения эффективности программ, надлежащего распределения ресурсов и более эффективного мониторинга прогресса.

62. Надзор за распространением болезней имеет решающее значение для процесса принятия решений о внедрении новых вакцин и о стратегиях по их применению в соответствующих национальных программах. Такой надзор также важен для мониторинга иммунизации и изменений в эпидемиологии болезней, а также для поддержки концепции длительного использования. Надежные эпидемиологические данные будут также иметь решающее значение для понимания в научно-исследовательских кругах эффективности вакцин и руководящих первоочередных принципов, и содействовать выявлению областей с высокой потребностью в исследованиях и разработках (стратегическая задача 6). Следует укреплять платформы надзора за распространением болезней в целях повышения качества и обмена информацией. Эти меры включают укрепление потенциала лабораторий по микробиологическому подтверждению диагнозов и по надзору за распространением болезней с использованием структурно-групповых методов анализа.

63. В редких случаях побочные реакции могут оказывать воздействие на здоровье вакцинированных людей. Чаще непредвиденные изменения в состоянии здоровья после иммунизации могут ошибочно возлагаться на вакцины. В обоих случаях очень важно отследить и своевременно проанализировать неблагоприятные побочные эффекты после иммунизации. В целях оказания содействия странам с низким и средним уровнями доходов в

решении таких важных вопросов ВОЗ и ее партнеры разработали Глобальную программу по безопасности вакцин. Данный стратегический план позволит этим странам создать, по крайней мере, минимальный потенциал действий по безопасности вакцин. Этот план также повысит возможности по оценке безопасности вакцин в странах, в которых были введены недавно разработанные вакцины, которые внедряют применение вакцин в поселениях с новыми характеристиками или которые осуществляют производство и применение предварительно квалифицированных вакцин. Этот план также поможет создать структуру поддержки глобального плана безопасности вакцин. Реализация Глобального плана по безопасности вакцин в целях создания потенциала для надзора за безопасностью вакцин в течение Десятилетия вакцин (2011–2020 гг.) ставит своей целью обеспечить, чтобы каждый человек и в любом месте мог иметь доступ к самым безопасным вакцинам, и чтобы опасения относительно безопасности вакцин не стали причиной отказа от их применения.

64. Растущая сложность программ иммунизации и крупномасштабные новые цели означают, что с ростом рабочей нагрузки потребуются больше обученных медицинских работников, включая менеджеров программ на национальном и субнациональном уровнях, а также активистов, готовых оказывать услуги и вести диалог напрямую с сообществами. Менеджеры программ должны обладать техническими знаниями о вакцинах и иммунизации, а также управленческими навыками. Активисты среди работников здравоохранения, оказывающие не только услуги по вакцинации, но и другие услуги первичной медико-санитарной помощи, медицинского образования, должны пройти координированный, комплексный и практический предварительный и дистанционный курсы обучения по обновленной, соответствующей программе обучения с последующей проверкой знаний по окончании курса обучения. Медицинские работники должны не только уметь объяснить важность иммунизации, но и предоставить консультации отдельным людям и сообществам по вопросам правильного питания, создания условий, более благоприятных для здоровья человека, и признания признаков опасности, если кто-то заболевает. Программы иммунизации должны обеспечить, чтобы медицинские работники сообществ были включены в программы обучения и проверки. Организации гражданского общества могут помочь с организацией обучения и взаимодействия с этими медицинскими работниками.

65. Медицинские работники могут работать эффективно только при условии эффективных поставок (вакцин, добавок и лекарств). Поступление новых вакцин опережает пропускную способность действующих холодильных систем во многих странах. Следовательно, срочно требуется расширить мощности, повысить эффективность и надежность цепочек поставок и систем переработки отходов. Они должны пройти модернизацию для максимального повышения эффективности. Они также должны учитывать и предпринимать усилия по минимизации воздействия на окружающую среду энергетических отходов, материалов и процессов, применяемых в процессе иммунизации, внутри стран и во всем мире. Доступность новых технологий дает возможность принятия новаторских решений, не только по улучшению управления цепочкой поставок в области иммунизации, но и в поиске взаимодействия с другими секторами и системами поставок для других программ здравоохранения. Еще одна потенциальная область для инноваций – это понимание прошлого опыта частного сектора и управление цепочкой поставок. Кроме этого, следует посмотреть, какие задачи можно решить с привлечением ресурсов компаний частного сектора для повышения эффективности.

66. Очень важно укомплектовать иммунизационные системы поставок адекватным числом компетентных, мотивированных и наделенных полномочиями специалистов всех уровней. Аналогичным образом, модернизация информационных систем здравоохранения должна содействовать управлению ресурсами и помогать персоналу в обеспечении необходимого объема поставок вакцин для удовлетворения спроса. Усилия по совершенствованию цепочек поставок должны предприниматься таким образом, чтобы приносить пользу не только программам по иммунизации, но и более широким национальным программам здравоохранения.

67. Разработка более эффективных комплексных подходов по борьбе с болезнями и иммунизации потребует от министерств здравоохранения, чтобы они возглавили процесс укрепления и координации программ иммунизации и систем здравоохранения в более широком масштабе с привлечением организаций гражданского общества, представителей научных кругов и частнопрактикующих врачей. Они могут опираться на опыт научных сотрудников в деле разработки и применения новых механизмов и подходов по предоставлению услуг. Организации гражданского общества могут внести свой вклад в разработку интегрированных программ в плане их соответствия местным условиям и привлечения местных кадров. Сообщества могут, в конечном итоге, призвать к ответу местные органы власти, потребовав от них предоставления интегрированных услуг. Региональные и глобальные организации могут также помочь в части обмена опытом и передовыми методами работы как внутри стран, так и между странами, а также обеспечить доступ страновым программам к аналитическим инструментам. Партнеры по процессу развития могут выделить, по мере необходимости, дополнительные финансовые ресурсы.

Таблица 5: Краткий обзор рекомендуемых действий по решению стратегической задачи 4

Сильные системы иммунизации являются неотъемлемой частью надлежащим образом функционирующих систем здравоохранения.	
<p>Выработка комплексных и скоординированных подходов.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечить, чтобы глобальные программы действий в области вакцин, нацеленные на ликвидацию болезней (например, кампании по ликвидации полиомиелита и кори) были включены в состав национальных программ по иммунизации и не реализовывались изолированно. • Обеспечить, чтобы применение новых вакцин сопровождалось комплексными планами по борьбе с конкретными болезнями. • Обеспечить координацию между государственным и частным секторами в области внедрения новых вакцин, подготовки докладов о болезнях, которые можно предотвратить с помощью вакцин, и проведения вакцинаций. Также обеспечить надлежащее качество вакцинаций в государственном и частном секторе. • Рассмотреть вопрос о включении вакцин (в соответствии с национальными первоочередными задачами) в программы здравоохранения в течение всей жизни человека.

<p>Сильные системы иммунизации являются неотъемлемой частью надлежащим образом функционирующих систем здравоохранения.</p>	
<p>Укрепление систем мониторинга и надзора.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Повышение качества всех административных данных по иммунизации и содействие анализу этих данных и их применению на всех административных уровнях с целью повышения эффективности программы. • Разработка и содействие применению новых технологий для сбора, передачи и анализа данных об иммунизации. • Дальнейшее укрепление и расширение систем надзора за распространением болезней с целью сбора информации для процессов принятия решений, мониторинга воздействия иммунизации на показатели заболеваемости и смертности и изменения эпидемиологии болезней. • Создание возможностей для деятельности по безопасности вакцин, включая возможности по сбору и интерпретации данных о безопасности вакцин, и наращивание потенциала в странах, где идет внедрение недавно разработанных вакцин.
<p>Наращивание потенциала менеджеров и активистов.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечить, чтобы иммунизация и другие программы первичной медико-санитарной помощи были укомплектованы адекватными кадрами и могли оказывать прогнозируемые услуги приемлемого качества. • Повысить уровень предварительного, дистанционного и последующего обучения для медицинских работников и разработать новые современные программы обучения, где иммунизация рассматривается как компонент комплексного подхода по борьбе с болезнями. • Содействовать организации согласованного обучения и инструктажа для медицинских работников по месту жительства.
<p>Укрепление инфраструктуры и логистики.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Содействие улучшению пропускной способности сети холодильных установок и логистики, а также управлению отходами. • Минимизация воздействия на окружающую среду энергетических отходов, материалов и процессов, используемых в иммунизационных системах поставок как внутри стран, так и во всем мире. • Укомплектование систем поставок достаточным количеством компетентных, мотивированных и наделенных полномочиями сотрудников на всех уровнях. • Создание информационных систем, которые помогут сотрудникам точно отслеживать имеющиеся в наличии поставки вакцин.

Стратегическая задача 5: программы иммунизации имеют устойчивый доступ к прогнозируемому финансированию, поставкам качественных вакцин и инновационным технологиям.

68. Для достижения целей Десятилетия вакцин (2011–2020 гг.) необходимо предпринять действия внутри стран и на глобальном уровне по увеличению общей суммы доступных средств на иммунизацию, поступающих как от стран, так и от партнеров по реализации проекта. Страны должны обеспечить финансовую стабильность национальных программ иммунизации за счет регулярной оценки потребностей в ресурсах; эффективной работы служб поставок вакцин; наличия адекватного внутреннего финансирования и мобилизации ресурсов от партнеров по реализации проекта для обеспечения необходимого объема финансирования. Правительствам также необходимо изучить альтернативные и инновационные механизмы финансирования для здравоохранения и программ иммунизации. Некоторые страны создали трастовые фонды или используют специально выделенные доходы от сбора налогов, помимо других стратегий. Кроме этого, важно выйти за пределы бюджетов и затрат. Правительства могут улучшить доступ к вакцинам и преодолеть дефицит вакцин, иммунизационного оборудования или нехватку персонала за счет непрерывного и своевременного расходования бюджетных средств, отвечающего потребностям программ.

69. Хотя финансирование услуг иммунизации, прежде всего, является обязанностью правительств, партнеры по реализации проекта должны поддерживать национальные стратегии за счет более предсказуемого и долгосрочного финансирования. Им также следует изучить следующее поколение инновационных механизмов финансирования. Особое внимание следует обратить на взаимную ответственность между странами и их партнерами по развитию в плане финансирования программ иммунизации. Один из возможных подходов заключается в том, чтобы проводить ежегодное отслеживание ресурсов по финансированию программ иммунизации странами и партнерами по развитию. Для стран и партнеров по развитию научно обоснованные усилия по информационно-разъяснительной работе и выработке политики должны основываться на получении новых обязательств в дополнение к прошлым обязательствам по финансированию.

70. Существует также потребность в улучшении распределения средств, отчетности и укреплении финансовой стабильности. Координация поддержки финансирования со стороны партнеров по развитию и других внешних источников, направляемого на первоочередные бюджетные цели, будет содействовать тому, чтобы выделяемые средства направлялись на самые неотложные нужды страны. Стратегии распределения средств следует регулярно пересматривать с целью удостовериться в том, что они максимально эффективно и быстро отвечают своим целям, таким как борьба с болезнями и их ликвидация. Следует создать центр обратной связи для повышения устойчивости, результатов и влияния программ. Один из возможных методов проведения исследований заключается в изучении системы финансирования с «оплатой за результаты». Однако достоинства этого подхода следует взвесить против важности задачи обеспечения прогнозируемости финансирования, рисков создания негативных стимулов и того факта, что внедрение таких схем требует наличия данных высокого качества. Это потребует взаимосвязи между международным, национальным и местным распределением средств и конкретными показателями деятельности, а также использования итоговых результатов для содействия модернизации программы.

71. Инновационные механизмы ценообразования и пополнения ресурсов необходимы для ослабления давления на финансирование и для содействия разработке и увеличению числа новых и существующих вакцин. Инновации имеют особую значимость для тех стран с доходами ниже среднего уровня, которые не имеют доступа к механизмам ценообразования и пополнения ресурсов Панамериканской организации здравоохранения, ЮНИСЕФ и Альянса ГАВИ. К механизмам, требующим изучения, следует отнести дифференциальное ценообразование с применением новых подходов по определению уровней цен и методов ведения переговоров и пополнения ресурсов для стран с доходами ниже среднего уровня. Действующие модели общих фондов существуют как на рынках вакцин, так и на рынках фармацевтических препаратов. Один из примеров – это механизм пополнения ресурсов из возобновляемого фонда и механизм краткосрочных кредитов Панамериканской организации здравоохранения. Возможно проведение оценки этой и других моделей с внесением изменений для оптимального удовлетворения потребностей стран с доходами ниже среднего уровня и рынков отдельных вакцин.

72. Обеспечение долгосрочного устойчивого финансирования может служить хорошим стимулом для производителей, повышая тем самым безопасность поставок. В дополнение, требуются действия со стороны поставщиков. Производство все большей части доступных по цене вакцин, которые используются для вакцинации населения всего мира, располагается в странах со средним и ниже среднего уровнем доходов. В предстоящее десятилетие эти страны должны будут не только обеспечить качество, безопасность и эффективность вакцин, используемых внутри страны, но и взять на себя международные обязательства по защите и повышению безопасности глобальных программ иммунизации. К потенциальным действиям поставщиков по обеспечению качества, безопасности и эффективности относятся выявление и распространение передовых методов производства и контроля качества, инвестирования в исследования и разработки и инициации соглашений по передаче технологий и совместным разработкам.

73. Важным, но часто забываемым, фактором, который составляет основу всех этих действий, является обеспечение качества вакцин. Обеспечение хорошего качества во многом зависит от эффективной стандартизации, цель которой обеспечить стабильное производство всех вакцин и возможности для многообразных производителей выпускать аналогичную продукцию равного качества. Уже действуют нормативные процессы по достижению общепринятых стандартов по вакцинам, включая международные биологические стандартные материалы. Тем не менее, необходимо принять меры по усилению глобальной стандартизации.

74. В дополнение, каждая страна должна создать потенциал по мониторингу и оценке безопасного использования вакцин согласно стратегии, изложенной в Инициативе ВОЗ – Глобальном плане по безопасности вакцин (этот вопрос рассматривался в разделе, посвященном стратегической задаче 4). Необходимо предпринять действия по укреплению национальных систем правового регулирования и разработать общепринятые положения с целью обеспечения эффективного и своевременного управления процессом роста спроса на проверки на соответствие нормативным требованиям. Этот вопрос касается не только стран с низким и средним уровнем доходов, участвующих в передаче технологий, но и надзорных органов в странах с высоким уровнем доходов, где необходимо поддерживать на должном уровне профессионализм и ресурсы. Эти действия поставщиков должны основываться на

убедительных экономических моделях, разработанных странами, с целью обеспечения влияния этих значимых и долгосрочных инвестиций.

75. Для того чтобы изменения в отношении устойчивого финансирования стали реальностью, потребуются обязательства правительств и партнеров по реализации проекта по наращиванию ресурсов и повышению эффективности программ, равно как и от дополнительных стран, присоединяющихся в качестве партнеров по развитию. Аналогичным образом, устойчивая система поставок потребует многосекторального участия правительств (например, секторов науки и технологий, торговли, промышленности и здравоохранения) с целью создания условий, при которых поставщики могли бы наращивать свой потенциал. Страны с формирующейся рыночной экономикой играют особо важную роль в обоих случаях, учитывая высокие темпы экономического роста и быстрое развитие баз материально-технического снабжения в этих странах.

76. В целях улучшения согласованности требуют дальнейшего развития и расширения мероприятия, проводимые в настоящее время Управлением поставок ЮНИСЕФ и Альянсом ГАВИ по улучшению взаимодействия и координации действий. Странам нужен форум, где они могли бы более четко излагать информацию об ожидаемом спросе на новые вакцины и свои пожелания в отношении профиля продуктов. Эта информация из первых рук позволит поставщикам принимать более обоснованные решения в отношении выпуска продукции планирования мощностей, что, тем самым, снизит риск разработки и поставок продукции, не пользующейся спросом. Эта информация также поможет партнерам по развитию и другим организациям государственного сектора разрабатывать более обоснованные и надежные стратегии и планы поставок. Далее, этот форум можно будет использовать для того, чтобы поставщики могли поделиться со странами точной информацией о текущих и будущих категориях цен и поставок, а страны, в свою очередь, могли бы обмениваться информацией и опытом по организации поставок вакцин.

Таблица 6: Краткий обзор рекомендуемых действий по решению стратегической задачи 5

Программы иммунизации имеют устойчивый доступ к прогнозируемому финансированию, поставкам качественных вакцин и инновационным технологиям.	
Повышение общего объема финансирования.	<ul style="list-style-type: none"> • Ввести обязательство для правительств инвестировать средства в программы иммунизации в соответствии с их платежеспособностью и ожидаемыми выгодами. • Привлекать новых потенциальных партнеров внутри страны и партнеров по развитию и диверсифицировать источники финансирования. • Разработать следующее поколение инновационных механизмов финансирования.
Повышение доступности для стран со средним уровнем доходов.	<ul style="list-style-type: none"> • Изучить подходы к дифференциальному ценообразованию для выработки четких критериев определения уровней цен, а также сделать доступной информацию о текущих и будущих ценах для стран с доходами ниже среднего уровня и стран со средним уровнем дохода. • Изучить механизмы ведения переговоров и пополнения ресурсов для стран с доходами ниже среднего уровня и стран со средним уровнем

Программы иммунизации имеют устойчивый доступ к прогнозируемому финансированию, поставкам качественных вакцин и инновационным технологиям.	
	доходов.
Улучшение процесса ассигнования средств в странах с низким и средним уровнем доходов.	<ul style="list-style-type: none"> • Укреплять процесс разработки бюджета управления финансами внутри страны для лучшей интеграции финансового планирования и планирования в здравоохранении процесса выработки первоочередных задач. • Координировать процесс поддержки ассигнования средств от партнеров по развитию и из других внешних источников. • Оценка и улучшение механизмов поддержки финансирования с учетом их эффективности в части достижения целей по ликвидации заболеваний. • Для обеспечения устойчивого развития программ финансирование должно быть основано на принципах прозрачности и объективности. • Содействовать использованию аргументов по стоимости и рентабельности в процессах привлечения средств, принятия решений и в защиту финансирования программ иммунизации. • Изучить системы финансирования с оплатой по результатам.
Обеспечение качества поставок.	<ul style="list-style-type: none"> • Создавать и поддерживать сети органов нормативного регулирования и поставщиков по обмену передовым опытом и повышением возможностей по обеспечению качества и контролю качества. • Разработать инструменты по укреплению глобальной стандартизации процессов производства и регулирования. • Укреплять национальные системы правового регулирования и разработать общепринятые положения. • Создать форум, где страны могут делиться информацией об ожидаемом спросе на вакцины и технологии и давать рекомендации производителям по желательным профилям продукции.

Стратегическая задача 6: максимальное обеспечение преимуществ от иммунизации посредством проведения исследований и инновационных разработок на страновом, региональном и глобальном уровнях.

77. В предстоящем десятилетии потребуются целенаправленные исследования и инновационные разработки в области открытия, разработки и поставок вакцин. Деятельность в области инновационных исследований и разработок приведет к: (1) определению механизмов защиты и патогенеза; (2) четко определенным и новым антигенным целям по разработке новых вакцин; (3) разработке биотехнологий, разработке, производству и поставкам технологий для новых и усовершенствованных вакцин; и (4) подготовке данных по бремени болезней и экономической эффективности для национальных процессов принятия решений.

78. ВОЗ провела детальное исследование по определению приоритетности болезней, а Институт медицины Соединенных Штатов Америки сейчас разрабатывает модель, которая призвана помочь лицам, принимающим решения, в определении приоритетности

профилактических вакцин на основе медицинских, экономических, демографических, программных и социальных критериев, а также с учетом научных, технических и коммерческих возможностей. Концепция Десятилетия вакцин не проводила работу по определению приоритетности вакцин или заболеваний. В дополнение к вышеназванным действиям будет представлен весь спектр потребностей в исследованиях и разработках в области открытия, разработки и поставок вакцин, из которого заинтересованные стороны смогут выбрать области для инвестирования с учетом своих собственных приоритетов и суждений относительно окупаемости вложений.

79. Более активное участие и консультации с конечными пользователями потребуются во всех видах научно-исследовательской деятельности с целью удостовериться в том, что определение приоритетности технологий инноваций было проведено с учетом реального спроса и добавленной стоимости. Потребуется заключение новых договоров в целях содействия процессу передачи технологий и обеспечения доступа к данным и обмену соответствующей информацией, равно как и признание и уважение прав интеллектуальной собственности. В целях содействия данным мероприятиям и максимального повышения ее эффективности будет предложено принять участие в работе деятелям наук, которые ранее не привлекались к работе по исследованию вакцин (системная биология, нанотехнологии, структурная биология и метаболомика). Инженеры-химики, инженеры-технологи, химики и программисты будут также играть важную роль в этой работе.

80. Кроме этого, в странах с низким и средним уровнями доходов необходимо создавать потенциал и развивать людские ресурсы для проведения исследований и разработок, включая поиск лучших методов проведения оперативных исследований и оценки программ иммунизации. В странах с низким и средним уровнями доходов лучшие научные организации будут проводить исследования и разработки. Это позволит получить местные данные и содействовать развитию двустороннего и многостороннего сотрудничества в области базовых наук и разработки вакцин. Дальнейшее укрепление потенциала может идти за счет организации обучения и обменов равноправными сотрудниками между странами. Рост взаимодействия между исследовательскими центрами (от открытия вакцин до проведения клинических испытаний) будет содействовать обмену идеями и эффективному созданию партнерств среди научных организаций в странах с высоким, средним и низким уровнями доходов.

81. Открытия и базовые научные исследования заложат основы для воздействия в последующие десятилетия. Для разработки новых вакцин необходимы исследования по взаимодействию между носителем вируса и возбудителем заболевания. Передача знаний врожденным и адаптивным иммунным ответам позволит более рационально разрабатывать вакцины. Повышение осведомленности об иммунологических и молекулярных характеристиках микробов с помощью системной биологии позволит поставить новые антигенные цели по разработке вакцин и эффективные способы прогнозирования защитных иммунных ответов и механизмов защиты. Соответствующие исследования генетики переносчиков заболеваний и биомаркеров будет содействовать пониманию причин различных ответных реакций на вакцины человеческого организма или степени его подверженности побочным эффектам.

82. Для целей разработки новых и усовершенствованных вакцин и технологий по вакцинам научное сообщество только выиграет от принятия передовой практики в области управления

портфелем ресурсов и партнерствами, включая выявление ранних признаков успеха или неудачи в отношении поэтапных инвестиций. Научному сообществу следует рассмотреть новые подходы по переводу перспективных вакцин-кандидатов от стадии открытия к стадии разработки, особенно, если не работают рыночные стимулы. Это особенно важно для вакцин против «забытых» болезней.

83. Исследования необходимы, чтобы ускорить разработку, лицензирование и внедрение вакцин, которые в настоящее время находятся на ранней стадии разработки, включая разработку технологий для более эффективного и менее дорогостоящего производства вакцин. Более широкий доступ к технологиям и соответствующей информации по стимуляторам и их включению в состав вакцин будет содействовать разработке новых и более эффективных вакцин. В целях ускорения разработки вакцин следующего поколения, которые будут более эффективными, менее дорогостоящими и более простыми для производства и введения, приоритетные области исследований должны включать следующее: механизмы ввода вакцин «без шприца» и упаковка вакцин, отвечающие наилучшим образом потребностям и ограничениям стран, а также термостойкие вакцины и новые биотехнологии и технологии производства вакцин.

84. Кроме того, разработка и строгое следование глобальному плану нормативных научных исследований будет содействовать повышению эффективности производства, улучшению характеристик продуктов, совершенствованию планирования клинических испытаний и соблюдению высочайших стандартов по безопасности и эффективности вакцин. Предстоит решить сложную задачу в повышении понимания побочных эффектов, поиске путей их преодоления, но не в ущерб эффективности существующих продуктов и без дополнительных затрат на разработку, тестирование и регистрацию нового продукта. В этом направлении исследования на подопытных животных и в лабораторных системах, которые могут лучше спрогнозировать безопасность и эффективность вакцин, будут содействовать сокращению сроков на разработку безопасных и эффективных вакцин и повышению их доступности для сообществ. Знание коррелятов защиты и безопасности будут содействовать лицензированию и использованию этих продуктов второго поколения.

85. В отношении поставок, приоритетные области для повышения эффективности программ и расширения охвата вакцинами должны включать исследования по использованию эффективной информации за счет современных коммуникационных технологий и социальных исследований с целью понять культурные, экономические и организационные детерминанты иммунизации. Экономическая оценка здоровья будет направлять процесс внедрения и определения приоритетности вакцин, и поэтому возникнет необходимость в проведении репрезентативных эпидемиологических, иммунологических и оперативных исследования, как и в исследования влияния вакцин.

86. Оперативное исследование по наиболее эффективным способам доставки вакцин необходимо для решения задач, связанных с концепцией иммунизации в течение всей жизни (новорожденные, младенцы, подростки, беременные женщины, люди пожилого возраста, среди прочих), среди прочих, а также с вакцинацией в чрезвычайных ситуациях и в условиях эпидемий. Потребуется исследование по иммунологическим расстройствам и оптимизации схем поставок по мере того, как все больше вакцин будут включаться в стандартные программы, а иммунизация выйдет за пределы первого года жизни. Что касается специальных групп населения, например, беременных женщин, то подтверждение

безопасности вакцин приобретает особую значимость. Более того, необходимы исследования по разработке биомаркеров для подтверждения оценочных данных по охвату иммунизацией, которые позволят лучше оценить уровень иммунитета населения. Для повышения качества надзора ценным дополнением станут исследования по разработке экономически эффективных диагностических инструментов, которые можно использовать в полевых условиях, предназначенные для создания этиологии, подходящей для применения в местах наблюдения за пациентами в странах с низким уровнем доходов.

87. Согласованные действия научного сообщества, производителей вакцин, медицинских работников, руководители программ, национальных технических консультационных групп по вопросам иммунизации, организаций по нормативному регулированию вакцин и партнеров по развитию будут необходимы для достижения полного потенциала в области исследований и разработок в следующем десятилетии. Этим группам необходимо согласовать методы и аргументы по определению приоритетности и распределению ограниченных ресурсов, без наращивания напряженности, связанной с выбором и предпочтениями разных стран, с учетом потребности в крупномасштабных исследованиях и рынках в целях устойчивого развития и коммерческого использования. Работники здравоохранения, руководители программ, организации по регулированию вакцин и национальные технические консультационные группы по вопросам иммунизации могут помочь в определении областей для инноваций, оценке реального спроса и дополнительных преимуществ. Партнеры по развитию могут содействовать продуманному распределению некоторых ресурсов на научные исследования и разработки в соответствии с согласованными приоритетами. Научное сообщество и производители вакцин будут нести основную ответственность за продвижение инноваций и строгое соблюдение вышеуказанного плана проведения научных исследований.

Таблица 7: Краткий обзор рекомендуемых действий по решению стратегической задачи 6

Максимальное обеспечение преимуществ от иммунизации посредством проведения исследований и инновационных разработок на страновом, региональном и глобальном уровнях.	
Расширение возможностей и более активное участие конечных пользователей.	<ul style="list-style-type: none"> • Привлечение конечных пользователей к работе по определению приоритетности вакцин и инноваций с учетом предполагаемого спроса и дополнительных преимуществ. • Создание платформ для обмена информацией по исследованиям в области иммунизации и достижение согласия. • Наращивание потенциала и кадровых ресурсов в странах с низким и средним уровнями доходов для проведения научных исследований и разработок и оперативных исследований. • Укрепление взаимодействия между научными центрами для создания эффективных партнерств между научными организациями стран с высоким, средним и низким уровнями доходов.

Максимальное обеспечение преимуществ от иммунизации посредством проведения исследований и инновационных разработок на страновом, региональном и глобальном уровнях.	
	<ul style="list-style-type: none"> • Содействие развитию сотрудничества между традиционными научными дисциплинами и научными работниками из областей, которые ранее не привлекались к исследованиям по вакцинам.
Содействие разработке новых вакцин.	<ul style="list-style-type: none"> • Исследование основных принципов врожденных и адаптивных иммунных ответов человеческого организма. • Исследования по иммунологическим и молекулярным характеристикам микробов. • Повышение осведомленности о масштабах и причинах различий в патогенных микроорганизмах и ответных реакциях человеческого организма на воздействие вакцин.
Ускорение разработки, лицензирования и внедрения вакцин.	<ul style="list-style-type: none"> • Содействие расширению доступа к технологиям, практическому опыту и интеллектуальной собственности на стимуляторы и их формулу в составе вакцин. • Разработка механизма ввода вакцин без шприца и упаковки для вакцин, которая наилучшим образом отвечает потребностям и ограничениям национальных программ. • Разработка термостойкой и противокоревой вакцин. • Разработка новых биотехнологий и технологий производства вакцин. • Разработка глобального регулятивного плана проведения научных исследований. • Принятие передовой практики в области управления портфелем ресурсов и партнерствами по научным исследованиям и разработкам.
Повышение эффективности программы, охвата и влияния иммунизации.	<ul style="list-style-type: none"> • Исследование по использованию более эффективной информации благодаря современным технологиям связи. • Проведение репрезентативных эпидемиологических, иммунологических, социальных и оперативных исследований, а также исследований по воздействию вакцин в целях экономической оценки здоровья. • Проведение оперативного исследования по усовершенствованным подходам к доставке вакцин в рамках программ иммунизации «в течение всей жизни» и вакцинации в условиях гуманитарных кризисов, в так называемых уязвимых государствах и странах, находящихся в зонах конфликтов.

Максимальное обеспечение преимуществ от иммунизации посредством проведения исследований и инновационных разработок на страновом, региональном и глобальном уровнях.	
--	--

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Проведение исследований по иммуноустойчивости и оптимальным схемам поставок вакцин. • Проведение исследований по разработке усовершенствованных диагностических инструментов для проведения надзора в странах с низким уровнем доходов. |
|--|--|

ОКУПАЕМОСТЬ ИНВЕСТИЦИЙ В ПРОГРАММЫ ИММУНИЗАЦИИ ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

88. Глобальный план действий в области вакцин содержит перечень крупномасштабных целей и стратегических задач на десятилетие в целях расширения влияния и охвата иммунизацией всех стран мира. Благодаря расширению охвата существующими вакцинами, внедрению новых вакцин и выполнению задач по борьбе с конкретными болезнями и их ликвидации можно будет предотвратить миллионы смертей и сэкономить миллиарды долларов.

89. Согласно прогнозам, затраты на поддержание и развитие существующих программ иммунизации, внедрение новых вакцин и вакцин с низким коэффициентом использования, а также затраты на проведение дополнительных мер по иммунизации по искоренению и ликвидации болезней в 94 странах с низким и ниже среднего уровнем доходов вырастут с 3500–4500 млн. долл. США в 2011 г. до 6000–8000 млн. долл. США в 2020 г., и ориентировочная общая сумма затрат в течение десятилетия (с 2011 по 2020 год) составит 50 000–60 000 млн. долл. США. Следующие прогнозные оценки также относятся к этим 94 странам¹.

90. По оценкам, 42 000–51 000 млн. долл. США из общей суммы затрат (около 85% от общей суммы) будут направлены на расширение охвата стандартной иммунизацией и на включение дополнительных вакцин в стандартные программы иммунизации². Например, согласно прогнозам, охват пневмококковой вакциной лиц, родившихся в одном и том же году, в 94 странах увеличится с 8% в 2011 г. до приблизительно 90% к 2020 году. Другим примером, согласно прогнозам, будет то, что охват пентавалентной вакциной (против дифтерита-столбняка-коклюша, гепатита В и Hib) вырастет с 50% в 2011 г. до более 90% к 2020 году. Другой пример, согласно прогнозам, до пяти дополнительных вакцин, которые в настоящее время не лицензированы и не применяются широко в странах с низким и ниже

¹ К странам, включенным в расчет затрат, относятся 92 страны с низким и ниже среднего уровнями доходов согласно классификации Всемирного банка на июль 2011 г. (доступно на сайте: <http://www.icsoffice.org/Documents/DocumentsDownload.aspx?Documentid=474>, по состоянию на 11 апреля 2012 г.) и две страны с доходами выше среднего уровня (Азербайджан и Куба), получившие поддержку Альянса ГАВИ по существующим вакцинам, но не имеющие поддержки в отношении будущих вакцин.

² В расчет затрат были включены следующие болезни, предотвратимые с помощью вакцин: дифтерия-столбняк-коклюш, гепатит В, *Haemophilus influenzae* тип b, вирус папилломы человека, японский энцефалит, корь, менингококк А, свинка, пневмококк, полиомиелит, ротавирус, краснуха, туберкулез и желтая лихорадка.

среднего уровнем доходов, будут внедрены во многих странах, включенных в анализ, в течение десятилетия: вакцины против холеры, болезни денге и малярии, инактивированная вакцина против вируса полиомиелита и конъюгированная вакцина против тифа Vi. Будет необходимо расширять программы поставок вакцин с тем, чтобы они удовлетворяли текущим потребностям, поддерживались в течение десятилетия, имели адекватные возможности для включения в поставки дополнительных вакцин, внедрение которых только планируется, и содействовали расширению охвата иммунизацией в странах с низким и ниже среднего уровнем доходов. Как следствие, затраты на ежегодную регулярную иммунизацию вырастут с порядка 2500 млн. долл. США в 2011 г. до 7500 млн. долл. США к 2020 году.

91. Из общей суммы затрат ориентировочная сумма в пределах от 8000 млн. долл. США до 9000 млн. долл. США (оставшиеся 15% от общей суммы затрат) будет выделена на дополнительные мероприятия по иммунизации по борьбе с болезнями и их ликвидации в течение десятилетия, в качестве дополнительных мер к регулярным программам иммунизации. Настоящий анализ предполагает, что эти дополнительные усилия будут направлены на искоренение кори, менингококка А менингита, полиомиелита, краснухи, столбняка и желтой лихорадки.

92. Описанные выше затраты на регулярные и дополнительные меры по иммунизации включают прогнозные затраты на приобретение вакцин и материалов для инъекций, а также расходы на доставку и поставки этих вакцин, включая транспортные расходы, расходы на холодильные установки, расходы на персонал, обучение, социальную мобилизацию, эпиднадзор и управление программами. Эти затраты не включают дополнительные расходы или показатели, которые могут быть понесены в результате действий, рекомендованных в Глобальном плане действий в области вакцин при недостаточной научно-доказательной базе по этим затратам в настоящий момент времени. В частности, не будут включены дополнительные расходы на проведение вакцинации от сезонного гриппа или расходы на дополнительные потребности в ресурсах для усиления эпиднадзора, более активного участие гражданского общества, а также текущую и дополнительную экспертную поддержку по осуществлению Глобального плана действий в области вакцин. Тем не менее, затраты составляют важную часть стоимости достижения стратегических задач Десятилетия вакцин (2011–2020 гг.).

93. Правительства стран с низким и ниже среднего уровнем доходов будут продолжать играть главную роль в удовлетворении потребностей в ресурсах. При условии, что финансирование странами программ иммунизации будет расти в соответствии с прогнозируемым ростом валового национального продукта, и при условии, что все отвечающие требованиям страны Альянса ГАВИ в полном объеме выполняют требования совместного финансирования, доступное финансирование от правительств стран на регулярные и дополнительные мероприятия по иммунизации в целом составит порядка 20 000 млн. долл. США в течение десятилетия. Кроме того, если Альянс ГАВИ продлит свой текущий уровень финансирования на 2016–2020 гг., то это принесет дополнительно еще 12 000 млн. долл. США за десять лет. При этом порядка 11 000 млн. долл. США будут направлены на программы регулярной иммунизации и около 1000 млн. долл. США – на дополнительные мероприятия по иммунизации. На основании этих допущений, правительства стран и Альянс ГАВИ совместно могут выделить около 32 000 млн. долл. США на программы иммунизации в течение десятилетия. Эти оценки могут рассматриваться как минимальные доступные ассигнования средств в течение

десятилетия, так как они не включают взносы от партнеров по процессу развития сверх сумм, выделяемых через Альянс ГАВИ (из-за значительной неопределенности в отношении будущих объемов финансирования от партнеров по процессу развития).

94. Обеспечение дополнительного финансирования в размере порядка 18 000–28 000 млн. долл. США потребует обязательств от всех заинтересованных сторон, при этом правительства должны продолжать считать иммунизацию первоочередной задачей при принятии решений о распределении ресурсов. Партнеры по процессу развития должны продолжать поддерживать и расширить доступ к средствам, выделяемым на иммунизацию, несмотря на другие приоритеты. И все сообщество должно продолжать принимать усилия по снижению затрат на закупку вакцин и оказание услуг по иммунизации.

95. Все заинтересованные стороны при совместном финансировании программ иммунизации будут содействовать укреплению здоровья и повышению экономической эффективности. Работа по расширению охвата существующими вакцинами и усилия по внедрению новых вакцин, если она будет проводиться совместно, позволит предотвратить миллионы случаев смерти в будущем, равно как и сотни миллионов случаев заболеваний, при этом позволит сэкономить миллиарды долларов в течение десятилетия.

96. В качестве примера потенциального влияния иммунизации, суб-анализ 10 вакцин, которые будут выведены на рынок в течение десятилетия¹, что составит от 42 000 млн. долл. США от затрат на десятилетие в размере 50 000–60 000 млн. долл. США, позволит предотвратить от 24 до 26 миллионов случаев смерти в будущем (Таблица 8) по сравнению с гипотетическим сценарием, при котором эти вакцины имеют нулевой охват².

Таблица 8: Общее количество предотвращенных случаев смертности в течение 2011-2020 гг. при условии отсутствия контрафактных вакцин

Группа	Вакцина	Количество предотвращенных случаев смерти (в млн.) ^{a,b}
Базовые вакцины Расширенной программы иммунизации ^c	1 ^{ая} доза от кори	10,6
	2 ^{ая} доза от кори	0,4
	Дополнительные мероприятия по вакцинации против кори	3,1
Новые вакцины и вакцины с низким коэффициентом использования	Гепатит В ^d	5,3-6,0
	<i>Haemophilus influenzae</i> тип b	1,4-1,7
	Пневмококк	1,6-1,8

¹ Вакцины, включенные в анализ преимуществ для здоровья, охватывают следующие болезни в странах, составляющих 99,5% лиц, рожденных в один год, от 94 стран, включенных в анализ затрат: гепатит В, *Haemophilus influenzae* тип b, вирус папилломы человека, японский энцефалит, менингит А, пневмококк, ротавирус, краснуха, желтая лихорадка и корь.

² Данных было недостаточно для оценки показателей по случаям заболеваемости, которые можно было бы предотвратить с помощью иммунизации в этих странах.

Группа	Вакцина	Количество предотвращенных случаев смерти (в млн.) ^{a,b}
	Ротавирус	0,8-0,9
	Вирус папилломы человека	0,5
	Желтая лихорадка ^e	0,03-0,04
	Менингококковый менингит А ^f	0,03
	Японский энцефалит ^g	0,07
	Краснуха	0,4
	Всего (2011–2020 гг.)	24,6–25,8

^a Расчетные показатели предотвращенных случаев смерти были подготовлены рабочей группой, в состав которой вошли сотрудники ВОЗ, Альянса ГАВИ, Фонда Билла и Мелинды Гейтс и Программы адекватных технологий в здравоохранении (PATH). В расчетах были использованы статические и динамические когортные модели и различные источники данных по 10 вакцинам, включая Инструмент «Спасенные жизни». Прогнозные данные по охвату вакцинами были взяты из стратегического прогноза спроса ГАВИ 4.0 (4 октября 2011 г.) и из Уточненного прогноза спроса ГАВИ.

^b Пределы указаны для расчетных оценок, когда альтернативные допущения были учтены в части размера стран и прогноза спроса.

^c Было недостаточно данных для оценки числа предотвращенных случаев смерти благодаря вакцинации против БЦЖ, дифтерии, столбняка или коклюша.

^d Постепенное увеличение с 2001 по 2010 годы.

^e Бремя болезни ограничено небольшим числом регионов.

^f См. выше.

^g См. выше.

97. Данные по числу предотвращенных случаев смерти представляют собой чисто прогнозные результаты, которых можно достичь в течение 10 лет в отношении указанных 10 вакцин за счет поддержания и повышения текущих объемов иммунизации и включения новых вакцин в национальные программы иммунизации отобранных стран без использования контрафактных вакцин. Они не ограничиваются только дополнительными преимуществами от дополнительных мероприятий, которые будут проведены в течение Десятилетия вакцин (2011–2020 гг.).

98. Текущие прогнозы затрат, имеющегося финансирования и воздействий на здоровье будут дополняться после проведения дополнительного анализа и поступления новой информации лучшего качества. Дополнительный анализ позволит расширить содержание настоящего документа, включая увеличение числа болезней, включаемых в анализ затрат и преимуществ для здоровья, количественное определение воздействия на показатели заболеваемости, количественную оценку экономических выгод, дальнейшую детализацию затрат и прогнозного финансирования. Дополнительный анализ необходим для лучшего понимания затрат и преимуществ научных исследований по вакцинам, которые не были включены в текущие прогнозы. Новые и более качественные данные, среди прочего, дополняют настоящий анализ уточненными статистическими данными по бремени болезней,

более точными прогнозами цен на вакцины, более точной информацией о населении и более сопоставимыми данными по всем странам. Кроме этого, следует развивать и поддерживать этот процесс в целях обновления расчетных данных по затратам, финансированию и воздействиям на здоровье и экономику в разрезе стран и в глобальном масштабе, в идеале, на ежегодной основе. Это будет способствовать улучшению планирования, координации и привлечения многих заинтересованных сторон, что необходимо для достижения стратегических целей и задач Десятилетия вакцин (2011–2020 гг.).

СОХРАНЕНИЕ ДИНАМИКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЛЯ ДЕСЯТИЛЕТИЯ ВАКЦИН (2011–2020 гг.)

99. Для обеспечения успеха на протяжении Десятилетия вакцин потребуются дополнительные действия и мероприятия помимо реализации Глобального плана действий в области вакцин. Необходимо обратить внимание на четыре основные вида деятельности для претворения плана действий в реальные действия и результаты: разработка механизмов для претворения плана в жизнь; разработка полной структуры отчетности; гарантированное выполнение обязательств, взятых на себя заинтересованными сторонами; и информирование о перспективах и проблемах Десятилетия вакцин.

100. Эти механизмы необходимы для обеспечения полноценного мыслительного процесса для Глобального плана действий в области вакцин вместе с подробными данными, что позволит претворить план в жизнь. Разработка, публикация и передача этих механизмов поможет заинтересованным сторонам лучше понимать, как привести действия, рекомендованные планом действий в соответствие с местными условиями.

101. Глобальный план действий в области вакцин закладывает основу для структуры отчетности с детальным описанием функций и обязанностей заинтересованных сторон, полного набора показателей, методологии и источников данных по каждому показателю, а также базовых значений, где необходимо. Инвестиции необходимы для повышения качества данных и разработки более надежных национальных систем мониторинга и оценки. Следует проводить регулярные аудиторские проверки качества данных. Начиная с 2013 г. следует ежегодно отслеживать прогресс в разбивке по странам, региональным комитетам ВОЗ и Ассамблеи здравоохранения.

102. Обязательства стран, организаций гражданского общества, многосторонних организаций, партнеров по развитию и производителей вакцин, связанные с Глобальным планом действий в области вакцин, помогут претворить план действий в жизнь. Потребуется усилия по созданию этих обязательств и стратегии по их координации на глобальном, региональном и страновом уровнях. Были определены соответствующие каналы связи и целенаправленные обязательства для передачи информации о Десятилетии вакцин и доведении ее до сведения всех заинтересованных сторон.

103. Период времени сразу после Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения будет иметь решающее значение для претворения в жизнь поставленных задач и целей. Основные возможности по реализации целей и задач до конца 2012 г. включают следующее: заседания регионального комитета ВОЗ, заседания Правления

Альянса ГАВИ, заседание Исполнительного совета ЮНИСЕФ, Форум партнеров Альянса ГАВИ и Саммит Фонда «Сохраним жизнь детям»: призыв к действию.

104. Сотрудничество в период Десятилетия вакцин – это ограниченный период времени усилия по осуществлению Глобального плана действий в области вакцин и связанных с этим мероприятий, которые перечислены выше. Не будет новой структуры по поддержке этапа реализации Десятилетия вакцин/ Глобального плана действий в области вакцин. Ведущие заинтересованные стороны должны принять на себя обязательства по оказанию поддержки в деле реализации плана и мониторинга прогресса.

105. ВОЗ будет играть ведущую роль в осуществлении плана действий в качестве ведущего регулирующего органа в области глобального здравоохранения, включая ответственность за разработку нормативных положений и стандартов по производству и контролю качества вакцин, укрепление системы оказания услуг по иммунизации, функционирование систем мониторинга программы и эпиднадзора. В сотрудничестве с другими заинтересованными сторонами Секретариат ВОЗ будет также пропагандировать и оказывать техническое содействие государствам-членам в укреплении приверженности стран, развитии взаимодействия между программами иммунизации и другими программами первичной медико-санитарной помощи, а также в проведении научных исследований с целью повышения эффективности и влияния программы.

ДОБАВЛЕНИЕ 1

КРАТКИЙ ПЕРЕЧЕНЬ РЕКОМЕНДОВАННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Показатели на уровне целей

Цель	К 2015 г.	К 2020 г.
Стремление к миру, свободному от полиомиелита	<ul style="list-style-type: none"> Остановить передачу дикого полиовируса во всем мире 	<ul style="list-style-type: none"> Сертификация ликвидации полиовируса
Достичь глобальных и региональных целей по элиминации болезней	<ul style="list-style-type: none"> Элиминация неонатального столбняка во всех регионах ВОЗ Элиминация кори, как минимум, в четырех регионах ВОЗ Элиминация краснухи/ синдрома врожденной краснухи, как минимум, в двух регионах ВОЗ 	<ul style="list-style-type: none"> Элиминация кори и краснухи как минимум в пяти регионах ВОЗ
Достичь целей охвата иммунизацией в каждом регионе, стране и сообществе	<ul style="list-style-type: none"> Внедрение одной или более новых вакцин или вакцин с низким коэффициентом использования не менее чем в 80 странах с низким и средним уровнями дохода Достичь 90% охвата на уровне страны и 80% охвата в каждом районе или эквивалентной административно-территориальной единице вакциной против дифтерита-столбняка-коклюша 	<ul style="list-style-type: none"> Достичь 90% охвата на уровне страны и 80% охвата в каждом районе или эквивалентной административно-территориальной единице по всем вакцинам, включенным в национальные программы, если не рекомендовано иное.
Разрабатывать и внедрять новые и усовершенствованные вакцины и технологии		<ul style="list-style-type: none"> Лицензирование и выпуск вакцин против одной или более основных болезней, в отношении которых сегодня вакцин не существует (например, болезнь денге, гепатит С,

Цель	К 2015 г.	К 2020 г.
		цитомегаловирус, респираторно-синцитиальный вирус, лейшманиоз, анкилостома и стрептококк группы А) • Лицензирование и внедрение, как минимум, одной платформы технологий поставок
Превысить плановый показатель Цели тысячелетия в области развития (ЦТР) 4 по снижению детской смертности	• Снизить на две трети показатели смертности среди детей моложе пяти лет (по сравнению с данными за 1990 г.)	• Превысить плановый показатель Цели тысячелетия в области развития ЦТР 4 по снижению детской смертности.

Показатели на уровне стратегических задач

Стратегическая задача	Показатели
Все страны считают приверженность делу иммунизации приоритетной задачей.	<ul style="list-style-type: none"> • Наличие правовой структуры или закона, который гарантирует финансирование программы иммунизации • Наличие независимой технической консультационной группы, отвечающей определенным критериям
Отдельные лица и сообщества понимают суть иммунизации и отстаивают мысль, что иммунизация относится к числу прав и обязанностей человека	<ul style="list-style-type: none"> • Уровень общественного доверия к иммунизации с помощью оценки исследований в области знаний, отношений, убеждений и практики¹
Справедливое распределение среди всех людей преимуществ иммунизации	<ul style="list-style-type: none"> • Число районов в процентном отношении с менее чем 80% охватом тремя дозами вакцины против дифтерита-столбняка-коклюша

¹ Рабочая группа по вопросу нерешительности в отношении вакцинации Стратегической консультационной группы экспертов ВОЗ по вопросам иммунизации подготовит определение термина «нерешительность в отношении вакцинации» и рекомендует конкретные вопросы на основе исследований (уже проводимых или новых) с целью завершить формулирование данного критерия.

	<ul style="list-style-type: none"> • Снижение разрыва в охвате иммунизацией между самыми бедными и самыми богатыми группами населения (или выбрать другой соответствующий критерий оценки справедливости)
Надежные системы иммунизации являются неотъемлемой частью более широких систем здравоохранения	<ul style="list-style-type: none"> • Процент отсева между первой дозой вакцины против дифтерита-столбняка-коклюша и первой дозой вакцины против кори • ВОЗ и ЮНИСЕФ оценивают данные по охвату иммунизацией как данные высокого качества
Программы иммунизации имеют устойчивый доступ к прогнозируемому финансированию, поставкам качественных вакцин и инновационным технологиям	<ul style="list-style-type: none"> • Процентное отношение регулярных затрат на иммунизацию, финансируемых из государственных бюджетов • Установленная мощность для производства повсеместно рекомендуемых вакцин в течение пятилетнего периода лицензирования/потенциального спроса
Максимальное обеспечение преимуществ от иммунизации посредством проведения исследований и инновационных разработок на страновом, региональном и глобальном уровнях	<ul style="list-style-type: none"> • Исследование клинической эффективности вакцин, которая демонстрирует 75% результативность или выше для ВИЧ/СПИД, ТБ и малярии • Начало фазы III клинических испытаний универсальной вакцины против гриппа первого поколения • Прогресс в области институциональной и технической мощности по производству вакцин и/или проведение связанных с этим клинических испытаний, оперативных и организационных исследований

ДОБАВЛЕНИЕ 2

ОБЛАСТИ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН

Существуют все возможности для достижения реального прогресса в следующем десятилетии. Реализация этого потенциала зависит от выполнения всеми заинтересованными сторонами своих четко определенных и согласованных ответственностей. Основная ответственность возлагается на отдельных лиц и сообщества, правительства и работников здравоохранения, а также реципиентов и провайдеров услуг иммунизации, соответственно. Другие заинтересованные стороны также играют важную роль в достижении целей.

Отдельные люди и сообщества в качестве реципиентов услуг иммунизации должны выполнить следующее:

- Понимать риски и преимущества вакцин и иммунизации, рассматривая это как ответственность гражданина
- Требовать от своих руководителей и правительств осуществления безопасных и эффективных программ иммунизации в качестве своего права на здоровье, а также требовать от них отчета о предоставлении таких программ
- Принимать участие в дискуссиях по вопросам общественного здравоохранения и в процессах принятия основных решений по вопросам иммунизации
- Принимать участие и вносить свой вклад в процесс оказания услуг иммунизации и информировать лиц, принимающих решения, о потребностях и перспективах своих сообществ.

Правительства, будучи основными провайдерами услуг иммунизации, должны выполнить следующее:

- Усилить поддержку национальных программ иммунизации и обеспечить финансовую стабильность к 2020 году.
- В зависимости от дохода страны и по мере экономического развития выделять средства на растущую долю национальных программ иммунизации с целью достичь полного финансирования национальных программ и затем перейти к действиям по выделению средств на программы глобальной иммунизации.
- Разрабатывать и принимать законы, постановления и меры политики в поддержку программ иммунизации и безопасной и высококачественной материально-технической базы, если возникнет необходимость.
- Разрабатывать региональные и конкретные для страны планы вместе с другими заинтересованными сторонами в регионе/стране.

- Определить приоритетность и обеспечить полную ответственность за национальные программы иммунизации в целях создания программ на основе принципа справедливости, которые гарантируют доступ каждого сообщества.
- Работать вместе с заинтересованными сторонами в составе и вне пределов правительственных структур.
- Своевременно реагировать на обеспокоенность общества относительно безопасности и эффективности вакцин в целях сохранения общественного доверия.
- Обеспечить надлежащее комплектование программ иммунизации хорошо обученным персоналом, который должным образом мотивирован для управления программой и предоставления услуг.
- Повышать осведомленность о важности иммунизации в целях улучшения здоровья населения и ее вкладе в укрепление систем здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи.
- Эффективно передавать информацию о вакцинах в целях создания спроса.
- Вести диалог с сообществами и средствами массовой информации и использовать эффективные средства коммуникации для передачи информации о вакцинах и снятия опасений относительно безопасности вакцин.
- Поощрять и оказывать поддержку научным исследованиям по вакцинам и вопросам вакцинации; и содействовать организации обучения по вакцинам на всех уровнях.
- Сотрудничать на региональном и международном уровнях по вопросам информационно-просветительных программ, обмена фактическими данными и скоординированной готовности
- Вести открытый диалог с производителями вакцин в целях обеспечения доступности существующих и новых вакцин.

Работники здравоохранения должны выполнить следующее:

- Предоставлять высококачественные услуги по иммунизации и информацию об этих услугах.
- Организовать курс лекций по вакцинам и иммунизации в университетах и учебных заведениях для работников здравоохранения, а также непрерывное обучение для всех медицинских работников (медицинские работники, медсестры, фармацевты и врачи общей практики).
- Выявлять области, требующие улучшения услуг иммунизации и инноваций.
- Выступать в качестве инициативных и заслуживающих доверия пропагандистов важного значения вакцин и привлекать других сторонников.

- Использовать существующие и новые технологии для повышения качества поставок и методов сбора информации.
- Принимать участие в диалоге с сообществами и средствами массовой информации и использовать эффективные средства коммуникации для передачи информации о вакцинах и снятия опасений относительно безопасности вакцин.

Научное сообщество должно выполнить следующее:

- Содействовать развитию инноваций для ускорения процесса разработки новых и усовершенствованных вакцин, вести свой вклад в оптимизацию формул вакцин и логистики программ иммунизации, и заложить основы для воздействия иммунизации в последующие десятилетия.
- Придерживаться многопрофильной программы проведения научных исследований с акцентом на эволюционное влияние и на основе потребностей конечных пользователей.
- Разрабатывать вакцины и технологии, которые могут оптимизировать и максимально улучшить процесс поставки вакцин.
- Применять новые методы работы, способствующие научному прогрессу.
- Улучшить диалог с другими научными организациями, регулирующими органами и производителями вакцин в целях объединения усилий и повышения эффективности при решении национальных и глобальных задач в области иммунизации.
- Предоставлять основные данные по применению вакцин, методы и аргументы, которые будут содействовать непрерывной приоритетной роли иммунизации в глобальном масштабе и на местах.
- Более активно принимать участие в систематических проверках с целью выявления областей, где есть надежные научные данные (что составит основу политики в области здравоохранения), и тех областей, где такие данные отсутствуют (что будет основой для будущих первичных исследований).
- Представить фактические данные и краткий обзор передовой практики по иммунизации.
- Оказывать содействие развитию производственных мощностей.
- Содействовать выделению бюджетных средств на научные исследования по вакцинам и иммунизации.

Производители вакцин должны выполнить следующее:

- Продолжить разработку, производство и поставку инновационных и высококачественных вакцин, отвечающих потребностям стран.

- Содействовать научным исследованиям и организации обучения по вопросам иммунизации.
- Принимать участие в открытом диалоге со странами и государственным сектором в целях обеспечения устойчивого доступа к существующим и новым вакцинам.
- Продолжать модернизировать процессы производства и структуры ценообразования.
- Оказывать поддержку пропаганде в СМИ Расширенной программе по иммунизации для повышения осведомленности.
- Оказывать поддержку процессам расширения разработки и приема новых и усовершенствованных вакцин по мере их выхода на рынок.
- Создавать партнерства в поддержку роста производственных мощностей, увеличения объемов поставок вакцин и развития инноваций.
- Работать в сотрудничестве с другими партнерами по вопросам пропаганды вакцин и программ иммунизации.

Глобальные организации, такие как ВОЗ, ЮНИСЕФ, Всемирный банк, банки регионального развития и Альянс ГАВИ, должны выполнить следующее:

- Проводить информационно-разъяснительную работу и оказывать техническое содействие расширению прав стран.
- Укреплять национальный потенциал и региональную инфраструктуру.
- Продолжать разрабатывать нормы и руководящие принципы по улучшению вакцин и услуг иммунизации в стремлении достичь большей справедливости и внимательного отношения для лиц разного пола и разных групп населения (включая, среди прочего, меньшинства и возрастные группы).
- Содействовать развитию взаимодействия между службами иммунизации и другими службами здравоохранения, а также с другими секторами, включая образование, экономическое развитие и финансирование.
- Организовать финансирование поставок вакцин и других мероприятий по иммунизации.
- Работать со всеми заинтересованными сторонами по улучшению технического содействия в укреплении систем иммунизации и других компонентов систем здравоохранения.
- Оказывать содействие и поддержку процессу принятия решений на основе фактических данных всем заинтересованным сторонам по всему кругу вопросов развития, здравоохранения и иммунизации.

- Привлекать партнеров к созданию общественного спроса на услуги иммунизации и оказывать поддержку научным исследованиям по программам.
- Содействовать развитию идеи устойчивого национального финансирования и привлекать страны с быстро развивающейся экономикой в качестве партнеров по финансированию.
- Разрабатывать механизмы взаимной отчетности, которые спрашивают со всех правительств, программ и партнеров по развитию отчет о взятых обязательствах по оказанию поддержки на всех уровнях.
- Развивать диалог между производителями вакцин и странами по обеспечению баланса спроса и предложения.
- Развивать механизмы инновационного финансирования и систем поставок, укрепляющие права стран, и содействовать развитию принципов справедливости и доступности вакцин для стран с низким и средним уровнями доходов.

Партнеры по развитию, такие как двусторонние организации, фонды и меценаты, должны выполнить следующее:

- Выполнять институциональные мандаты и миссии в сфере здравоохранения.
- Оказывать поддержку странам и региональным организациям по достижению национальных и региональных целей, и вносить вклад в осуществление их первоочередных задач.
- Содействовать развитию прав стран и национальных систем здравоохранения, планов по вакцинам и иммунизации, которые включают бюджеты по улучшению доступа к услугам и снижению несоответствий в отношении справедливого охвата услугами иммунизации.
- Содействовать всесторонним, интегрированным комплексам важнейших профилактических мероприятий и услуг, включая вакцины и иммунизацию, а также укреплять системы здравоохранения.
- Обеспечить прогнозируемое долгосрочное финансирование, увязанное с национальными планами, и вдохновлять новых и существующих партнеров на финансирование поставок вакцин и программ иммунизации.
- Нарращивать потенциал гражданского общества и оказывать поддержку мероприятиям организаций гражданского общества в странах.
- Участвовать в международной информационно-разъяснительной работе посредством доступа к открытым фактическим данным.
- Обеспечить прозрачное и согласованное финансирование, сопровождающееся оценкой по результатам деятельности.

Гражданское общество, включая неправительственные организации и профессиональные общества, должно выполнить следующее:

- Принимать участие в укреплении и осуществлении программ иммунизации на страновом и глобальном уровнях.
- Принимать участие в разработке и тестировании инновационных подходов к предоставлению услуг по иммунизации с охватом самых уязвимых групп населения.
- Следовать национальным руководящим принципам и постановлениям по разработке и осуществлению программ иммунизации с выполнением морального долга по представлению отчетов национальным органам власти.
- Просвещать, наделять правами и привлекать уязвимые группы населения и сообщества к объяснению их права на здоровье, включая доступ к вакцинам и иммунизацию.
- Разрабатывать общественные инициативы внутри сообществ по отслеживанию прогресса и возложению ответственности на правительства, партнеров по развитию и других заинтересованных сторон за предоставление высококачественных услуг по иммунизации.
- Содействовать модернизации национальных систем мониторинга и оценки.
- Принимать участие в пропагандистской деятельности на страновом, региональном и глобальном уровнях и выступать в качестве активистов по продвижению программ иммунизации с целью, чтобы все люди понимали свое право на доступ к вакцинам и услугам иммунизации.
- Сотрудничать внутри стран и за их пределами в области обмена информацией о стратегиях и создавать потенциал для совершенствования систем здравоохранения, поставок вакцин и программ иммунизации.

Средства массовой информации должны выполнить следующее:

- Понимать преимущества и опасения, связанные с иммунизацией, с целью адекватного отражения информации и эффективного содействия развитию программ иммунизации.
- Принимать участие в пропагандистской деятельности на страновом, региональном и глобальном уровнях с целью, чтобы все люди понимали свое право на доступ к вакцинам и услугам иммунизации.
- Использовать эффективные средства коммуникации для передачи информации о вакцинах и снятия опасений в отношении безопасности вакцин.

Частный сектор должен сделать следующее:

- Содействовать диверсификации источников финансирования программ иммунизации (среди прочих, частный сектор, провайдеры страховых услуг и пациенты).
 - Принимать участие в информационно-разъяснительной работе на страновом, региональном и глобальном уровнях и выступать в качестве активистов по продвижению программ иммунизации в целях осознания всеми людьми своих прав на доступ к вакцинам и услугам иммунизации.
-

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Финансовые и административные последствия для Секретариата резолюций, принятых Ассамблеей здравоохранения

1. Резолюция WHA65.3	Укрепление политики в области неинфекционных заболеваний для содействия активной старости
2. Связь с Программным бюджетом на 2012–2013 гг. (см. документ A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ru.pdf)	
Стратегическая цель (стратегические цели): 4	Ожидаемый результат (ожидаемые результаты) для всей Организации: 4.8
Как данная резолюция будет способствовать достижению ожидаемого результата (ожидаемых результатов) для всей Организации?	
В данной резолюции Генеральному директору предлагается оказывать поддержку государствам-членам в содействии и помощи по дальнейшему выполнению обязательств, взятых на соответствующих конференциях и саммитах Организации Объединенных Наций по неинфекционным заболеваниям и старению; и продолжить разработку всесторонней глобальной системы мониторинга для профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними, с тем чтобы контролировать ход работ. Это соответствует указанному ожидаемому результату для всей Организации.	
Включает ли уже программный бюджет продукты или услуги, указанные в данной резолюции? (Да/ нет)	
Нет	
3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с Программным бюджетом	
(a) Общая стоимость	
Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуется деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).	
(i) Три года (охватывающих период 2012-2014 гг.)	
(ii) Итого: 1,49 млн. долл. США (персонал: 290 000 долл. США; деятельность: 1,2 млн. долл. США)	
(b) Стоимость на двухгодичный период 2012–2013 гг.	
Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3 (a), относится к двухгодичному периоду 2012–2013 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).	
Итого: 1,09 млн. долл. США (персонал: 290 000 долл. США; деятельность: 800 000 долл. США)	
Указать, на каком уровне Организации будут покрыты расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.	
Штаб-квартира	

Включена ли предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2012–2013 гг.? (Да/нет)

Нет

Если "нет", укажите, сколько не включено.

1,09 млн. долл. США

(с) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала?

Нет

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

В штаб-квартире потребуется один эпидемиолог/специалист в области общественного здравоохранения для осуществления контроля за подготовкой общего проекта *Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2014 г.* и предоставления технического содействия странам. Данный пост будет эквивалентен 50% полной штатной единицы на уровне P.5.

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2012-2013 гг. для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(b)? (Да/нет)

Нет

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

1,09 млн. долл. США; источники средств: добровольные взносы двухсторонних доноров.

1. Резолюция WHA65.4 Глобальное бремя психических расстройств и необходимость в комплексных, скоординированных ответных мерах со стороны сектора здравоохранения и социального сектора на страновом уровне

2. Связь с Программным бюджетом на 2012–2013 гг. (см. документ A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ru.pdf)

Стратегическая цель (стратегические цели): 3

Ожидаемый результат (ожидаемые результаты) для всей Организации: 3.1, 3.2, 3.5 и 3.6

Как данная резолюция будет способствовать достижению ожидаемого результата (ожидаемых результатов) для всей Организации?

Выполнение данной резолюции будет способствовать усилению политической, финансовой и технической поддержки мер, направленных на решение проблемы психических расстройств в государствах-членах. Она также будет способствовать разработке служб, политики, планов, стратегий, программ и законодательства, позволяющих лицам с психическими расстройствами жить полной и продуктивной жизнью в общине путем принятия скоординированного и комплексного подхода в рамках всех секторов, включая здравоохранение, социальные службы, обеспечение жильем, образование и занятость.

Включает ли уже программный бюджет продукты или услуги, указанные в данной резолюции? (Да/нет)

Нет

3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с Программным бюджетом

(a) Общая стоимость

Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуется деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

(i) Один год для разработки плана действий (охватывающий период 2012 г.)

(ii) Итого: 180 000 долл. США (персонал: 160 000 долл. США; деятельность: 20 000 долл. США)

(b) Стоимость на двухгодичный период 2012–2013 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3 (a), относится к двухгодичному периоду 2012–2013 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

Итого: 180 000 долл. США (персонал: 160 000 долл. США; деятельность: 20 000 долл. США)

Указать, на каком уровне Организации будут покрыты расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.

Расходы будут касаться всех уровней Организации

Включена ли предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2012–2013 гг.? (Да/нет)

Расходы будут покрыты путем перераспределения средств в рамках утвержденного Программного бюджета

Если "нет", укажите, сколько не включено.

(c) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала? (Да/нет)

Да

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2012-2013 гг. для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(b)? (Да/нет)

Да

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

Неприменимо.

1. Резолюция WHA65.5	Полиомиелит: усиление деятельности в рамках Глобальной инициативы по ликвидации
2. Связь с Программным бюджетом на 2012–2013 гг. (см. документ A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ru.pdf)	
Стратегическая цель (стратегические цели): 1	Ожидаемый результат (ожидаемые результаты) для всей Организации: 1.2
Как данная резолюция будет способствовать достижению ожидаемого результата (ожидаемых результатов) для всей Организации?	
Она будет способствовать прерыванию циркуляции дикого полиовируса, а также минимизации долгосрочных рисков, связанных с полиовирусом, и управлению этими рисками.	
Включает ли уже программный бюджет продукты или услуги, указанные в данной резолюции? (Да/нет)	
Да, продукты и услуги включены; однако в результате отставания в достижении важнейших программных показателей в двухгодичном периоде 2010-2011 гг. требуется осуществление дополнительных мер для достижения вышеуказанного ожидаемого результата для всей Организации. В 2010-2011 гг. финансирование бюджета на ведение деятельности по ликвидации полиомиелита (909 млн. долл. США) осуществлялось на 99,8% за счет добровольных взносов, предоставленных для этой цели; приблизительно 92% этого бюджета отражено в рамках сегмента специальных программ и механизмов сотрудничества, а приблизительно 8% - в рамках сегмента базовых программ. Бюджет на ведение деятельности по ликвидации полиомиелита представляет примерно 2% сегмента базовых программ и примерно 50% сегмента специальных программ и механизмов сотрудничества. Для сведения: сегмент базовых программ бюджета на ликвидацию полиомиелита также финансируется за счет добровольных взносов целевого назначения.	
3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с Программным бюджетом	
(а) Общая стоимость	
Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуется деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).	
(i) Шесть лет (охватывающих период 2013-2018 гг.)	
(ii) Итого: 1896 млн. долл. США (персонал: 658 млн. долл. США; деятельность: 1238 млн. долл. США); предполагается финансирование за счет добровольных взносов целевого назначения	
(b) Стоимость на двухгодичный период 2012–2013 гг.	
Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3 (а), относится к двухгодичному периоду 2012–2013 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).	
Итого: 935 млн. долл. США (персонал: 281 млн. долл. США; деятельность: 654 млн. долл. США); предполагается финансирование за счет добровольных взносов целевого назначения	

Указать, на каком уровне Организации будут покрыты расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.

8% общих расходов на уровне штаб-квартиры, 6% на региональном уровне и 86% на страновом уровне

Включена ли предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2012–2013 гг.? (Да/нет)

Нет. 441 млн. долл. США включены в утвержденный Программный бюджет на 2012–2013 гг., в основном, в рамках сегмента специальных программ и механизмов сотрудничества; предполагается, что финансирование этой суммы будет осуществляться за счет добровольных взносов целевого назначения.

Если "нет", укажите, сколько не включено.

494 млн. долл. США. Бюджет будет увеличен в рамках сегмента специальных программ и механизмов сотрудничества, и предполагается, что финансирование будет осуществляться за счет добровольных взносов целевого назначения.

(с) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала?

Да

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2012-2013 гг. для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(б)? (Да/нет)

Нет. Подтверждено или прогнозируется получение суммы 339 млн. долл. США.

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

596 млн. долл. США; источники средств: целевые добровольные взносы государств-членов, многосторонних организаций (включая Европейскую комиссию и банки развития), частного сектора (включая Фонд Билла и Мелинды Гейтс и Ротари Интернэшнл).

1. Резолюция WHA65.6 Комплексный план осуществления деятельности: питание матерей и детей грудного и раннего возраста

2. Связь с Программным бюджетом на 2012–2013 гг. (см. документ A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ru.pdf)

Стратегическая цель (стратегические цели): 9

Ожидаемый результат (ожидаемые результаты) для всей Организации: 9.1, 9.2, 9.3 и 9.4

Как данная резолюция будет способствовать достижению ожидаемого результата (ожидаемых результатов) для всей Организации?

Данная резолюция будет способствовать: выполнению обязательств государств-членов по вопросам питания в сотрудничестве с рядом партнеров в отношении четких целевых заданий,

поддающихся измерению (см. показатели 9.1.1 и 9.1.2); уделению особого внимания необходимости осуществления научно обоснованных мер (ожидаемый результат для всей Организации 9.2); выявлению конкретных областей для установления приоритетов и расширения деятельности в секторе здравоохранения (ожидаемый результат для всей Организации 9.4); и прояснению требований к отчетности и обеспечению лучшего надзора (ожидаемый результат для всей Организации 9.3).

Включает ли уже программный бюджет продукты или услуги, указанные в данной резолюции? (Да/нет)

Да, большинство продуктов уже включены.

3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с Программным бюджетом

(а) Общая стоимость

Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуется деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

(i) 10 лет (охватывающих период 2012-2021 г.)

(ii) Итого: 32,40 млн. долл. США (персонал: 23,90 млн. долл. США; деятельность: 8,50 млн. долл. США)

(б) Стоимость на двухгодичный период 2012–2013 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3 (а), относится к двухгодичному периоду 2012–2013 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

Итого: 8,28 млн. долл. США (персонал: 4,78 млн. долл. США; деятельность: 3,5 млн. долл. США)

Указать, на каком уровне Организации будут покрыты расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.

Штаб-квартира: 1,07 млн. долл. США (персонал); 1,20 млн. долл. США (деятельность)

Региональные бюро/страновые бюро: 3,71 млн. долл. США (персонал);

2,30 млн. долл. США (деятельность)

Включена ли предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2012–2013 гг.? (Да/нет)

Нет

Если "нет", укажите, сколько не включено.

Хотя выполнение Комплексного плана осуществления деятельности в области питания матерей и детей грудного и раннего возраста уже включено к утвержденный Программный бюджет, данная резолюция призывает к дополнительным действиям Секретариата в двух областях:

(а) разработка руководства по многосекторальным мерам политики в отношении питания;

(б) разработка руководящих принципов маркетинга дополнительного питания.

Затраты на такие дополнительные меры составят приблизительно 600 000 долл. США.

(с) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала?
(Да/нет)

Нет

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

Хотя большая часть действий Секретариата, предложенных в данной резолюции, могут быть осуществлена существующими сотрудниками, предоставление содействия государствам-членам в усилении национальной политики в области здравоохранения и развития, которое включает хорошо зарекомендовавшие себя меры в области питания, потребует дополнительных кадровых ресурсов в региональных бюро.

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2012-2013 гг. для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(b)? (Да/нет)

Нет

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

На двухгодичный период 2012-2013 гг. имеются 4,60 млн. долл. США на выполнение данной резолюции в рамках имеющихся в настоящее время средств. Дополнительное финансирование в размере 3,68 млн. долл. США потребуется обеспечить путем активной мобилизации средств.

1. Резолюция WHA65.7 Выполнение рекомендаций Комиссии по информации и подотчетности в отношении охраны здоровья женщин и детей**2. Связь с Программным бюджетом на 2012–2013 гг. (см. документ A64/7**

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-en.pdf)

Стратегическая цель (стратегические цели): 10 Ожидаемый результат (ожидаемые результаты) для всей Организации: 10.4 и 10.10

Как данная резолюция будет способствовать достижению ожидаемого результата (ожидаемых результатов) для всей Организации?

Она будет поддерживать укрепление (i) страновых систем медико-санитарной информации и подотчетности и (ii) глобального мониторинга результатов и ресурсов

Включает ли уже программный бюджет продукты или услуги, указанные в данной резолюции?
(Да/нет)

Да, некоторые включает.

3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с Программным бюджетом**(а) Общая стоимость**

Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуется деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

(i) Четыре года (охватывающих период 2012-2015 гг.)

(ii) Итого: 22 млн. долл. США (персонал: 16 млн. долл. США; деятельность: 6 млн. долл. США)

(b) Стоимость на двухгодичный период 2012–2013 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3 (а), относится к двухгодичному периоду 2012–2013 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

Итого: 11 млн. долл. США (персонал: 8 млн. долл. США; деятельность: 3 млн. долл. США)

Указать, на каком уровне Организации будут покрыты расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.

Штаб-квартира и региональные бюро.

Включена ли предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2012–2013 гг.? (Да/нет)

Нет

Если "Нет", укажите, сколько не включено.

5,5 млн. долл. США, приблизительно 50%.

(c) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала? (Да/нет)

Да

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2012-2013 гг. для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(b)?

(Да/нет)

Нет

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

4 млн. долл. США; источник (источники) средств: сделаны обращения ко многим другим потенциальным донорам.

1. Резолюция WHA65.8 Итоги Всемирной конференции по социальным детерминантам здоровья

2. Связь с Программным бюджетом на 2012–2013 гг. (см. документ A64/7

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ru.pdf)

Стратегическая цель (стратегические цели): 7 и 10

Ожидаемый результат (ожидаемые результаты) для всей Организации: 7.1, 7.2, 7.3 и 10.5

Как данная резолюция будет способствовать достижению ожидаемого результата (ожидаемых результатов) для всей Организации?

Данная резолюция будет способствовать достижению общих для Организации ожидаемых результатов, упомянутых выше, посредством предложения Секретариату увеличить масштабы воздействия на социальные детерминанты здоровья, как это определено в Рио-де-Жанейрской политической декларации по социальным детерминантам здоровья (2011 г.).

Включает ли уже программный бюджет продукты или услуги, указанные в данной резолюции? (Да/нет)

Нет

3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с Программным бюджетом

(a) Общая стоимость

Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуется деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

(i) Шесть лет (охватывающих период 2012-2017 гг.)

(ii) Итого: 33,6 млн. долл. США (персонал: 10,9 млн. долл. США; деятельность: 22,7 млн. долл. США)

(b) Стоимость на двухгодичный период 2012–2013 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3 (a), относится к двухгодичному периоду 2012–2013 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США)

Итого: 8 млн. долл. США (персонал: 3,6 млн. долл. США; деятельность: 4,4 млн. долл. США).

Указать, на каком уровне Организации будут покрыты расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.

Штаб-квартира: 1,3 млн. долл. США; региональные бюро: 3,7 млн. долл. США; страновые бюро: 3 млн. долл. США

Включена ли предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2012-2013 гг.? (Да/нет)

Нет

Если "нет", укажите, сколько не включено.

8 млн. долл. США

(c) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала? (Да/нет)

Нет

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

Для выполнения этой резолюции потребуются шесть сотрудников категории Р.4 и шесть категории G.4 на страновом и региональном уровнях, а также один сотрудник категории Р.4 в штаб-квартире.

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2012-2013 гг. для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(b)? (Да/нет)

Нет

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

8 млн. долл. США: источник(и) финансирования: добровольные взносы стран, частные доноры и многосторонние организации.

<p>1. Резолюция WHA65.9</p>	<p>Медико-санитарные условия проживания населения на оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных сирийских Голанских высотах</p>
<p>2. Связь с Программным бюджетом на 2012–2013 гг. (см. документ A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ru.pdf)</p> <p>Стратегическая цель (стратегические цели): 5</p> <p>Ожидаемый результат (ожидаемые результаты) для всей Организации: 5.7</p> <p>Как данная резолюция будет способствовать достижению ожидаемого результата (ожидаемых результатов) для всей Организации?</p> <p>При условии полного финансирования данной резолюции, ее выполнение будет способствовать достижению ожидаемого результата путем поддержки скоординированных ответных мер сектора здравоохранения и восстановительных мероприятий при чрезвычайных гуманитарных ситуациях.</p> <p>Включает ли уже программный бюджет продукты или услуги, указанные в данной резолюции? (Да/нет)</p> <p>Да</p>	
<p>3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с Программным бюджетом</p> <p>(a) Общая стоимость</p> <p>Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуются деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).</p> <p>(i) Один год (охватывающий период с середины 2012 г. до середины 2013 гг.)</p> <p>(ii) Итого: 1,20 млн. долл. США (персонал: 800 000 долл. США; деятельность: 400 000 долл. США)</p> <p>(b) Стоимость на двухгодичный период 2012–2013 гг.</p> <p>Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3 (a), относится к двухгодичному периоду 2012–2013 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).</p> <p>Итого: 1,20 млн. долл. США (персонал: 800 000 долл. США; деятельность: 400 000 долл. США)</p> <p>Указать, на каком уровне Организации будут покрыты расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.</p> <p>Мероприятия будут осуществляться, главным образом, через бюро ВОЗ в Иерусалиме, которое занимается программой сотрудничества ВОЗ с органами Палестинской автономии. Работа ВОЗ на страновом уровне будет дополняться поддержкой со стороны Регионального бюро для стран Восточного Средиземноморья, а также со стороны кластеров в штаб-квартире, работающих в таких областях, как борьба с полиомиелитом, меры в ответ на чрезвычайные ситуации и сотрудничество со странами, а также безопасность в области здравоохранения и охрана окружающей среды.</p> <p>Включена ли предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2012-2013 гг.? (Да/нет)</p> <p>Да</p>	

Если "нет", укажите, сколько не включено.

(с) **Кадровые последствия**

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала? (Да/нет)

Нет

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

Осуществление гуманитарной деятельности и мер в области здравоохранения потребует от Секретариата сохранить после мая 2012 г. необходимое присутствие в стране национальных и международных сотрудников, в особенности в отношении Координатора кластера здравоохранения.

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2012-2013 гг. для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3 (b)? (Да/нет)

Нет

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

1 185 000 долл. США; источник (источники) средств: предполагается, что эти средства будут получены в качестве гуманитарных добровольных взносов в рамках Процесса призыва к совместным действиям. 15 000 долл. США уже были получены в рамках данного Процесса в этом году.

1. Резолюция WHA65.17 Глобальный план действий в отношении вакцин

2. Связь с Программным бюджетом на 2012–2013 гг. (см. документ A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ru.pdf)

Стратегическая цель (стратегические цели): 1 и 11 Ожидаемый результат (ожидаемые результаты) для всей Организации: 1.1, 1.2, 1.4, 1.5, 11.1 и 11.3

Как данная резолюция будет способствовать достижению ожидаемого результата (ожидаемых результатов) для всей Организации?

Резолюция будет способствовать: ускорению прогресса в достижении глобальных и региональных целей для ликвидации полиомиелита, элиминации кори, краснухи и столбняка и борьбе с инфекцией гепатита В; снижению предотвратимой смертности среди детей, особенно от пневмонии и диареи; снижению заболеваемости и смертности, связанной с раком шейки матки; снижению заболеваемости и смертности от гриппа и риска пандемического гриппа; и укрепление систем иммунизации и систем здравоохранения в целом.

<p>Включает ли уже программный бюджет продукты или услуги, указанные в данной резолюции? (Да/нет) Да</p>
<p>3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с Программным бюджетом</p>
<p>(a) Общая стоимость Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуется деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США). (i) 10 лет (охватывающих период 2011-2020 гг.) (ii) Итого: 2345 млн. долл. США (персонал: 722 млн. долл. США; деятельность: 1623 млн. долл. США) Примечание: эта сумма не включает стоимость выполнения резолюции по усилению Глобальной инициативы по ликвидации полиомиелита.</p>
<p>(b) Стоимость на двухгодичный период 2012–2013 гг. Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3 (a), относится к двухгодичному периоду 2012–2013 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США). Итого: 403 млн. долл. США (персонал: 128 млн. долл. США; деятельность: 275 млн. долл. США) Примечание: эта сумма не включает стоимость выполнения резолюции по усилению Глобальной инициативы по ликвидации полиомиелита. Указать, на каком уровне Организации будут покрыты расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы 30% в штаб-квартире, 35% на региональном уровне и 35% на страновом уровне. Включена ли предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2012-2013 гг.? (Да/нет) Нет Если "нет", укажите, сколько не включено. 45 млн. долл. США.</p>
<p>(c) Кадровые последствия Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала? (Да/нет) Нет на весь период действия резолюции. Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации. Небольшое число дополнительного персонала потребуется в штаб-квартире, в региональных бюро и в составе межстрановых групп поддержки в Африканском регионе. Потребуется также некоторый национальный персонал в странах для расширения масштабов деятельности, ожидая увеличения числа вакцин, включаемых в рамках национальных программ иммунизации.</p>
<p>4. Финансирование</p>
<p>Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2012–2013 гг. для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(b)? (Да/нет) Нет</p>

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

Текущий дефицит финансирования составляет 210 млн. долл. США. В настоящее время проводятся обсуждения для получения ежегодно возобновляемых и новых грантов на общую сумму 125 млн. долл. США. Если получение этих грантов будет подтверждено, остающийся дефицит финансирования составит 85 млн. долл. США.

1. Резолюция WHA65.18 Всемирная неделя иммунизации

2. Связь с Программным бюджетом на 2012–2013 гг. (см. документ A64/7

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ru.pdf)

Стратегическая цель (стратегические цели): 1 Ожидаемый результат (ожидаемые результаты) для всей Организации: 1.1

Как данная резолюция будет способствовать достижению ожидаемого результата (ожидаемых результатов) для всей Организации?

Недели иммунизации помогают: (i) повысить в мире и на местах информированность о преимуществах вакцинации; (ii) повысить среди населения приемлемость услуг по иммунизации и спрос на них; (iii) усилить политическую приверженность; (iv) создать дополнительную возможность для предоставления вакцин людям и, следовательно, содействовать улучшению охвата иммунизацией.

Включает ли уже программный бюджет продукты или услуги, указанные в данной резолюции?
(Да/нет)

Да

3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с Программным бюджетом

(а) Общая стоимость

Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуется деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

(i) Осуществление будет происходить на постоянной основе и рассматриваться руководящими органами.

(ii) Общая дополнительная стоимость: 150 000 долл. США в год
(персонал: 30 000 долл. США; деятельность: 120 000 долл. США).

Примечание: Все регионы ВОЗ приняли свои резолюции о Региональной неделе иммунизации; четыре региона проводят Недели иммунизации в течение ряда лет, и в 2012 г. к ним присоединятся Африканский регион и Регион Юго-Восточной Азии. Следовательно, расходы на проведение Региональных недель иммунизации уже запланированы и обеспечены, и увеличение стоимости в связи с введением Всемирной недели иммунизации будет минимальным и просто отразит некоторое дополнительное время работы персонала на глобальном уровне, необходимое для координации, дополнительных медиа- и коммуникационных материалов и небольшого координационного совещания.

(б) Стоимость на двухгодичный период 2012–2013 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3 (а), относится к двухгодичному периоду 2012–2013 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

Общая дополнительная стоимость: 300 000 долл. США (персонал: 60 000 долл. США; деятельность: 240 000 долл. США)

Указать, на каком уровне Организации будут покрыты расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.

Штаб-квартира

Включена ли предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2012-2013 гг.? (Да/нет)

Да

Если "нет", укажите, сколько не включено.

(с) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала? (Да/нет)

Да

Если "нет", укажите, сколько потребуются дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2012-2013 гг. для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(b)? (Да/нет)

Да

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

Неприменимо.

1. Резолюция WHA65.19 Некондиционная/поддельная/ложно маркированная/ фальсифицированная/ контрафактная медицинская продукция

2. Связь с Программным бюджетом на 2012–2013 гг. (см. документ A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ru.pdf)

Стратегическая цель (стратегические цели): 11 Ожидаемый результат (ожидаемые результаты) для всей Организации: 11.1 и 11.2

Как данная резолюция будет способствовать достижению ожидаемого результата (ожидаемых результатов) для всей Организации?

Она отвечает требованиям стратегического подхода, указанного в связи с ожидаемым результатом 11.1 в отношении "некондиционной/поддельной/ложно маркированной/ фальсифицированной/ контрафактной медицинской продукции".

Включает ли уже программный бюджет продукты или услуги, указанные в данной резолюции? (Да/нет)

Нет

3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с Программным бюджетом

(а) Общая стоимость

Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуются деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

(i) Три года (охватывающих период 2012-2015 гг.) на основании решения Ассамблеи здравоохранения.

(ii) Итого: от 3,56 млн. долл. США до 4,84 млн. долл. США (персонал: от 2,72 долл. США до 4 млн. долл. США; деятельность: 840 000 долл. США). Консервативная оценка основана на проведении одного ежегодного совещания в рамках механизма государств-членов. Эта сумма охватывает только стоимость мероприятий для одного совещания, так как круг ведения все еще подлежит подтверждению.

(b) Стоимость на двухгодичный период 2012–2013 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3 (а), относится к двухгодичному периоду 2012–2013 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США)

Итого: от 2,37 млн. долл. США до 3,23 млн. долл. США (персонал: от 1,81 долл. США до 2,67 млн. долл. США; деятельность: 560 000 долл. США).

Указать, на каком уровне Организации будут покрыты расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.

Штаб-квартира

Включена ли предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2012–2013 гг.? (Да/нет)

Нет

Если "нет", укажите, сколько не включено.

От 2,37 млн. долл. США до 3,23 млн. долл. США

(с) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала? (Да/нет)

Нет

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

Два штатных сотрудника категории специалистов или выше (уровней Р.4 и Р.5) вместе с одним штатным сотрудником категории общего обслуживания (уровень G.5).

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2012-2013 гг. для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(b)? (Да/нет)

Нет

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

От 2,37 млн. долл. США до 3,23 долл. США; источник(и) финансирования:

Может потребоваться финансирование на начальной стадии в виде добровольных взносов со стороны заинтересованных государств-членов, поскольку технические мероприятия в настоящее время не определены с достаточной степенью детализации для обращения к донорам. Данный проект также находится вне текущей сферы деятельности доноров в области лекарственных средств.

1. Резолюция WHA65.20 Ответные действия и роль ВОЗ в качестве руководителя кластера здравоохранения для удовлетворения растущих потребностей в области здравоохранения при чрезвычайных гуманитарных ситуациях

2. Связь с Программным бюджетом на 2012–2013 гг. (см. документ A64/7

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ru.pdf)

Стратегическая цель (стратегические цели): 5

Ожидаемый результат (ожидаемые результаты) для всей Организации: 5.1 и 5.7

Как данная резолюция будет способствовать достижению ожидаемого результата (ожидаемых результатов) для всей Организации?

Данная резолюция будет оказывать поддержку ВОЗ в выполнении своей роли в качестве (i) ведущего учреждения кластера здравоохранения во время чрезвычайных гуманитарных ситуаций и (ii) ведущего учреждения для Межучрежденческого постоянного комитета Кластера глобального здравоохранения. Она будет также укреплять новый общеорганизационный подход ВОЗ к действиям в ответ на чрезвычайные ситуации. Эта резолюция содержит призыв к Генеральному директору ввести в действие необходимую политику, руководящие принципы, адекватные структуры и процессы управления ВОЗ, которые необходимы для эффективных и успешных гуманитарных действий на страновом уровне, а также организационный потенциал и ресурсы для наилучшего выполнения ее роли в качестве ведущего учреждения Кластера глобального здравоохранения. Таким образом, ее осуществление будет способствовать достижению общего для всей Организации результата 5.7 посредством придания направления, структуры и стимулов деятельности Организации по руководству скоординированными ответными мерами сектора здравоохранения и восстановлением при чрезвычайных гуманитарных ситуациях.

Включает ли уже программный бюджет продукты или услуги, указанные в данной резолюции? (Да/нет)

Да

3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с Программным бюджетом

(а) Общая стоимость

Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуется деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

(i) Основным периодом для этой резолюции будет двухгодичный период 2012-2013 гг. В течение этого периода ВОЗ будет применять, оценивать и совершенствовать свой новый

институциональный подход. После 2013 г. ожидается, что основополагающие принципы этой резолюции продолжат определять работу ВОЗ при чрезвычайных ситуациях

(ii) Итого в первый год: 29,5 млн. долл. США (персонал: 23,6 млн. долл. США; деятельность: 5,9 млн. долл. США); итого в последующие годы: 42,5 млн. долл. США (персонал: 34 млн. долл. США; деятельность: 8,5 млн. долл. США).

Осуществление этой резолюции в течение первого года, как ожидается, будет постепенным на региональном и страновом уровнях и, следовательно, оценивается на уровне 70% стоимости осуществления в последний год двухгодичного периода¹.

(b) Стоимость на двухгодичный период 2012–2013 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3 (а), относится к двухгодичному периоду 2012–2013 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

Итого: 72 млн. долл. США (персонал: 57,6 млн. долл. США; деятельность: 14,4 млн. долл. США)

Указать, на каком уровне Организации будут покрыты расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.

Эта резолюция будет осуществляться во всей Организации. Усилиям ВОЗ на страновом уровне будет оказываться поддержка со стороны соответствующих региональных бюро и штаб-квартиры (32 млн. долл. США в штаб-квартире; 13,5 млн. долл. США в региональных бюро; и 26,5 млн. долл. США в основных страновых бюро, с обращением основного внимания на страны высокого риска в Африканском регионе и Регионе Восточного Средиземноморья)¹.

Включена ли предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2012-2013 гг.? (Да/нет)

Да

Если "нет", укажите, сколько не включено.

(c) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала? (Да/нет)

Нет

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

Общее число основного персонала будет аналогично его числу в 2010-2011 гг.; однако соответствующие сотрудники будут иметь различные сочетания навыков, и будет произведено различное географическое распределение постов после сокращения в штаб-квартире в 2011 г. и ожидаемого увеличения штатов на региональном и страновом уровнях. На уровне страновых бюро предполагается, что нынешний состав в 35 основных сотрудников категории специалистов и выше увеличится вдвое до 70, причем основное внимание будет уделяться странам Африканского региона и Региона Восточного Средиземноморья. Увеличение числа сотрудников потребуется также на уровне региональных бюро, чтобы

¹ Приведенные цифры не включают дополнительные источники ресурсов, которые будут мобилизованы для конкретных чрезвычайных ситуаций.

обеспечить наличие необходимой квалификации по контролю и поддержке для страновых бюро. На уровне региональных бюро вполне вероятно, что нынешний состав в количестве 24 основных сотрудников категории специалистов потребует увеличения до 36, обратив основное внимание на региональные бюро для стран Африканского региона и Региона Восточного Средиземноморья. В штаб-квартире дополнительный персонал не потребуются, так как структура соответствующего департамента в 2011 г. была изменена и численность значительно уменьшена.

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2012-2013 гг. для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(b)? (Да/нет)

Нет

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

44 млн. долл. США; источник (источники) средств: обязательные взносы, добровольные взносы и средства, предназначенные для мониторинга и отчетности. Деятельность по принятию ответных мер и восстановлению будет финансироваться из любых средств, предназначенных для ответных мер на вспышки и кризисы и полученных в ответ на совместные и экстренные призывы для конкретных чрезвычайных ситуаций.

1. Резолюция WHA65.21 Ликвидация шистосомоза

2. Связь с Программным бюджетом на 2012–2013 гг. (см. документ A64/7

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-en.pdf)

Стратегическая цель (стратегические цели): 1 Ожидаемый результат (ожидаемые результаты) для всей Организации: 1.3

Как данная резолюция будет способствовать достижению ожидаемого результата (ожидаемых результатов) для всей Организации?

Государствам-членам будет оказана помощь в подтверждение того, что они удовлетворяют критериям ликвидации шистосомоза в рамках своих национальных границ.

Включает ли уже программный бюджет продукты или услуги, указанные в данной резолюции? (Да/нет)

Да

3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с Программным бюджетом

(a) Общая стоимость

Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуется деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

(i) 14 лет (охватывающих период 2012-2025 гг.)

(ii) Итого: 700 000 долл. США (персонал: 0 долл. США; деятельность: 700 000 долл. США)

(b) Стоимость на двухгодичный период 2012–2013 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3 (а), относится к двухгодичному периоду 2012–2013 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

Итого: 100 000 долл. США (персонал: 0 долл. США; деятельность: 100 000 долл. США)

Указать, на каком уровне Организации будут покрыты расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.

Штаб-квартира

Включена ли предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2012–2013 гг.? (Да/нет)

Да

Если "нет", укажите, сколько не включено.

(c) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала? (Да/нет)

Да

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2012-2013 гг. для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(b)?

(Да/нет)

Да

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

Неприменимо

1. Резолюция WHA65.22 Последующие действия в связи с докладом Консультативной рабочей группы экспертов по научным исследованиям и разработкам: финансирование и координация

2. Связь с Программным бюджетом на 2012–2013 гг. (см. документ A64/7
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ru.pdf)

Стратегическая цель (стратегические цели): 11

Ожидаемый результат (ожидаемые результаты) для всей Организации: 11.1

Как данная резолюция будет способствовать достижению ожидаемого результата (ожидаемых результатов) для всей Организации?

Доступ к основным лекарственным средствам и медицинским технологиям представляет собой основной компонент национальной политики в области лекарственных средств. Исключительно важное значение для улучшения доступа имеют научные исследования и разработки новых лекарственных средств и технологий, необходимых для эффективной борьбы с болезнями, которые несоразмерно воздействуют на развивающиеся страны. Кроме того, важно обеспечить такое положение, чтобы новые технологии, после того как они будут разработаны, были доступны по цене. В настоящее время финансовые средства, выделяемые на научные исследования и разработки, недостаточны, а если новые лекарства и разрабатываются, то они неприемлемы по цене. Эта резолюция имеет целью поддержать обсуждения и консультации среди государств-членов по практической осуществимости рекомендаций, содержащихся в докладе Консультативной рабочей группы экспертов по научным исследованиям и разработкам: финансирование и координация, имеющей целью укрепить системы устойчивого финансирования научных исследований и разработок и обеспечить приемлемость по цене полученных продуктов и технологий.

Включает ли уже программный бюджет продукты или услуги, указанные в данной резолюции? (Да/нет)

Нет

3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с Программным бюджетом**(a) Общая стоимость**

Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуется деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

(i) Один год (период охвата: 2012-2013 гг.)

(ii) Итого: 1,37 млн. долл. США (персонал: 370 000 долл. США; деятельность: 1 млн. долл. США)

(b) Стоимость на двухгодичный период 2012–2013 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3 (a), относится к двухгодичному периоду 2012–2013 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

Итого: 1,37 млн. долл. США (персонал: 370 000 долл. США; деятельность: 1 млн. долл. США)

Указать, на каком уровне Организации будут покрыты расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.

Штаб-квартира и региональные бюро

Включена ли предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2012–2013 гг.? (Да/нет)

Нет

Если "Нет", укажите, сколько не включено.

1,37 млн. долл. США

(с) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала?

(Да/нет)

Нет

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

Для секретариата совещания государств-членов открытого состава: один сотрудник уровня Р.3 и один сотрудник уровня G.4 на один год.

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2012-2013 гг. для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3 (b)? (Да/нет)

Нет

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

1,37 млн. долл. США; источник(и) финансовых средств: предложения по финансированию будут направлены отдельным государствам-членам и донорским учреждениям.

1. Резолюция WHA65.23 Осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 г.)	
2. Связь с Программным бюджетом на 2012–2013 гг. (см. документ A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ru.pdf)	
Стратегическая цель (стратегические цели): 1, 5 и 8	Ожидаемый результат (ожидаемые результаты) для всей Организации: 1.6, 1.7, 1.8, 5.1 и 8.1
Как данная резолюция будет способствовать достижению ожидаемого результата (ожидаемых результатов) для всей Организации?	
Резолюция будет способствовать выполнению ВОЗ своей роли по оказанию поддержки государствам-членам в осуществлении Международных медико-санитарных правил (2005 г.); она будет обеспечивать для Организации возможность функционирования системы глобального предупреждения и ответных действий. Резолюция призывает к усилению поддержки со стороны государств-членов, и она непосредственно связана с показателем 1.6.1. Кроме того, в резолюции подчеркивается многосекторальный подход к осуществлению Международных медико-санитарных правил (2005 г.) в отношении всех опасностей. Таким образом, она обеспечивает связь между ожидаемыми результатами 1.6, 1.7 и 1.8 с ожидаемым результатом 5.1 и ожидаемым результатом 8.1.	
Включает ли уже программный бюджет продукты или услуги, указанные в данной резолюции? (Да/нет)	
Да	
3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с Программным бюджетом	
(а)	Общая стоимость

Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуется деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

(i) Три года (охватывающих период 2012-2014 гг.)

(ii) Итого: 247,31 млн. долл. США (персонал: 110,44 млн. долл. США; деятельность: 136,87 млн. долл. США)

(b) Стоимость на двухгодичный период 2012–2013 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3 (а), относится к двухгодичному периоду 2012–2013 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

Итого: 164,88 млн. долл. США (персонал: 73,63 млн. долл. США; деятельность: 91,25 млн. долл. США)

Указать, на каком уровне Организации будут покрыты расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы

Все уровни Организации.

Включена ли предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2012-2013 гг.? (Да/нет)

Да

Если "нет", укажите, сколько не включено.

(c) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала? (Да/нет))

Да

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2012–2013 гг. для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3(b)? (Да/нет)

Нет

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

83 млн. долл. США; источник (источники) средств: добровольные взносы.

1. Решение WHA65(8) Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними: выполнение решений Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними

2. Связь с Программным бюджетом на 2012–2013 гг. (см. документ A64/7

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ru.pdf)

Стратегическая цель (стратегические цели): 3 и 6 Ожидаемый результат (ожидаемые результаты) для всей Организации: 3.3, 6.2 и 6.3

Как данная резолюция будет способствовать достижению ожидаемого результата (ожидаемых результатов) для всей Организации?

В резолюции предлагается подготовить пересмотренный дискуссионный документ о глобальной системе мониторинга, включая показатели и набор добровольных глобальных целей, отражающий результаты проведенных до настоящего времени обсуждений. Эта деятельность будет проводиться в соответствии с пунктами 61 и 62 резолюции 66/2 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций и, таким образом, будет способствовать достижению ожидаемых результатов, указанных выше.

Включает ли уже программный бюджет продукты или услуги, указанные в данной резолюции? (Да/нет)

Да

3. Предполагаемые стоимостные и кадровые последствия в связи с Программным бюджетом

(а) Общая стоимость

Указать (i) продолжительность срока действия резолюции, во время которого потребуется деятельность Секретариата для ее выполнения, и (ii) стоимость этой деятельности (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

(i) Два года (охватывающие период 2012-2013 гг.)

(ii) Итого: 2,8 млн. долл. США (персонал: 1,5 млн. долл. США; деятельность: 1,3 млн. долл. США)

(b) Стоимость на двухгодичный период 2012–2013 гг.

Указать, какая часть стоимости, указанной в пункте 3 (а), относится к двухгодичному периоду 2012–2013 гг. (с округлением до ближайших 10 000 долл. США).

Итого: 2,8 млн. долл. США (персонал: 1,5 млн. долл. США; деятельность: 1,3 млн. долл. США)

Указать, на каком уровне Организации будут покрыты расходы, и, в случае необходимости, конкретные регионы.

В штаб-квартире и во всех шести регионах.

Включена ли предполагаемая стоимость в утвержденный Программный бюджет на 2012-2013 гг.? (Да/нет)

Да

Если "нет", укажите, сколько не включено.

(с) Кадровые последствия

Можно ли выполнить данную резолюцию с помощью существующего персонала? (Да/нет)

Да

Если "нет", укажите, сколько потребуется дополнительного персонала (в пересчете на полный рабочий день), а также, в соответствующих случаях, конкретные регионы и необходимые квалификации.

4. Финансирование

Имеется ли полное финансирование на двухгодичный период 2012-2013 гг. для предполагаемой стоимости, указанной в пункте 3 (b)? (Да/нет)

Нет

Если "нет", укажите сумму недостающего финансирования и то, как будут мобилизованы средства (представьте подробную информацию об ожидаемых источниках средств).

2,3 млн. долл. США; источник (источники) средств: добровольные взносы двусторонних доноров.