



## **Доклады о ходе работы**

### **Доклад Секретариата**

1. Исполнительный комитет в январе 2014 г. на своей Сто тридцать четвертой сессии принял к сведению доклады о ходе работы, представленные в документе EB134/53<sup>1</sup>. Некоторые доклады были обновлены в свете комментариев, сделанных во время дискуссий Исполкома, и новой информации. Пункты со значительными изменениями указаны в нижеследующих докладах.

### **ДЕЙСТВИЯ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

2. Ассамблее здравоохранения предлагается принять настоящие доклады о ходе работы к сведению.

---

<sup>1</sup> См. протокол Исполнительного комитета на его Сто тридцать четвертой сессии, четырнадцатое заседание, раздел 5 (EB134/2014/REC/1).

**СОДЕРЖАНИЕ**

Стр.

**Инфекционные болезни**

- A. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу на 2011-2015 гг. (резолюция WHA64.14) ..... 3
- B. Ликвидация дракункулеза (резолюция WHA64.16) ..... 5

**Неинфекционные заболевания**

- C. Предупреждение детского травматизма (резолюция WHA64.27) ..... 10

**Укрепление здоровья на протяжении всего жизненного цикла**

- D. Репродуктивное здоровье: стратегия по ускорению хода работы в направлении достижения международных целей и задач в области развития (резолюция WHA57.12) ..... 12
- E. Нанесение увечий женским гениталиям (резолюция WHA61.16) ..... 15
- F. Молодежь и риски для здоровья (резолюция WHA64.28) ..... 17
- G. Выполнение рекомендаций Комиссии Организации Объединенных Наций по товарам, спасающим жизнь женщин и детей (резолюция WHA66.7) ..... 20
- H. Изменение климата и здоровье (резолюция EB124.R5) ..... 22

**Системы здравоохранения**

- I. Глобальная стратегия и план действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности (резолюция WHA61.21) ..... 24
- J. Наличие, безопасность и качество продуктов крови (резолюция WHA63.12) . 29
- K. Трансплантация органов и тканей человека (резолюция WHA63.22) ..... 33
- L. Стратегия ВОЗ по научным исследованиям в области здравоохранения ..... 35

**Обеспечение готовности, эпиднадзор и ответные меры**

- M. Ответные действия и роль ВОЗ в качестве руководителя кластера здравоохранения для удовлетворения растущих потребностей в области здравоохранения при чрезвычайных гуманитарных ситуациях (резолюция WHA65.20) ..... 38

**Корпоративные услуги/вспомогательные функции**

- N. Многоязычие: осуществление плана действий (резолюция WHA61.12) ..... 42

## Инфекционные болезни

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

1. Исполнительный комитет на своей Сто тридцать четвертой сессии принял к сведению настоящий доклад о ходе работы<sup>1</sup>.

2. В резолюции WHA64.14 Ассамблея здравоохранения приняла глобальную стратегию сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДУ на 2011-2015 гг. и предложила Генеральному директору информировать о ходе ее осуществления.

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

4. В июне 2013 г. ВОЗ выпустила свои консолидированные руководящие принципы по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции<sup>2</sup>, которые включают новые рекомендации по тестированию на ВИЧ и консультированию по ВИЧ на уровне местных сообществ; применение антиретровирусной терапии на более раннем этапе; лечение всех детей в возрасте до пяти лет и всех беременных и кормящих грудью женщин; гармонизации схем антиретровирусного лечения по различным группам населения; использованию более простых и безопасных схем лечения; совершенствованию мониторинга пациентов и перераспределению задач; децентрализации лечения и медпомощи и интеграции и увязки обслуживания. В руководящих принципах сделан акцент на повышение

---

<sup>1</sup> См. протокол Сто тридцать четвертой сессии Исполнительного комитета, четырнадцатое заседание, раздел 5 (документ EB134/2014/REC/2).

<sup>2</sup> Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach June 2013. Geneva: World Health Organization; 2013.

качества мероприятий и услуг в рамках всего континуума оказания помощи в связи с ВИЧ, включая тестирование на ВИЧ и консультирование по ВИЧ; вовлечение населения с диагностированной ВИЧ-инфекцией в лечение и оказание помощи; максимизацию приверженности антиретровирусному лечению; удержание людей в рамках лечебного процесса и профилактики и ведение основных сопутствующих заболеваний. ВОЗ провела семинары во всех регионах по содействию оперативному принятию и адаптации этих руководящих принципов и осуществляет мониторинг их воздействия на национальные меры политики и практику в связи с использованием антиретровирусных препаратов.

5. Для обеспечения эффективности ответные меры сектора здравоохранения на ВИЧ следует сосредоточить на группах населения и условиях, характеризующихся возросшим риском передачи, заболеваемости и смертности. Основные группы населения наибольшего риска, включая работников секс-индустрии, мужчин, вступающих в половые отношения с мужчинами, трансгендерных лиц (особенно женщин) и заключенных, часто не имеют доступа к услугам в связи с ВИЧ. Так, например, из данных, собранных в 2011 г. в 21 стране в Европе, следует, что 59% лиц, отвечающих критериям получения антиретровирусной терапии, приобрели ВИЧ в результате употребления инъекционных наркотиков, однако пользователи таких наркотиков составляют лишь 21% от получателей антиретровирусной терапии<sup>1</sup>. В 2014 г. ВОЗ выпустит консолидированные методические указания по комплексным медицинским услугам в связи с ВИЧ для этих основных групп населения, чтобы способствовать усилению равенства в здравоохранении и прав человека. Организация также поддерживает усилия по охвату других уязвимых групп населения, например путем подготовки двух наборов руководящих принципов по ВИЧ-услугам для подростков и профилактике гендерного насилия. ВОЗ осуществила преквалификацию устройства для мужского обрезания, чтобы расширить масштабы добровольного медицинского обрезания мужчин с целью профилактики ВИЧ путем охвата уязвимых мужчин в ситуациях высокой распространенности.

6. В глобальном плане устранения новых случаев заражения ВИЧ среди детей до 2015 г. и оказания помощи матерям, чтобы они могли оставаться в живых<sup>2</sup>, рекомендованы более тесные связи между программами по ВИЧ, обеспечению здоровья матерей и детей и планированию семьи. В рамках глобального плана ВОЗ поддерживает антиретровирусные программы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку в 22 странах с высоким показателем распространенности, что позволило расширить охват с 57% в 2011 г. до 63% в 2012 году. Однако только 34% детей, отвечающих критериям получения антиретровирусной терапии в странах с максимальным бременем заболевания, получали в 2012 г. лечение по сравнению с 68% взрослых, отвечающих таким критериям. Осуществляемое сотрудничество между программами по туберкулезу и ВИЧ служит моделью интегрированного подхода, как

---

<sup>1</sup> World Health Organization. Global update on HIV treatment 2013: results, impact and opportunities. Geneva: World Health Organization; 2013.

<sup>2</sup> Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2011.

это указано в политике ВОЗ в отношении сотрудничества в области туберкулеза/ВИЧ: руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон<sup>1</sup>.

7. ВОЗ нацеливает свои программы по ВИЧ на возникающие приоритеты, например профилактику и ведение сопутствующих заболеваний. Она подготовила новые руководящие указания по профилактике и ведению вируса гепатита В и вируса гепатита С<sup>2</sup> с упором на сочетанную инфекцию гепатита и ВИЧ. Возрастает распространенность неинфекционных заболеваний среди лиц, живущих с ВИЧ, и существует потребность в услугах по оказанию помощи, которые интегрированы и адаптированы к хроническим патологиям. В этой связи ВОЗ проводит оценку относительного бремени неинфекционных заболеваний среди лиц, живущих с ВИЧ, с целью принятия решения относительно клинических и программных методических указаний, которые необходимы для обеспечения комплексного медицинского обслуживания.

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

#### **В. ЛИКВИДАЦИЯ ДРАКУНКУЛЕЗА (резолюция WHA64.16)**

9. В соответствии с резолюцией WHA64.16 в настоящем докладе представлена запрошенная обновленная информация о прогрессе в направлении ликвидации дракункулеза. На своей Сто тридцать четвертой сессии Исполнительный комитет принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада<sup>3</sup>, который был дополнен данными о новых случаях заболевания.

10. В соответствии с рекомендацией Международной комиссии по сертификации ликвидации дракункулеза, сформулированной на ее девятом совещании (Женева, 3–5 декабря 2013 г.), еще пять стран были сертифицированы ВОЗ в качестве свободных от передачи дракункулеза; в трех из пяти стран эта болезнь являлась ранее эндемической (Кот-д'Ивуар, Нигер и Нигерия), а в двух других (Сомали и Южная Африка) случаи дракункулеза в последнее время не регистрировались. В настоящее время 197 стран, территорий и районов (в общей сложности 185 государств-членов) сертифицированы в качестве свободных от передачи дракункулеза. По состоянию на 31 декабря 2013 г. остается девять государств-членов, которым предстоит пройти сертификацию: четыре страны, являющиеся эндемичными по этой болезни (Чад,

---

<sup>1</sup> Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ: Руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012 год.

<sup>2</sup> World Health Organization. Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. Geneva: World Health Organization; 2012; и WHO Guidelines for the Screening, Care and Treatment of Persons with Hepatitis C Infection, в печати.

<sup>3</sup> См. протокол Сто тридцать четвертой сессии Исполнительного комитета, четырнадцатое заседание, раздел 5 (документ EB134/2014/REC/2).

Эфиопия, Мали и Южный Судан), три страны, находящиеся на стадии, предшествующей сертификации (Гана, Кения и Судан), и две страны, которые в последнее время не сообщали о случаях заболевания этой болезнью (Ангола и Демократическая Республика Конго). На 17-м Совещании по обзору национальных программ ликвидации дракункулеза (Уагадугу, 9-12 апреля 2013 г.) были рассмотрены итоги работы за 2012 г. и составлены планы работы на 2013 год. Восемнадцатое совещание по обзору намечено провести 19-22 марта 2014 г. в Аддис-Абебе. В ходе Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения состоялось неофициальное совещание министров здравоохранения стран, которые являются или являлись эндемичными по дракункулезу, в целях усиления приверженности ликвидации этой болезни.

11. В 2013 г. число зарегистрированных новых случаев заболевания дракункулезом во всем мире снизилось на 73% до 148 против 542 случаев, зарегистрированных в 2012 году. Эти случаи заболевания имели место в 103 сельских населенных пунктах, тогда как в 2012 г. таких населенных пунктов было 272. Это связано, главным образом, со снижением на 78% числа новых случаев заболевания, зарегистрированных в Южном Судане: с 521 в 2012 г. до 113 в 2013 году. Местная передача локализована сегодня в нескольких зонах затронутых стран. Однако в Чаде, Эфиопии и Мали отмечалось незначительное увеличение числа зарегистрированных случаев заболевания в 2013 г. по сравнению с 2012 годом. Судан, находящийся на предсертификационном этапе, сообщил о трех случаях заболевания, имевших место вблизи границы с Южным Суданом.

12. В **Чаде** вспышка дракункулеза продолжается четвертый год; в 2013 г. было зарегистрировано 14 новых случаев заболевания в 10 сельских населенных пунктах, причем в восьми случаях заболевания были обеспечены меры сдерживания. Ни в одном из пяти случаев заболевания, зарегистрированных в сельском населенном пункте Майму в округе Сарх, сдерживание не производилось. Пять из 10 сельских населенных пунктов, где в 2013 г. были зарегистрированы случаи заболевания, не располагают ни одним улучшенным источником питьевой воды. В 2012 г. было зарегистрировано 10 случаев заболевания, в отношении четырех из которых были приняты меры сдерживания. При содействии Центра Картера более 700 сельских населенных пунктов подвергались в 2013 г. активному эпиднадзору. В этой же зоне риска в 2012–2013 гг. у собак были выявлены гельминты, которые морфологически не отличимы от гельминтов, обнаруживаемых у человека; ведутся эпидемиологические расследования и исследования. Секретариат оказывает техническую поддержку Чаду в усилении эпиднадзора за дракункулезом и повышении уровня информированности населения за пределами сельских населенных пунктов, находящихся под активным эпиднадзором, о предоставлении денежного вознаграждения за информацию, ведущую к подтверждению случая заболевания. Однако необходима дальнейшая поддержка для осуществления этой деятельности и принятия мер сдерживания.

13. В **Эфиопии** в регионе Гамбелла продолжалась низкоинтенсивная передача заболевания. В 2013 г. поступили уведомления о семи новых случаях заболевания: пяти в округе Абобо, одном в округе Гог и одном в округе Итанг по сравнению с четырьмя случаями, зарегистрированными в 2012 году. Четыре из семи новых случаев

заболевания в 2013 г. были локализованы по сравнению с двумя из четырех случаев в 2012 году. Случаи заболевания были зарегистрированы в пяти сельских населенных пунктах: в одном населенном пункте в округах Итанг и Гог и в трех населенных пунктах в округе Абобо. В пяти из семи случаев заболели жители населенного пункта Теркуди Батпуло в округе Абобо (в апреле 2012 г. в населенном пункте Теркуди Батпуло был зарегистрирован один нелокализованный случай заболевания, исходящий из населенного пункта Утую, где это заболевание является эндемическим, в соседнем округе Гог). В двух остальных случаях один пациент является жителем лагеря беженцев Пугнидо в округе Гог; другой пациент из населенного пункта Умаха в округе Абобо был выявлен и зарегистрирован в декабре 2012 г., однако в январе 2013 г. у него был обнаружен еще один гельминт. Из пяти населенных пунктов, где были зарегистрированы случаи заболевания в 2013 г., один (Теркуди Батпуло) не имеет никаких улучшенных источников питьевой воды. Необходима поддержка для усиления эпиднадзора и повышения информированности населения о системе денежного вознаграждения от Программы Эфиопии по ликвидации дракункулеза в целях обеспечения добровольного уведомления о случаях заболевания дракункулезом и соблюдения мер сдерживания, особенно вдоль границы с Южным Суданом. В настоящее время Секретариат проводит работу по обеспечению взаимосвязи между эпиднадзором за дракункулезом и крупномасштабными мероприятиями, например картированием забытых тропических болезней и распределением лекарственных средств на уровне местных сообществ. Однако для расследования всех непроверенных сообщений и локализации новых случаев заболевания необходимы также решительные и согласованные действия со стороны местных властей.

14. **Мали** является единственной страной Западной Африки, где продолжается передача дракункулеза. В 2013 г. было зарегистрировано 11 новых случаев заболевания в восьми сельских населенных пунктах четырех округов; Ансонго (шесть случаев), Кидаль (три случая), Дженне (один случай) и Гурма-Рарус (один случай). Семь из зарегистрированных случаев заболевания были локализованы. Для сравнения, в 2012 г. было зарегистрировано четыре случая заболевания в трех населенных пунктах округов Кидаль в регионе Кидаль (2 случая заболевания), Дженне в регионе Мопти (1 случай заболевания) и Масина в регионе Сегу (1 случай заболевания). Из восьми сельских населенных пунктов, где в 2013 г. были зарегистрированы случаи заболевания, четыре не располагают никакими улучшенными источниками питьевой воды. С марта 2012 г. по соображениям безопасности в отношении ситуации на севере страны национальная программа ликвидации была прервана, хотя органы Организации Объединенных Наций, участвующие в оказании гуманитарной поддержки, способствуют осуществлению периодического эпиднадзора. С улучшением ситуации в отношении безопасности в 2013 г. происходит усиление эпиднадзора в регионах Гао, Тимбукту и Мопти, но не в регионе Кидаль, где сохраняются серьезные опасения в отношении безопасности. Эпиднадзор был также усилен в лагерях малийских беженцев в Буркина-Фасо, Мавритании и Нигере в целях предотвращения дальнейшего распространения этой болезни. В рамках этих усилий в области эпиднадзора Секретариат оказывает техническую и финансовую поддержку для расширения возможностей медработников и осуществляет в масштабах страны программу по повышению информированности местных сообществ о системе денежных вознаграждений, призванной обеспечить добровольное уведомление о

случаях заболевания дракункулезом в целях повышения эффективности системы эпиднадзора. Однако необходима дополнительная поддержка с целью восстановления или усиления эпиднадзора по мере улучшения ситуации в области безопасности, а также с целью более широкого пропагандирования системы вознаграждений.

15. В 2013 г. на **Южный Судан** приходилось 76% всех зарегистрированных случаев заболевания дракункулезом. В 79 сельских населенных пунктах было зарегистрировано, в общей сложности, 113 новых случаев заболевания, 67% из которых было локализовано. Случаев заболевания было на 78% меньше, чем в 2012 г., когда был зарегистрирован 521 случай заболевания. Из общего числа новых случаев заболевания, зарегистрированных в 2013 г., 77 случаев (68%) были зарегистрированы в округе Восточная Капоэта в штате Восточная Экватория. Из 79 сельских населенных пунктов, сообщивших о случаях заболевания в 2013 г., 17 (22%) располагают одним или более улучшенными источниками питьевой воды. Из 54 сельских населенных пунктов в округе Восточная Капоэта, где были зарегистрированы в 2013 г. случаи заболевания, 7 (13%) имеют доступ к улучшенным источникам питьевой воды. ВОЗ, ЮНИСЕФ и Центр Картера поддерживают национальную программу по прерыванию передачи заболевания и оказывают техническое содействие для усиления эпиднадзора за дракункулезом, включая наращивание потенциала, усиление эпиднадзора, проверку неподтвержденных сообщений о случаях заболевания и санитарное просвещение и координацию деятельности. Однако необходима поддержка для дальнейшего совершенствования сдерживания случаев заболевания, особенно в приграничных с Суданом районах, и для усиления эпиднадзора с помощью добровольного информирования о случаях заболевания в результате введения системы вознаграждений. Продолжающиеся гражданские беспорядки в Южном Судане, начавшиеся в середине декабря 2013 г., потенциально способны помешать осуществлению программы из-за ограниченного доступа медработников и перемещения населения из эндемичных по дракункулезу районов в районы, где он отсутствует. Происходящая мобилизация армии в масштабах страны может создать риск дальнейшей вспышки в районах, которые не являются эндемичными.

16. В 2013 г. было зарегистрировано три случая заболевания дракункулезом в южном регионе **Судана** Дарфур, который граничит со штатом Южного Судана Западный Бахр-эль-Газаль. В июне 2013 г. в ходе кампании вакцинаций против полиомиелита было выявлено два случая заболевания, а третий случай заболевания был после этого зарегистрирован в сентябре 2013 г. еще у одного члена той же семьи, что и первые два случая. Образцы, взятые у двух пациентов, получили позднее лабораторное подтверждение как вызванные *Dracunculus medinensis*. Последний местный случай заболевания в Судане был зарегистрирован в 2002 г., а последний завезенный случай заболевания – в 2007 году. Жители затронутого сельского населенного пункта сообщили, что в 2012 г. в связи с отсутствием безопасности в этой зоне произошло перемещение жителей и загрязнение поверхностного водоисточника, который также использовался больными. Секретариат оказывает техническую и финансовую поддержку Судану в усилении эпиднадзора за дракункулезом путем усиления системы комплексного эпиднадзора за болезнями и ответных мер, используя обход всех домов во время кампаний вакцинации против полиомиелита и повышая информированность местного населения о системах денежного вознаграждения за добровольное

уведомление о случаях заболевания дракункулезом. Однако необходима дополнительная поддержка для усиления эпиднадзора и повышения информированности населения о системе вознаграждений, особенно в труднодоступных районах, например граничащих с Южным Суданом и Чадом.

17. При поддержке ВОЗ продолжалось осуществление эпиднадзора в свободных от дракункулеза районах четырех стран, остающихся эндемичными по этой болезни, и в шести странах на предсертификационном этапе (три из которых были сертифицированы в декабре 2013 г. в качестве свободных от дракункулеза – Кот-д'Ивуар, Нигер и Нигерия), который был дополнен системой вознаграждения за добровольное предоставление информации, ведущей к подтверждению случаев заболевания. Кроме того, для выявления случаев заболевания дракункулезом применяются обходы домов в ходе национальных дней иммунизации и/или массовых кампаний по распределению лекарств. Совершенствуются и усиливаются меры по обмену информацией и трансграничному эпиднадзору в странах, эндемичных по этой болезни, и в соседних странах, которые свободны от дракункулеза. Странам рекомендуется сообщать о том, в какой степени граждане информированы о денежном вознаграждении, предлагаемом за добровольное уведомление о случаях заболевания. Уровень информированности варьируется в зависимости от страны: Чад (58,5%), Кот-д'Ивуар (35%), Эфиопия (44%), Гана (47%), Мали (42%), Нигер (77%), Нигерия (63%) и Судан (21%).

18. Все эндемичные по этому заболеванию страны и страны на предсертификационном этапе ежемесячно представляли отчеты в ВОЗ. В 10 странах, которые либо являлись эндемичными по заболеванию, либо находились на предсертификационном этапе, 90% округов ежемесячно представляли отчеты в 2013 году. В 2013 г. поступило, в общей сложности, 4281 неподтвержденное сообщение, 3817 (89%) из которых были расследованы в течение 24 часов.

19. Из стран, находящихся на постсертификационной стадии, в 2013 г. ежеквартальные отчеты представляли Бенин, Буркина-Фасо, Камеру, Центральноафриканская Республика, Мавритания, Сенегал и Того. Странам, находящимся на постсертификационной стадии, следует продолжать осуществление эпиднадзора на уровне местных сообществ и систем здравоохранения и незамедлительно реагировать на любые предполагаемые случаи заболевания или неподтвержденные сообщения. Из стран на постсертификационной стадии поступило 59 непроверенных сообщений (42 из Буркина-Фасо, 2 из Камеруна, 1 из Мавритании, 12 из Того и 2 из Уганды).

**Неинфекционные заболевания****С. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА (резолюция WHA64.27)**

20. На своей Сто тридцать четвертой сессии Исполнительный комитет принял настоящий доклад о ходе работы<sup>1</sup>.

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

22. С помощью электронных средств связи ВОЗ провела электронный опрос заинтересованных сторон на тему сети по предупреждению детского травматизма, за которым последовали консультации с участием ЮНИСЕФ, технических партнеров, неправительственных организаций и научных работников. В ходе этих консультаций была решительно поддержана целесообразность такой сети и был достигнут консенсус в отношении ее трех приоритетных задач, таких как повышение видимости детского травматизма, предоставление форума для технического обмена и создание потенциала. Доработан круг ведения, и в рамках консультативного процесса определяются стратегические цели сети, которые должны быть достигнуты в первые два года ее существования.

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

24. Упомянутые выше учебные ресурсы предназначены для передачи знаний. Кроме того, ВОЗ уделяла приоритетное внимание приобретению практических навыков в области предупреждения детского травматизма в рамках «MENTOR-VIP», глобальной программы по наставничеству, координируемой Секретариатом. В рамках этой

---

<sup>1</sup> См. протокол Сто тридцать четвертой сессии Исполнительного комитета, четырнадцатое заседание, раздел 5 (документ EB134/2014/REC/2).

программы дистанционного наставничества созданы программы по наставничеству, занимающиеся программированием, сбором данных или научными исследованиями в области детского травматизма в Нигерии, Пакистане, Филиппинах и Объединенной Республике Танзании.

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

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

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

28. Аналогичным образом, Региональное бюро для стран Западной части Тихого океана включило предупреждение детского травматизма в ресурсы по оказанию первичной медико-санитарной помощи, основанной на подходе, охватывающем весь жизненный цикл, и проводит его пилотное тестирование в Лаосской Народно-Демократической Республике и Филиппинах. В Регионе Юго-Восточной Азии сотрудники штаб-квартиры и регионального бюро активно поддерживают включение предупреждения детского травматизма в программы по охране здоровья матерей и детей в Шри-Ланке, опираясь на успешный опыт такого включения в Таиланде.

---

<sup>1</sup> Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире: поддержать десятилетие действий. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 год.

<sup>2</sup> World report on child injury prevention. Geneva: World Health Organization; 2008.

## Укрепление здоровья на протяжении всего жизненного цикла

### **D. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: СТРАТЕГИЯ ПО УСКОРЕНИЮ ХОДА РАБОТЫ В НАПРАВЛЕНИИ ДОСТИЖЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНЫХ ЦЕЛЕЙ И ЗАДАЧ В ОБЛАСТИ РАЗВИТИЯ (резолюция WNA57.12)**

29. Исполком на своей Сто тридцать четвертой сессии принял к сведению настоящий доклад о ходе работы<sup>1</sup> с обновлением текста в пункте 38.

30. В рамках технической помощи странам по осуществлению стратегии репродуктивного здоровья Секретариат сотрудничал с ЮНФПА при проведении глобального обследования прогресса в достижении целей Международной конференции по народонаселению и развитию<sup>2</sup>, а также принял участие в региональных конференциях, на которых рассматривались результаты обследования.

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

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

33. Разнородный и неравномерный прогресс также наблюдается в показателях репродуктивного здоровья. Именно так обстоит дело в различных регионах по материнской смертности. В период с 1990 по 2010 год ежегодное сокращение показателя материнской смертности в глобальном масштабе составило 3,1%.

---

<sup>1</sup> См. протокол Сто тридцать четвертой сессии Исполнительного комитета, четырнадцатое заседание, раздел 5 (документ EB134/2014/REC/2).

<sup>2</sup> <http://icpdbeyond2014.org/about/view/29-global-review-report> (по состоянию на 5 марта 2014 г.).

В регионах Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана, по оценкам, сокращение составило 5,2%, в то время как в регионах Африки и Восточного Средиземноморья эти показатели равнялись 2,7% и 2,6%, соответственно. В 1990 г. порядка 43% случаев материнской смертности в мире приходилось на южную Азию, а 35% – на страны Африки к югу от Сахары; в 2010 г. ситуация поменялась, и, по оценкам, 29% случаев глобальной смертности в мире имело место в южной Азии, а 56% – в странах Африки к югу от Сахары.

34. Доступ к помощи во время беременности и родов является критическим фактором сокращения материнской смертности и повышения уровня материнского здоровья. Согласно последним имеющимся данным, доля родов с участием квалифицированных медико-санитарных специалистов увеличилась в глобальных масштабах с 61% в 1990-х годах<sup>1</sup> до 70% в период 2005-2012 годов<sup>2</sup>. Неравенство может быть связано с местом проживания: в среднем доля родов с участием квалифицированного медико-санитарного специалиста составила 61% в сельских районах по сравнению с 88% в городских районах<sup>3</sup>.

35. Сокращение неудовлетворенных потребностей в том, что касается планирования семьи, и расширение доступа к контрацепции могут предотвратить до одной трети случаев материнской смертности<sup>4</sup>. В глобальном масштабе использование контрацептивов выросло с 55% в 1990 г. до свыше 60% в 2010 году<sup>5</sup>. Тем не менее, около 146 миллионов женщин в возрастной группе от 15 до 49 лет (как замужних, так и в гражданском браке), которые хотели бы отложить или остановить деторождение, не имели доступа к каким-либо формам планирования семьи, а 222 миллиона женщин не имели доступа к современным контрацептивам. Удовлетворение потребностей в том, что касается планирования семьи, содействует как расширению прав женщин, так и гендерному равенству, благодаря расширению возможностей экономического участия. Обеспечение безопасности контрацептивов входит в число ключевых элементов глобальной стратегии по ликвидации неудовлетворенных потребностей в области контрацепции. В частности, Секретариат активно поддерживал осуществление рекомендаций Комиссии Организации Объединенных Наций по товарам, спасающим жизнь женщин и детей.

36. В качестве демографической группы подростки особенно уязвимы для негативных медико-санитарных и социальных последствий. Показатели рождаемости

---

<sup>1</sup> Всемирная статистика здравоохранения, 2010 год. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 год.

<sup>2</sup> Всемирная статистика здравоохранения, 2013 год. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 год.

<sup>3</sup> <http://icpdbeeyond2014.org/about/view/29-global-review-report> (по состоянию на 5 марта 2014 г.).

<sup>4</sup> Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. *The Lancet*. 2006;368:1810–1827.

<sup>5</sup> Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *The Lancet*. 2013;381:1642–1652.

среди подростков остаются высокими в странах Африки к югу от Сахары (118 родов на 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет); то же самое можно сказать о Латинской Америке и Карибском бассейне и о южной Азии (79 и 46 родов на 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет, соответственно)<sup>1</sup>. С тем чтобы поддержать усилия по сокращению высоких показателей рождаемости среди подростков, Секретариат активно помогает государствам-членам в осуществлении своих руководящих указаний по предотвращению ранней беременности и неблагоприятных репродуктивных исходов<sup>2</sup>.

37. Критическими шагами как в удовлетворении медико-санитарных потребностей, так и в осуществлении прав подростков являются углубление знаний и понимание ими проблематики сексуального и репродуктивного здоровья, включая ВИЧ/СПИД, а также расширение их жизненных навыков, с тем чтобы они могли управлять уровнем своего здоровья. В настоящее время менее 40% молодых мужчин в развивающихся регионах знают о том, что использование презервативов и либо абстиненция, либо отношения с одним неинфицированным партнером являются эффективными способами избежать заражения инфекции, передаваемой половым путем. Доля молодых мужчин, которые сообщили об использовании презерватива во время последнего высоко рискованного секса, колебалась от 37,2% в южной Азии до 76,2% на Кавказе и в средней Азии. Была продемонстрирована эффективность программ сексуального образования в сокращении рискованного сексуального поведения<sup>3</sup>. Секретариат подготовил конкретные исследования по успешным примерам расширения масштабов сексуального образования в целях содействия обмену такой передовой практикой по линии Юг-Юг.

38. Помимо вышеупомянутых конкретных мероприятий, на Лондонской встрече на высшем уровне по планированию семьи, которая состоялась в июле 2012 г., Секретариат заявил о своей приверженности целям этой Встречи на высшем уровне, которые предусматривают укрепление доказательной базы и норм эффективной политики и программы действий в целях расширения доступа к качественным услугам. В рамках этого обязательства опубликованы руководящие принципы по обеспечению основанного на правах человека подхода к программам планирования семьи на фоне расширения масштабов контрацептивных услуг<sup>4</sup>. Секретариат также по-прежнему полон решимости обеспечить приоритетное место вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья в повестке дня в области развития на период после 2015 года.

---

<sup>1</sup> Цели тысячелетия в области развития. Доклад за 2013 год. Статистическое приложение. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2013 год.

<sup>2</sup> WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2011.

<sup>3</sup> Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, Bajos N. Sexual behaviour in context: a global perspective. The Lancet 2006;368:1706–1728.

<sup>4</sup> World Health Organization. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations. Geneva: World Health Organization; 2014.

## **Е. НАНЕСЕНИЕ УВЕЧИЙ ЖЕНСКИМ ГЕНИТАЛИЯМ (резолюция WHA61.16)**

39. Исполком на своей Сто тридцать четвертой сессии принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада<sup>1</sup> с обновлением текста в пунктах 43 и 47.

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

41. Проведенные в последнее время анализы позволяют сделать вывод о том, что распространенность практики нанесения увечий женским гениталиям идет на убыль<sup>2</sup>, особенно в Центральноафриканской Республике и Кении среди женщин в возрасте от 15 до 49 лет. Вместе с тем, в тех странах, в которых уровень распространенности все еще остается высоким, эту работу необходимо активизировать. Общее число девушек и женщин, которые подвергались практике нанесения увечий женским гениталиям в регионах Африки и Восточного Средиземноморья, составляет, по оценкам, более 125 миллионов человек<sup>2</sup>. В Европейском союзе этот показатель варьируется в зависимости от стран<sup>3</sup>.

42. К сентябрю 2013 г. в общей сложности 24 страны в регионах Африки и Восточного Средиземноморья квалифицировали эту практику в качестве уголовного правонарушения<sup>4</sup>. Законодательство, которое квалифицирует нанесение увечий женским гениталиям в качестве уголовного правонарушения, было принято в Гвинее-Бисау и Кении в 2011 г., а в Сомали – в 2012 году. В 2011 г. в Буркина-Фасо, Эритрее, Эфиопии, Кении, Сенегале, Судане и Уганде было возбуждено судебное разбирательство по 141 случаю<sup>5</sup>. Соответствующий законопроект, квалифицирующий эту практику в качестве уголовного правонарушения, был передан на утверждение законодательным органам в Гамбии и Мавритании.

---

<sup>1</sup> См. протокол Сто тридцать четвертой сессии Исполнительного комитета, четырнадцатое заседание, раздел 5 (документ EB134/2014/REC/2).

<sup>2</sup> Нанесение увечий женским гениталиям/обрезание: статистический обзор и изучение динамики изменений. Нью-Йорк: Детский фонд Организации Объединенных Наций; июль 2013 года.

<sup>3</sup> Нанесение увечий женским гениталиям в Европейском союзе и Хорватии. Доклад. Вильнюс: Европейский институт гендерного равенства; 2013 год.

<sup>4</sup> Страны, принявшие законы и/или указы против практики нанесения увечий женским гениталиям/обрезания, в которых распространена эта практика, включают Бенин, Буркину-Фасо, Центральноафриканскую Республику, Чад, Кот-д'Ивуар, Джибути, Египет, Эритрею, Эфиопию, Гану, Гвинею, Гвинею-Бисау, Кению, Либерию, Мавританию, Нигер, Нигерию, Сенегал, Сомали, Судан, Того, Уганду, Объединенную Республику Танзания и Йемен. В Камеруне, Гамбии, Мали, Сьерра-Леоне законов против нанесения увечий женским гениталиям/обрезанию не существует.

<sup>5</sup> Совместная программа ЮНФПА-ЮНИСЕФ по борьбе с нанесением увечий женским гениталиям/обрезанием: Активизация перемен. Расширение масштабов применения всестороннего подхода с целью положить конец этой практике в 15 африканских странах. Ежегодный доклад, 2012 г. Нью-Йорк: Детский фонд Организации Объединенных Наций.

43. После подготовки последнего доклада о ходе работы в 2011 г. программы, которые были введены в действие по инициативе государств-членов в целях решения проблемы нанесения увечий женским гениталиям, охватывают инициативу по защите новорожденных девочек в Судане и включение информации о нанесении увечий женским гениталиям в национальную учебную программу в Сенегале. Международный день полной нетерпимости к практике нанесения увечий женским гениталиям, который ежегодно отмечается 6 февраля, дает возможность странам проводить активную работу по повышению осведомленности о такой практике<sup>1</sup>.

44. С 2010 г. многие тысячи общин во всей Африке публично заявили о своем решении прекратить практику нанесения увечий женским гениталиям<sup>2</sup>. В Гамбии, Кении, Сомали, Уганде и Объединенной Республике Танзания введены в практику альтернативные переходные ритуалы, организуемые на общинном уровне, имеющие целью оказать соответствующее воздействие в целях отказа от этой практики. Активизировалась поддержка, с тем чтобы положить конец практике нанесения увечий женским гениталиям, и среди религиозных лидеров. В 2011 г. религиозные лидеры из восьми западноафриканских стран, Египта и Судана осудили эту практику<sup>2</sup>. В 2012 г. против практики нанесения увечий женским гениталиям<sup>2</sup> открыто выступили 4178 религиозных и традиционных лидеров в 15 африканских странах<sup>3</sup>, и 730 религиозных лидеров в восьми африканских странах<sup>4</sup> осудили какую бы то ни было связь между нанесением увечий женским гениталиям и религией<sup>2</sup>.

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

46. Секретариат продолжал играть ведущую роль и оказывать поддержку в усилиях на национальном и международном уровнях с целью искоренить практику нанесения увечий женским гениталиям, особенно в таких областях деятельности, как политический диалог, укрепление информационных систем по отслеживанию прогресса, информационно-разъяснительная работа и исследования, в том числе в Эфиопии и Нигерии, исследования проблематики психологических последствий,

---

<sup>1</sup> Международный день отмечается в следующих странах: Буркина-Фасо, Джибути, Египет, Эритрея, Эфиопия, Гамбия, Гвинея, Гвинея-Бисау, Кения, Мали, Мавритания, Сенегал, Сомали, Судан и Уганда.

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

<sup>3</sup> Буркина-Фасо, Джибути, Египет, Эритрея, Эфиопия, Гамбия, Гвинея, Гвинея-Бисау, Кения, Мали, Мавритания, Сенегал, Сомали, Судан и Уганда.

<sup>4</sup> Джибути, Эритрея, Эфиопия, Гамбия, Гвинея-Бисау, Кения, Мавритания и Сенегал.

обусловленных нанесением увечий женским гениталиям, и исследование взаимосвязи между образованием фистулы и нанесением увечий женским гениталиям в Сьерра-Леоне. Секретариат также рассмотрел различные подходы к работе с целью (i) положить конец этой практике<sup>1</sup> и (ii) принять меры в целях количественного определения этой цели<sup>2</sup> и обобщил имеющиеся данные. ВОЗ, в сотрудничестве с ЮНФПА и другими партнерами, поддержала идею создания Африканского координационного центра по прекращению практики нанесения увечий женским гениталиям, который базируется в Найробийском университете.

47. Поддержка этих усилий будет продолжена и усилена в вышеперечисленных областях, включая научные исследования и руководство в отношении эффективных мероприятий для предотвращения этой практики, а также улучшение клинической помощи женщинам, гениталиям которых были нанесены увечья, в сотрудничестве с государствами-членами, национальными и региональными центрами и партнерскими организациями, в частности с совместной программой ЮНФПА-ЮНИСЕФ по борьбе с нанесением увечий женским гениталиям.

48. Секретариат оказывает техническую поддержку Судану в реализации рассчитанной на несколько лет инициативы по решению проблемы нанесения увечий женским гениталиям в сотрудничестве с правительством Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии. В 2012 г. Секретариат внес также конструктивный вклад в принятие Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций соответствующей резолюции по активизации усилий на глобальном уровне с целью положить конец практике нанесения увечий женским гениталиям<sup>3</sup>.

## **Г. МОЛОДЕЖЬ И РИСКИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ (резолюция WHA64.28)**

49. Предыдущий вариант этого доклада был принят к сведению Исполнительным комитетом на его Сто тридцать четвертой сессии<sup>4</sup>. Данные были пересмотрены с учетом оценок смертности среди подростков за 2012 г. и пересмотренной распространенности поведения в отношении здоровья, которые будут включены в доклад ВОЗ о здоровье для подростков в мире, который выйдет в 2014 году.

50. Основными причинами смертности в возрастной группе от 10 до 19 лет являются дорожно-транспортный травматизм, ВИЧ/СПИД, самоубийства, инфекция нижних

---

<sup>1</sup> Johansen REB, Nafissatou JD, Laverack G, Leye L. What works and what does not: a discussion of popular approaches for the abandonment of female genital mutilation. *Obstet Gynecol Int.* 2013; 2013:348248.

<sup>2</sup> Yoder PS, Wang S, Johansen E. Estimates of female genital mutilation/cutting in 27 African countries and Yemen. *Stud Fam Plann.* 2013; 44(2):189–204.

<sup>3</sup> Резолюция 67/146 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций.

<sup>4</sup> См. протокол Сто тридцать четвертой сессии Исполнительного комитета, четырнадцатое заседание, раздел 5 (документ EB134/2014/REC/2).

дыхательных путей и межличностное насилие<sup>1</sup>. Как показывают результаты обследования в возрастной группе от 13 до 15 лет<sup>2</sup>, в некоторых странах с высоким уровнем доходов распространенность употребления алкоголя несовершеннолетними и эпизодических запоев снижается, а распространенность употребления алкоголя в некоторых странах с низким уровнем доходов в последние 30 дней может достигать 60%. Показатели избыточного веса и ожирения растут в странах с низким и средним уровнем дохода, особенно в городах, причем в некоторых случаях распространенность ожирения среди 13–15-летних достигает 40%. Ни в одной стране ежедневная физическая нагрузка подростков не соответствует ежедневному рекомендуемому уровню. Распространенность текущего курения сигарет среди 13–15-летних также снижается, однако может достигать 33%<sup>3</sup>, а 41% людей в этой возрастной группе регулярно подвергаются воздействию вторичного табачного дыма<sup>4</sup>. Как сообщается, также широко распространена травля, причем в некоторых случаях она достигает 67% и может ассоциироваться с заболеваемостью психическими болезнями во взрослом возрасте. Во всем мире заболеваемости среди девочек-подростков способствуют два фактора риска: небезопасный секс, ведущий к передаче половых инфекций, включая ВИЧ, а также отсутствие контрацепции, приводящее к беременности высокого риска. В настоящее время также признаются последствия ранних браков и потребности подростков, живущих с ВИЧ.

51. Эти вопросы нашли отражение в политике здравоохранения многих государств-членов, причем в большинстве случаев главным образом упор делается на репродуктивное здоровье и ВИЧ/СПИД<sup>5</sup>. В глобальных масштабах 169 стран осуществили по крайней мере одну из мер по сокращению спроса на табак. Согласно данным о национальной политике по табаку, 16% подростков в мире находятся под защитой всеобъемлющих законов о запрете курения, а 10% защищены запретами на рекламу, стимулирование продаж и спонсорство<sup>6</sup>. Большинство стран Европейского региона частично или полностью осуществили политику, ограничивающую маркетинг

---

<sup>1</sup> Всемирная организация здравоохранения. Сводные таблицы глобальных оценок состояния здоровья за 2013 г.: случаи смерти в разбивке по причинам, возрасту и полу по региональным группам ВОЗ и классификации доходов Всемирного банка, 2000-2012 гг. (предварительные оценки, февраль 2014 г.). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 год.

<sup>2</sup> Глобальное обследование здоровья учащихся школ (GSHS). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г. (<http://www.who.int/chp/gshs/en/>, по состоянию на 21 октября 2013 г.).

<sup>3</sup> Global Youth Tobacco Survey (GYTS) – Country Reports. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://www.who.int/tobacco/surveillance/country\\_reports/en/](http://www.who.int/tobacco/surveillance/country_reports/en/), по состоянию на 21 октября 2013 г.).

<sup>4</sup> Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. Geneva: World Health Organization; 2011.

<sup>5</sup> Около 84% документов по национальной политике в области здравоохранения, входящих в базу данных ВОЗ по вопросам национальных циклов планирования, содержат ссылку на подростков ([http://www.who.int/nationalpolicies/resources/resources\\_database/en/](http://www.who.int/nationalpolicies/resources/resources_database/en/), по состоянию на 21 октября 2013 г.).

<sup>6</sup> WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva: World Health Organization; 2013.

продуктов питания и напитков, нацеленный на детей и подростков<sup>1</sup>. Установление более низких уровней концентрации алкоголя в крови ( $\leq 0,02$  г/дл) является эффективным средством сокращения числа аварий в результате управления транспортным средством в нетрезвом состоянии в этой возрастной группе. Эта политика в настоящее время применяется в 42 странах (23%)<sup>2</sup>. Национальные меры политики в отношении вакцинации подростков варьируются между странами. Широкий интерес, проявляемый к введению вакцины против вируса папилломы человека, открывает возможности для повышения информированности о необходимости вакцинации подростков бустерными дозами против столбняка, дифтерии и менингококка и проведения подчищающей вакцинации против краснухи, кори и гепатита В, если подростки не подверглись вакцинации в полном объеме в грудном возрасте.

52. Значение раннего проведения мероприятий по профилактике самоубийств среди молодежи подчеркивается в комплексном плане действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг., который был принят Всемирной ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA66.8 на Шестидесят шестой сессии, равно как и глобальный механизм мониторинга профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними (резолюция WHA66.10). Этот механизм предусматривает в отношении подростков конкретные показатели употребления алкоголя и табака, физической активности, избыточного веса и ожирения. В сотрудничестве с партнерами по Организации Объединенных Наций, с гражданским обществом и молодежью разработаны технические руководящие указания. Например, ВОЗ выпустила руководства по предотвращению ранней беременности и неблагоприятных исходов в области репродуктивного здоровья среди подростков; по тестированию на ВИЧ и консультированию, а также по помощи подросткам, живущим с ВИЧ; и о ведении состояний, конкретно связанных со стрессом, включая ряд рекомендаций по подросткам. Вопрос об осуществлении существующих стратегий применительно к молодежи будет рассматриваться в глобальных докладах по алкоголю, самоубийствам, предотвращению насилия, а также в докладе, который будет озаглавлен *Здоровье для подростков в мире*, которые ВОЗ планирует опубликовать в 2014 году.

53. Существующие в настоящее время в Организации механизмы координации деятельности, связанной со здоровьем молодежи, являются неадекватными. Нехватка как финансовых, так и людских ресурсов особенно негативно сказалась на систематическом оказании странам поддержки в реализации существующих стратегий. Региональное бюро для стран Африки недавно взялось за решение этой проблемы, наняв консультанта по вопросам здоровья подростков, который может оказать поддержку странам. Ссылки на здоровье молодежи содержатся в ряде категорий Программного бюджета на 2014-2015 гг. (где также упоминается показатель

---

<sup>1</sup> Marketing of foods high in fat, salt and sugar to children: update 2012–2013. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.

<sup>2</sup> Доклад о состоянии дорожного движения в мире, 2013 г.: поддержать десятилетие действий. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 год.

рождаемости у подростков), который был утвержден Шестидесят шестой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения.

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

54. На своей Сто тридцать четвертой сессии Исполнительный комитет принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада<sup>1</sup> с обновлением текста в пунктах 56-59.

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

56. В тесной координации с ЮНИСЕФ и ЮНФПА ВОЗ продолжала оказывать поддержку в подготовке на основе фактических данных и с учетом потребностей планов в области репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей в поддержку осуществления рекомендаций Комиссии в восьми странах-«первопроходцах»<sup>2</sup>. К числу результатов этой работы относится разработка Федеральным министерством здравоохранения в Нигерии, в числе прочего, комплексной системы обеспечения доступа к спасающим жизнь товарам, под эгидой которой амоксициллин был зафиксирован в качестве однозначного лечения первой линии от пневмонии, было включено использование всех соответствующих неонатальных товаров в процессе осуществления национальной политики перераспределения задач; ведется обновление перечней основных лекарственных средств на федеральном уровне и в штатах; и разрабатываются гармонизированные программы подготовки кадров.

57. Деятельность по улучшению доступа к спасающим жизнь товарам включает оказание технической поддержки в вопросах политики, регулирования и в технической области. Был обновлен Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств; 18-й перечень был выпущен в апреле 2013 г. и включает (i) уточнения по использованию хлоргексидина и (ii) перечень антенатальных кортикостероидов. Были обновлены лечебные методические указания по оказанию медицинской помощи новорожденным в помощь медработникам, обеспечивающим безопасное эффективное

---

<sup>1</sup> См. протокол Сто тридцать четвертой сессии Исполнительного комитета, четырнадцатое заседание, раздел 5 (документ EB134/2014/REC/2).

<sup>2</sup> Демократическая Республика Конго, Эфиопия, Малави, Нигерия, Сенегал, Сьерра-Леоне, Уганда и Объединенная Республика Танзания.

лечение с использованием спасающих жизнь товаров<sup>1</sup>, и был подготовлен свод методических указаний для улучшения доступа к критически важной информации. Были приняты стратегии в поддержку стран с целью адаптации этой информации и оказания поддержки в проведении основанных на фактических данных обзоров национальных мер политики в государствах-членах.

58. В июне 2013 г. Секретариат организовал процессы сотрудничества в странах с целью разработки спецификаций по педиатрической продукции и медицинским устройствам и определения соответствующих методов контроля качества и регулирования. В случаях отсутствия согласия со стороны требовательных нормативных систем были созданы Группы экспертов по обзору для обеспечения качества и содействия оперативной закупке основных товаров для обеспечения репродуктивного здоровья. В настоящее время проводятся обследования с целью определения статуса намеченных товаров в плане регулирования и качества. Отбираются пробы продукции на местных рынках с целью обеспечения информации о направленности технического содействия, усилий по формированию рынков и подходов, учитывающих риски. Оказывается техническая поддержка производителям цинка, пероральных регидрационных солей и амоксициллина, чтобы облегчить им получение согласия от требовательных нормативных органов.

59. На глобальном уровне ВОЗ играет активную роль в формировании и продолжающемся конфигурировании руководящего комитета по репродуктивному здоровью, здоровью матерей, новорожденных и детей<sup>2</sup>. Руководящий комитет является неофициальной группой, призванной согласовать и гармонизировать глобальные финансовые потоки на цели репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей, с тем чтобы улучшить реагирование на запросы стран и ликвидировать существующие пробелы, например путем максимизации дополнительных финансовых потоков в рамках «единого странового плана», а также обеспечения привязки глобальных инициатив к страновым планам. Для этого целевая группа, созданная на ограниченный период времени, анализирует процессы взаимодействия стран с целью максимизации потоков финансирования, например Инновационного целевого фонда по обеспечению результатов в области здравоохранения, Инициативы Н4+ и вновь созданного Целевого фонда RMNCH.

60. В порядке поддержки рекомендаций Комиссии Организации Объединенных Наций по информации и подотчетности в отношении здоровья женщин и детей ВОЗ и

---

<sup>1</sup> WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva: World Health Organization; 2013

<sup>2</sup> Членами этого руководящего комитета являются представители доноров и стран-получателей: Канада, Эфиопия, Франция, Нигерия, Норвегия, Сенегал, Швеция, Объединенная Республика Танзания и Канцелярия Генерального секретаря Организации Объединенных Наций, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Всемирный банк, Бюро специального посланника Генерального секретаря Организации Объединенных Наций по финансированию Целей тысячелетия в области развития и малярии, Фонд Организации Объединенных Наций, Партнерство по здоровью матерей и детей, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Альянс ГАВИ, Фонд Билла и Мелинды Гейтс, Агентство международного развития Соединенных Штатов Америки и Инициатива Клинтона по обеспечению доступа к здравоохранению.

ее партнеры также ведут работу по улучшению организации измерения результатов и подотчетности в отношении различных инициатив, осуществляемых под эгидой Глобальной стратегии Генерального секретаря Организации Объединенных Наций по обеспечению здоровья женщин и детей с использованием семи принципов международного партнерства в области здравоохранения и сопутствующих инициатив (ИНР+). В рамках поддержки, оказываемой независимой Группе экспертов по обзору, ВОЗ представляет информацию о прогрессе в направлении осуществления рекомендаций Комиссии Организации Объединенных Наций по спасающим жизнь товарам.

## **Н. ИЗМЕНЕНИЕ КЛИМАТА И ЗДОРОВЬЕ (резолюция EB124.R5)**

61. Исполнительный комитет на своей Сто тридцать четвертой сессии принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада<sup>1</sup>. Нижеследующий вариант обновлен в свете сделанных замечаний (см. пункт 68).

62. Данный доклад представлен в соответствии с просьбой Исполкома в резолюции EB124.R5 относительно ежегодного доклада о прогрессе в осуществлении резолюции WHA61.19 и плана работы ВОЗ по изменению климата и здоровью.

63. Свои усилия по углублению понимания этой проблематики Секретариат сосредоточил на повышении устойчивости систем здравоохранения; на гарантиях таких экологических детерминантов здоровья, как водоснабжение и санитария; а также на сокращении бремени болезни в результате загрязнения воздуха при сокращении выбросов парниковых газов. Для привлечения внимания к взаимосвязи между различными элементами были использованы следующие возможности: региональные и министерские совещания по здравоохранению и окружающей среде и подготовительные сессии к ним; а также такие мероприятия министерского уровня, как совещание по здоровью, загрязнению воздуха и изменению климата, которое состоялось в ходе Шестидесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, и совещание по повышению устойчивости здоровья к климатическим изменениям, которое было организовано на девятнадцатой сессии Конференции Сторон Рамочной конвенции Организации Объединенных Наций по климатическим изменениям, в связи с чем ВОЗ предложила подготовку кадров и спонсировала участие представителей здравоохранения. Секретариат также участвовал в организации совещания на высшем уровне тех неправительственных организаций, которые работают в области здоровья и изменения климата, и представителей правительств и органов системы Организации Объединенных Наций<sup>2</sup>.

64. ВОЗ по-прежнему возглавляла медико-санитарную составляющую ответных мер Организации Объединенных Наций на изменение климата посредством переговорного

---

<sup>1</sup> См. документ EB134/53, Н. Изменение климата и здоровье (резолюции EB124.R5 и WHA61.19) и протокол Сто тридцать четвертой сессии Исполнительного комитета, четырнадцатое заседание, раздел 5.

<sup>2</sup> <http://www.climateandhealthalliance.org/summit/climate-and-health-summit>, по состоянию на 13 ноября 2013 года.

процесса Рамочной конвенции Организации Объединенных Наций по климатическим изменениям, региональных координационных механизмов, а также в качестве ведущего учреждения по вопросам здоровья в страновых группах Организации Объединенных Наций. В число ее основных партнеров входят: секретариат Рамочной конвенции Организации Объединенных Наций по климатическим изменениям, ПРООН, ВМО и ЮНЕП, региональные и субрегиональные учреждения и органы (например, Экономическая и Социальная комиссия Организации Объединенных Наций для Западной Азии, Лига Арабских государств и Европейский союз), двусторонние учреждения по вопросам развития и сотрудничающие центры ВОЗ. Эти партнерства поддерживают целый диапазон программных областей, включая применение информации об изменении климата в связанной со здоровьем деятельности, которая осуществляется с ВМО, разработку учебных материалов с Учебным и научно-исследовательским институтом Организации Объединенных Наций и осуществление страновых проектов с ПРООН. ВОЗ также присоединилась к Коалиции за сохранение климата и чистоты воздуха по сокращению коротко живущих загрязняющих климат веществ.

65. Секретариат участвовал в подготовке Пятого оценочного доклада Межправительственной группы по климатическим изменениям и представлял сектор здравоохранения в программе работы по потерям и ущербу, которая была создана Рамочной конвенцией Организации Объединенных Наций по климатическим изменениям, а также в Найробийской программе работы Рамочной конвенции по воздействию, уязвимости и адаптации к климатическим изменениям. Секретариат также опубликовал руководство по оценке экономического ущерба и адаптационных расходов<sup>1</sup>, а также по учету гендерных факторов в медико-санитарных адаптационных программах<sup>2</sup> наряду с обзором воздействия наводнений на здоровье и профилактических мер в Европейском регионе<sup>3</sup>. Новая инициатива ВОЗ направлена на определение исследовательских приоритетов в соответствии с пунктом 2 резолюции WHA61.19 для завершения к концу 2014 года. Также были уточнены оценки бремени болезней, вызываемых загрязнением воздуха; была проанализирована связь между энергией, здоровьем и изменением климата в контексте домашних хозяйств; а также была разработана методика оценки воздействия на здоровье для определения преимуществ для здоровья в результате сокращения загрязнения воздуха в связи с более экологичным транспортом.

66. Секретариат осуществлял мониторинг и оказывал поддержку выполнению резолюции WHA61.19, а также связанных региональных механизмов действий посредством предоставления технических руководств о разработке компонента здоровья национальных адаптационных планов, а также посредством практикумов с

---

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

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

<sup>3</sup> Наводнения в Европейском регионе ВОЗ: неблагоприятные последствия для здоровья и их предупреждение. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 год.

привлечением стран во всех регионах (все 58 государств-членов в регионах Африки и Юго-Восточной Азии, 32 – в Регионе стран Америки, 12 – в Европейском регионе, 8 – в Регионе Восточного Средиземноморья и 14 – в Регионе Западной части Тихого океана). Также распространяются новые учебные материалы, например по конкретным областям особого внимания, в том числе по изменению климата, водным ресурсам и здоровью.

67. При помощи правительств Германии, Норвегии, Республики Корея и Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии вместе с Глобальным экологическим фондом и Фондом достижения Целей развития тысячелетия Секретариат координировал крупномасштабные экспериментальные проекты по адаптации общественного здравоохранения к изменению климата в Албании, Бангладеш, Барбадосе, Бутане, Камбодже, Китае, Эфиопии, Фиджи, Иордании, Казахстане, Кении, Кыргызстане, Малави, Монголии, Непале, Папуа-Новой Гвинее, Филиппинах, Российской Федерации, Таджикистане, бывшей югославской Республике Македония, Объединенной Республике Танзания и Узбекистане.

68. ВОЗ примет Глобальную конференцию по общественному здравоохранению и изменению климата в Женеве 27–29 августа 2014 года. По результатам Конференции будут внесены коррективы в нынешний план работы ВОЗ по изменению климата и здоровью. После этого Секретариат представит свое предложение по обновленному плану работы на рассмотрение Сто тридцать шестой сессии Исполнительного комитета.

## **Системы здравоохранения**

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

69. Исполнительный комитет на своей Сто тридцать четвертой сессии принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада<sup>1</sup> с обновлением (см. пункты 78, 79, 81, 83, 84 и 85).

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

---

<sup>1</sup> См. протокол Сто тридцать четвертой сессии Исполнительного комитета, четырнадцатое заседание, раздел 5 (документ EB134/2014/REC/2).

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

72. Ключевую роль в осуществлении глобальной стратегии играет Специальная программа исследований и подготовки кадров в области тропических болезней/ЮНИСЕФ/ПРООН/Всемирного банка/ВОЗ. В число мероприятий, осуществляемых Специальной программой по содействию научным исследованиям и разработкам в связи с наиболее необходимыми медицинскими изделиями и технологиями в развивающихся странах, входят: создание консорциума по подготовке новых руководящих указаний по прогнозированию, выявлению вспышек денге и реагированию на них; завершение подготовки к новым исследованиям по вопросам воздействия изменений климата на трансмиссивные болезни в Африке; и выпуск *Глобального доклада об исследованиях в области инфекционных болезней бедности, 2012 год*<sup>2</sup>.

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

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

75. Секретариат идентифицировал биотерапевтическую продукцию как сферу, где передача технологий и местное производство могут повлиять на цены и доступ. В целях содействия такой деятельности Секретариат создает в Нидерландах центр передачи технологий, который изначально обеспечит доступные по стоимости моноклональные антитела против респираторного синцитиального вируса. Эта инфекция является одной из основных причин госпитализации детей грудного возраста

---

<sup>1</sup> Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2013 г.: научные исследования для обеспечения всеобщего охвата медико-санитарным обслуживанием. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 год.

<sup>2</sup> Global report for research on infectious diseases of poverty 2012. Geneva: World Health Organization; 2012.

во всем мире, а единственная имеющаяся в настоящее время мера вмешательства не доступна по стоимости в большинстве стран. Кроме того, Секретариат продолжает передачу технологий для организации местного производства моноклональных антител против бешенства, и один из трех институтов развивающихся стран, получивших технологии, завершил ранние клинические оценки моноклональных антител местного производства. Секретариат также продолжает поддерживать передачу технологий и местное производство вакцин против гриппа, и из 14 производителей развивающихся стран, участвующих в текущем проекте передачи технологий для производства вакцин против пандемического гриппа в развивающихся странах, пять на сегодняшний день зарегистрировали вакцины против гриппа местного производства, увеличив глобальный потенциал на 300 миллионов доз вакцин против пандемического гриппа.

76. В процессе осуществления элемента 5 глобальной стратегии (Применение принципов интеллектуальной собственности на практике и управление ими в целях содействия инновационной деятельности и укреплению общественного здравоохранения) ВОЗ, ВОИС и ВТО опубликовали исследование *Содействие доступу к медицинским инновациям: точки пересечения между здоровьем, интеллектуальной собственностью и торговлей*<sup>1</sup>, которое предназначено для лиц, формулирующих политику, законодателей, государственных должностных лиц, международных организаций, неправительственных организаций и исследователей. В сотрудничестве с ВОЗ ВОИС провела патентное ландшафтное обследование по отдельным вакцинам<sup>2</sup> с целью определить, где проводятся исследования этих вакцин и в какой мере интеллектуальная собственность может создавать препятствия для производства новых вакцин<sup>3</sup>.

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

78. В связи с элементом 6 глобальной стратегии (Улучшение доставки и доступа), который предусматривает усиление программы преквалификации ВОЗ, ВОЗ упростила преквалификацию средств диагностики, лекарств и вакцин, объединив эти функции в рамках одного подразделения, входящего в Департамент основных лекарственных средств и изделий медицинского назначения. На 31 декабря 2013 г. ВОЗ провела преквалификацию 371 медицинского изделия (из них 62 в 2013 г.: 27 изделий для лечения ВИЧ/СПИДа; 17 противотуберкулезных препаратов; 10 препаратов для обеспечения репродуктивного здоровья; 7 противомаларийных препаратов и одного

---

<sup>1</sup> World Health Organization, World Intellectual Property Organization and World Trade Organization. Promoting access to medical technologies and innovation: intersections between public health, intellectual property and trade. Geneva: World Health Organization; 2012.

<sup>2</sup> Конъюгатные вакцины против пневмококковой инфекции и тифа у людей и вакцины от гриппа человека.

<sup>3</sup> Patent landscape report on vaccines for selected infectious diseases. Geneva: World Intellectual Property Organization; 2012.

препарата для лечения забытой тропической болезни), 51 активного фармацевтического ингредиента (23 в 2013 г.), 134 вакцин, 27 диагностических изделий и устройств медицинского назначения (26 диагностических изделий, например для использования в целях ранней диагностики ВИЧ у детей раннего возраста, и одного устройства для мужского обрезания) и 29 лабораторий по контролю качества лекарств, охватывающих все регионы ВОЗ (трех в 2013 г.).

79. Работа Секретариата по усилению потенциала регулирующих органов основана, по возможности, на оценке ВОЗ национальных систем регулирования. Разработано практическое руководство по проведению оценки и самооценки с использованием стандартизированной методики ВОЗ по сбору данных. Работа по усилению систем регулирования сосредоточена, главным образом, на:

- разработке Методики ВОЗ по сбору данных для обзора систем регулирования лекарств с охватом всех изделий (включая лекарственные средства, вакцины, средства диагностики и устройства)
- проведении оценок потенциала в области регулирования в приоритетных странах (включая Китай, Индию, Вьетнам и некоторые африканские страны), подготовке планов развития учреждений и оказании требуемой технической поддержки
- содействии созданию сетей, взаимодействию и гармонизации в области регулирования с помощью поддерживаемых ВОЗ сетей (включая сеть национальных центров по фармаконадзору в рамках Программы ВОЗ по международному мониторингу лекарств, Сеть органов, регулирующих вакцины в развивающихся странах, и Африканский форум по регулированию вакцин) и оказании секретариатской поддержки и/или технической помощи для некоторых региональных и субрегиональных инициатив по гармонизации (таких как Панамериканская сеть по гармонизации регулирования лекарственных средств и Инициатива африканских стран по гармонизации регулирования медицинской продукции, с акцентом на страны Восточноафриканского сообщества)
- усилении национальных лабораторий по контролю лекарственных средств и вакцин путем, например, преквалификации национальных лабораторий по контролю качества
- оказании поддержки странам в усилении их потенциала для мониторинга безопасности и эффективности продаваемых изделий
- обеспечении возможностей для подготовки сотрудников регулирующих органов (более 1700 на сегодняшний день), местных представителей производителей и разных партнеров в различных технических областях, таких как надлежащая практика производства, оценка качества, безопасности и эффективности изделий, нормативный надзор за клиническими испытаниями, фармаконадзор и лабораторный контроль качества.

80. Альянс по изучению политики и систем здравоохранения в сотрудничестве с ВОЗ готовит доклад (выйдет в 2014 г.) о доступе к лекарственным средствам и о их ценовой доступности и надлежащем использовании. Доклад будет содержать информацию по инновационным мероприятиям, включая обеспечение лекарственных средств в качестве элемента всеобщего охвата медико-санитарным обслуживанием, и об осуществлении мероприятий на частных рынках или в рамках сообществ пациентов.

81. В связи с элементом 7 (Продвижение устойчивых механизмов финансирования) Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2012 г. рассмотрела доклад Консультативной рабочей группы экспертов по научным исследованиям и разработкам: финансирование и координация<sup>1</sup> и приняла резолюцию WHA65.22. После проведения серии национальных, региональных и глобальных консультаций по выводам этого доклада Шестьдесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла резолюцию WHA66.22, одоблив стратегический план работы, который в ней содержится. Секретариат продолжает предпринимать шаги, запрошенные в пункте 4 этой резолюции, включая создание глобальной обсерватории по научным исследованиям и разработкам в области здравоохранения, определение и содействие в осуществлении ряда демонстрационных проектов по научным исследованиям и разработкам в области здравоохранения для принятия мер в отношении выявленных пробелов, которые диспропорционально влияют на развивающиеся страны, проведение обзора существующих механизмов с тем, чтобы оценить их пригодность для осуществления функции координации научных исследований и разработок в области здравоохранения и изучение и оценку существующих механизмов предоставления средств на научные исследования и разработки в области здравоохранения.

82. В связи с элементом 8 (Создание систем мониторинга и отчетности) Секретариат в сотрудничестве с Региональным бюро для стран Америки разрабатывает глобальную платформу в отношении инноваций и доступа – онлайн-портал для мониторинга прогресса, достигнутого государствами-членами и другими заинтересованными сторонами, в осуществлении глобальной стратегии. Эта платформа включает информационный центр, хранилище знаний и виртуальный форум по инновациям. Ввод в действие информационного центра запланирован на апрель 2014 года.

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

---

<sup>1</sup> См. протоколы одиннадцатого заседания Комитета А Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, раздел 2 (документ WHA65/2012/REC/3).

по научным исследованиям и разработкам в области здравоохранения, и определены конкретные демонстрационные проекты.

84. Региональная платформа ПАОЗ по доступу и инновациям в отношении технологий здравоохранения является фундаментальным элементом стратегии ПАОЗ в области технического сотрудничества для осуществления глобальной стратегии. Эта Платформа функционирует с мая 2012 г., но получает все более широкое признание как канал обмена информацией, осуществления сотрудничества и получения подтвержденной информации для принятия решений в связи с технологиями в области здравоохранения в Регионе стран Америки. Кроме того, ПАОЗ провела официальные консультации и процесс отбора демонстрационных проектов в соответствии с резолюцией WHA66.22 и рекомендациями, содержащимися в докладе Консультативной рабочей группы экспертов по научным исследованиям и разработкам: финансирование и координация<sup>1</sup>.

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

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

86. Исполнительный комитет на своей Сто тридцать четвертой сессии в январе 2014 г. принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада о ходе работы<sup>2</sup> с обновлением текста в пунктах 87 и 91.

87. В ответ на резолюцию WHA63.12, принятую в 2010 г., государства-члены и Секретариат осуществили многочисленные инициативы.

88. **Самообеспеченность на основе добровольного безвозмездного донорства.** Количество и доля случаев добровольного безвозмездного донорства крови, сообщаемых в Глобальную базу данных ВОЗ о безопасности крови, ежегодно возрастают; в 2011 г. 71 страна сообщила о том, что более 90% ее запасов крови было обеспечено за счет добровольного безвозмездного донорства крови по сравнению с

---

<sup>1</sup> Документ A65/24, Приложение.

<sup>2</sup> См. протокол Сто тридцать четвертой сессии Исполнительного комитета, четырнадцатое заседание, раздел 5 (документ EB134/2014/REC/2).

66 странами в 2008 году. Было выпущено Совместное заявление экспертов ВОЗ<sup>1</sup>, содержащее глобальное определение самообеспеченности по крови и продуктам крови на основе добровольного безвозмездного донорства крови и стратегии и механизмы для ее достижения. В 2013 г. Глобальный форум ВОЗ по безопасности крови определил приоритетные потребности для достижения самообеспеченности и укрепления систем обеспечения крови, а ВОЗ опубликовала доклад «К достижению самообеспеченности по безопасным крови и продуктам крови на основе добровольного безвозмездного донорства: глобальная ситуация в 2013 г.»<sup>2</sup>. В октябре 2013 г. в сотрудничестве с Правительствами Италии и Японии ВОЗ созвала форум высокого уровня для лиц, формирующих политику, на котором была принята Римская декларация о достижении самообеспеченности по безопасным крови и продуктам крови на основе добровольного безвозмездного донорства<sup>3</sup>. Растет число стран, продолжающих отмечать Всемирный день донора крови с уделением особого внимания кампаниям донорства крови. ВОЗ вместе с Международной федерацией обществ Красного Креста и Красного Полумесяца предоставила глобальное руководство в своей публикации на разных языках<sup>4</sup>. Она также опубликовала руководящие принципы для отбора доноров крови (2012 г.)<sup>5</sup> и консультирования доноров (2013 г.)<sup>6</sup> и подготовила учебные материалы по правильному обращению с донорами крови.

**89. Системы обеспечения запасов крови.** Резолюция WHA63.12 заложила основу для проведения основных реформ системы обеспечения крови путем усиления лидерства и управления во многих странах. Помимо опубликования рекомендаций в отношении скрининга донорской крови на гемотрансмиссивные инфекции<sup>7</sup> и руководства по вопросам политики в виде памятной записки о развитии национальных

---

<sup>1</sup> Expert consensus statement on achieving self-sufficiency in safe blood and blood products based on voluntary non-remunerated donation ([http://www.who.int/entity/bloodsafety/expert\\_consensus\\_statement\\_self-sufficiency.pdf](http://www.who.int/entity/bloodsafety/expert_consensus_statement_self-sufficiency.pdf), по состоянию на 25 февраля 2014 г.).

<sup>2</sup> Towards self-sufficiency in safe blood and blood products based on voluntary non-remunerated donation: global status 2013. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://www.who.int/entity/bloodsafety/transfusion\\_services/WHO\\_GlobalStatusReportSelf-SufficiencyinBloodBloodProducts.pdf](http://www.who.int/entity/bloodsafety/transfusion_services/WHO_GlobalStatusReportSelf-SufficiencyinBloodBloodProducts.pdf), по состоянию на 25 февраля 2014 г.).

<sup>3</sup> The Rome Declaration on Achieving Self-Sufficiency in Safe Blood and Blood Products based on Voluntary Non-Remunerated Donation ([http://www.who.int/bloodsafety/transfusion\\_services/romedeclarationself-sufficiencysafebloodbloodproductsVNRD.pdf](http://www.who.int/bloodsafety/transfusion_services/romedeclarationself-sufficiencysafebloodbloodproductsVNRD.pdf), по состоянию на 25 февраля 2014 г.).

<sup>4</sup> К стопроцентному добровольному донорству крови: глобальная стратегия действий. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 год.

<sup>5</sup> Blood donor selection: guidelines on assessing donor suitability for blood donation. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://www.who.int/bloodsafety/publications/bts\\_guideline\\_donor\\_suitability/en/](http://www.who.int/bloodsafety/publications/bts_guideline_donor_suitability/en/), по состоянию на 19 февраля 2014 г.).

<sup>6</sup> Blood donor counselling: implementation guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://www.who.int/entity/bloodsafety/voluntary\\_donation/Blooddonorcounselling.pdf](http://www.who.int/entity/bloodsafety/voluntary_donation/Blooddonorcounselling.pdf), по состоянию на 25 февраля 2014 г.).

<sup>7</sup> Скрининг донорской крови на гемотрансмиссивные инфекции: рекомендации. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 г. ([http://www.who.int/bloodsafety/publications/bts\\_screendondbloodtransf/ru/](http://www.who.int/bloodsafety/publications/bts_screendondbloodtransf/ru/), по состоянию на 25 февраля 2014 г.).

систем обеспечения крови<sup>1</sup>, Секретариат оказывает техническую поддержку для усиления систем и потенциала кадровых ресурсов в ряде стран, включая Бангладеш, Бутан, Буркину-Фасо, Камбоджу, Эфиопию, Гаити, Лаосскую Народно-Демократическую Республику, Мали, Непал, Пакистан, Папуа-Новую Гвинею, Южный Судан и Уганду, путем проведения региональных и национальных семинаров по вопросам лидерства и управления, добровольного безвозмездного донорства крови, отбора доноров, скрининга крови гарантированного качества, управления данными о безопасности крови и холодной цепи для крови.

**90. Системы обеспечения качества и гемонадзор.** Методики и учебные материалы ВОЗ для улучшения качества управления службами переливания крови используются при разработке национальных стандартов и систем обеспечения качества во многих странах, включая Бангладеш, Бутан, Камбоджу, Китай, Казахстан, Кыргызстан, Непал, Пакистан, Папуа-Новую Гвинею, Южный Судан, Таджикистан и Вьетнам. По имеющимся данным, в 2011 г. о наличии национальной системы гемонадзора сообщила 71 страна по сравнению с 57 странами в 2008 году. В ноябре 2012 г. ВОЗ организовала глобальную консультацию с правительством Объединенных Арабских Эмиратов и ключевыми международными партнерами, включая Международную сеть гемонадзора и Международное общество по переливанию крови, в целях предоставления руководства по созданию национальных систем гемонадзора.

**91. Безопасное и рациональное использование крови и продуктов крови и правильное обращение с кровью пациентов.** В 2011 г. 109 стран сообщили о наличии национальных руководящих принципов по гемотрансфузии по сравнению с 90 странами в 2008 г.; 52 страны сообщили том, что более 50% их больниц имеют комитеты по переливанию крови по сравнению с 28 странами в 2008 году. ВОЗ выпустила руководство по вопросам политики в виде памятной записки о процессе гемотрансфузии в клинической практике и безопасности пациентов<sup>2</sup>, создала глобальный форум по правильному обращению с кровью пациентов; оказала техническую поддержку странам, включая Бангладеш, Непал и Уганду, путем создания потенциала и предоставления учебных материалов и методик по безопасной практике гемотрансфузии и безопасности пациентов; и организовала несколько консультаций и семинаров для целого ряда стран по надлежащему использованию крови, безопасным методикам гемотрансфузии и безопасности пациентов (включая межрегиональную консультацию по вопросам усиления роли медсестер и акушерок в обеспечении безопасной клинической гемотрансфузии и безопасности пациентов для 20 стран и субрегиональный семинар по безопасному и надлежащему использованию крови и безопасности пациентов для Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана и Узбекистана).

---

<sup>1</sup> WHO aide-mémoire for ministries of health: developing a national blood system. Geneva: World Health Organization; 2011 (документ WHO/EHT/11.01, доступно на [http://www.who.int/entity/bloodsafety/publications/am\\_developing\\_a\\_national\\_blood\\_system.pdf](http://www.who.int/entity/bloodsafety/publications/am_developing_a_national_blood_system.pdf), по состоянию на 25 февраля 2014 г.).

<sup>2</sup> Памятка ВОЗ для национальных органов и учреждений здравоохранения и администрации больниц: процесс гемотрансфузии в клинической практике и безопасность пациентов. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 г. (документ WHO/EHT/10.05, доступен в онлайн-режиме на ([http://www.who.int/bloodsafety/clinical\\_use/ru/](http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/ru/), по состоянию на 25 февраля 2014 г.).

92. **Национальные системы регулирования в области крови.** Секретариат оказывал поддержку с целью развития правовых регулирующих структур, включая обеспечение соблюдения и осуществление надлежащей практики производства в учреждениях службы крови и регулирование диагностических устройств *in vitro*, связанных с безопасностью крови. В этом контексте он опубликовал руководящие принципы по надлежащей практике производства для учреждений службы крови<sup>1</sup> и организовал региональные семинары для совместного участия национальных регулирующих органов и национальных служб крови. Организация опубликовала также документ о критериях оценки для национальных систем регулирования в области крови с изложением общей позиции Сети регулирующих органов ВОЗ в области крови и Комитета экспертов ВОЗ по биологической стандартизации<sup>2</sup>. ВОЗ работает с Обществом Африки по гемотрансфузии и регулирующими органами и национальными службами крови в Африке, Азии и Латинской Америке для обеспечения ввода в действие систем регулирования в области крови и улучшения местного производства плазмы хорошего качества из цельной донорской крови в странах с низким и средним уровнем доходов. В октябре 2013 г. ВОЗ опубликовала дополнение к Перечню основных лекарственных средств, содержащее кровь и компоненты крови (эритроциты, тромбоциты и свежезамороженную плазму) в качестве основных лекарственных средств. Эта мера должна способствовать улучшению наличия, безопасности и качества крови путем стимулирования государств-членов для инвестирования необходимых средств в создание и поддержание систем обеспечения качества в учреждениях службы крови.

93. **Международные биологические эталонные препараты ВОЗ.** После принятия резолюции WHA63.12 было изготовлено 34 биологических эталонных препарата ВОЗ в целях усиления контроля качества в областях, имеющих отношение к продуктам крови и диагностическим устройствам *in vitro*, связанным с безопасностью крови. Регулирующие органы определяют требования на основе биологических эталонных препаратов ВОЗ. Организация проводит работу по созданию эталонных панелей для оценки уровня эффективности наборов для диагностики гепатита и ВИЧ в отношении различных генотипов и подтипов, распространенных в разных регионах. Продвижение эталонных стандартов ВОЗ на продукты крови и соответствующие диагностические устройства *in vitro* осуществляется через онлайн-каталог Организации<sup>3</sup>, а также путем проведения семинаров и через международные профессиональные организации. Семинары и технические совещания, в которых участвуют страны из всех регионов, подтверждают свою эффективность для продвижения стандартов ВОЗ и получения замечаний и предложений от стран в отношении их ценности.

94. Для многих стран с низким и средним уровнями дохода основными проблемами остаются укрепление их национальных систем крови для обеспечения безопасности

---

<sup>1</sup> WHO guidelines on good manufacturing practices for blood establishments. Technical Report Series, No. 961, Annex 4. Geneva: World Health Organization; 2011.

<sup>2</sup> Assessment criteria for national blood regulatory systems. WHO Technical Report Series, No. 979, Annex 7. Geneva: World Health Organization; 2012.

<sup>3</sup> Доступен на <http://www.who.int/bloodproducts/catalogue/en/> (по состоянию на 25 февраля 2014 г.).

крови и продуктов крови, а также проведение политики в целях усиления самообеспеченности и своевременного предоставления доступа к крови и продуктам крови для удовлетворения потребностей пациентов. В будущем ВОЗ будет концентрировать усилия на решении проблемы по оказанию поддержки национальным системам обеспечения крови в странах с низким и средним уровнем дохода для достижения самообеспеченности по безопасным крови и продуктам крови.

## **К. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА (резолюция WHA63.22)**

95. Исполнительный комитет на своей Сто тридцать четвертой сессии принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада о ходе работы<sup>1</sup> с обновлением текста в пунктах 97 и 98.

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

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

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

---

<sup>1</sup> См. протокол Сто тридцать четвертой сессии Исполнительного комитета, четырнадцатое заседание, раздел 5 (документ EB134/2014/REC/2).

- (i) гармонизации практических методик, в том числе через программы аккредитации (например, Всемирная сеть по переливанию крови и трансплантации костного мозга);
- (ii) борьбы с неэтичными практическими методиками, в частности, с коммерческим подходом, незаконной торговлей органами и трансплантационным туризмом (например, Стамбульская декларация о незаконной торговле органами и трансплантационном туризме, сформулированная по инициативе Трансплантационного общества и Международного общества нефрологии);
- (iii) содействия в обеспечении доступа к соответствующей трансплантации (Трансплантационное общество, Всемирная сеть по переливанию крови и трансплантации костного мозга); и
- (iv) разработки и поддержания применяемых в глобальных масштабах терминологии и систем кодирования для трансплантатов, соответствующих глобальному стандарту на терминологию, идентификацию (включая глобальный единый идентификатор донаций), кодирование и маркировку продукции медицинского назначения человеческого происхождения, ISBT 128 (ответственность за их разработку и управление несет Международный совет по унификации в области автоматизации служб крови).

99. Данные о деятельности и практике собираются Глобальной обсерваторией по донорству и трансплантации, совместным проектом с Национальной организацией Испании по трансплантации, являющейся сотрудничающим центром ВОЗ. Данные о трансплантации органов доступны на веб-сайтах Глобальной обсерватории по донорству и трансплантации и Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ<sup>1</sup>. Практика трансплантации органов все шире применяется во всем мире и в настоящее время охватывает 100 стран; однако в общей сложности трансплантации удовлетворяют лишь 10% глобальных потребностей.

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

101. Немногие государства-члены могут предоставить данные о деятельности по поставкам, обработке и использованию человеческих тканей и клеток применительно к органам. Процедуры по трансплантации кроветворных стволовых клеток контролируются в рамках Всемирной сети по переливанию крови и трансплантации костного мозга. Приоритетной задачей остается обеспечение глобальной гармонизации

---

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

нормативного контроля за ксенотрансплантацией, клеточной терапией и регенеративной медициной, основанных на использовании аллогенных или аутологичных клеток, тканей и органов.

102. Разработанная ВОЗ и Национальным центром Италии по трансплантации (сотрудничающим центром ВОЗ) база данных «Notify Library»<sup>1</sup> о дидактических случаях побочных явлений и реакций позволяет распространять уроки, извлеченные в рамках программ по обеспечению бдительности и надзору, управляемых национальными органами и научными и профессиональными обществами, в соответствии с требованиями резолюции WHA63.22.

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

## **L. СТРАТЕГИЯ ВОЗ ПО НАУЧНЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

104. Исполнительный комитет на своей Сто тридцать четвертой сессии принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада о ходе работы<sup>2</sup> с обновлением текста пунктов 109 и 110.

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

106. В рамках деятельности по осуществлению глобальной стратегии и плана действий по общественному здравоохранению, инновациям и интеллектуальной собственности региональные бюро были задействованы при планировании исследовательских усилий и координации определения демонстрационных проектов, раскрывающих суть новых и

---

<sup>1</sup> См. <http://www.notifylibrary.org/> (по состоянию на 11 октября 2013 г.).

<sup>2</sup> См. протокол Сто тридцать четвертой сессии Исполнительного комитета, четырнадцатое заседание, раздел 5 (EB134/2014/REC/2).

инновационных механизмов для поддержки научных исследований по приоритетным темам общественного здравоохранения.

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

108. Определены многие проблемы, связанные с созданием глобальной обсерватории научных исследований и разработок в области здравоохранения, включая скудность данных о показателях научных исследований и разработок в области здравоохранения и отсутствие информации по большинству государств-членов как в отношении вкладов (инвестиций), так и в отношении результатов (проводимые научные исследования и разработки и соответствующие публикации)<sup>2</sup>. Исследование значения Международной платформы ВОЗ для регистрации клинических испытаний при оценке глобального распределения клинических испытаний и создании информационной основы для политики и научных исследований и разработок в области здравоохранения продемонстрировало, что распределение глобальных усилий в области научных исследований не сбалансировано: на каждый миллион лет жизни, скорректированных на инвалидность, в странах с высоким, выше среднего, ниже среднего и низким уровнем доходов, по оценкам, активно проводятся 292,7, 13,4, 3,0 и 0,8 зарегистрированных клинических испытания, соответственно.

109. В настоящее время ведется обсуждение с независимой исследовательской группой «Policy Cures» о конкретных мероприятиях по установлению связи между базой данных «Policy Cures» по финансированию научных исследований забытых болезней (обзор G-FINDER) и базой данных разрабатываемой продукции по забытым болезням. Также идут первоначальные обсуждения с организацией африканского базирования «Research Africa», которая ведет базу данных источников финансирования научных исследований, с тем чтобы разработать карту, показывающую, куда направляются средства. В мае 2012 г. ПАОЗ ввела в действие свою Региональную платформу доступа и инноваций технологии здравоохранения<sup>3</sup>.

110. Кроме того, Секретариат подготовил базу данных, которая дает систематическую картину приоритетов научных исследований и разработок в области здравоохранения,

---

<sup>1</sup> Неофициальный практикум ВОЗ по мониторингу ресурсных потоков для научных исследований и разработок. Женева, Всемирная организация здравоохранения; 2013 г. (<http://www.who.int/phi/workshop14022013/en/index.html>, по состоянию на 21 октября 2013 г.).

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

<sup>3</sup> Региональная платформа доступа и инноваций технологий здравоохранения. Вашингтон, ОК, Панамериканская организация здравоохранения/Региональное бюро ВОЗ для стран Америки; 2013 (<http://prais.paho.org/rscpah/>, по состоянию на 21 октября 2013 г.).

которые были определены при помощи технических программ ВОЗ, а также подборку ведущих донорских учреждений и неправительственных организаций. Например, эта база данных включает научно-исследовательские приоритеты, определенные в докладах по группам справочной информации о конкретных болезнях, которые были опубликованы Специальной программой ЮНИСЕФ/ПРООН/Всемирного банка/ВОЗ по научным исследованиям и подготовке специалистов по тропическим болезням в отношении болезни Шагаса, африканского трипаносомоза человека, лейшманиоза, гельминтозов, зоонозов и маргинальных инфекционных болезней бедности, а также в отношении взаимодействия между окружающей средой, сельским хозяйством и инфекционными болезнями бедности<sup>1</sup>.

111. Многие из концепций, изложенных в стратегии по научным исследованиям в области здравоохранения, получили дальнейшее развитие в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2013 г.*<sup>2</sup>, куда вошли многочисленные конкретные исследования, подчеркивающие важность научных исследований по обеспечению всеобъемлющего охвата медико-санитарной помощью.

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

113. В пяти из шести регионов ВОЗ состоялись совещания Консультативных комитетов по научным исследованиям<sup>3</sup>. В соответствии со своими основными функциями по определению повестки дня научных исследований и формулировке политических вариантов, ВОЗ осуществляет обзор своих структур, которые оказывают поддержку научным исследованиям. В настоящее время планируется воссоздать научно-исследовательское подразделение в штаб-квартире ВОЗ.

---

<sup>1</sup> Публикации и ресурсы. Женева, Специальная программа ЮНИСЕФ/ПРООН/Всемирного банка/ВОЗ по научным исследованиям и подготовке специалистов по тропическим болезням, 2013 г. (<http://www.who.int/tdr/publications/en/>, по состоянию на 21 октября 2013 г.).

<sup>2</sup> Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2013 г.: научные исследования в целях достижения всеобщего охвата населения медицинскими услугами. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/85761>, по состоянию на 21 октября 2013 г.).

<sup>3</sup> Были задействованы следующие региональные бюро: Региональное бюро для стран Африки, Региональное бюро для стран Америки, Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии, Европейское региональное бюро и Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья.

**Обеспечение готовности, эпиднадзор и ответные меры****М. ОТВЕТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ И РОЛЬ ВОЗ В КАЧЕСТВЕ РУКОВОДИТЕЛЯ КЛАСТЕРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ РАСТУЩИХ ПОТРЕБНОСТЕЙ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ГУМАНИТАРНЫХ СИТУАЦИЯХ (резолюция WHA65.20)**

114. Исполнительный комитет на своей Сто тридцать четвертой сессии принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада<sup>1</sup>. Нижеследующий текст обновлен и исправлен в свете комментариев, сделанных во время дискуссий Исполкома.

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

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

117. Создаются дежурные команды ВОЗ для экстренного реагирования в чрезвычайных ситуациях, а в сентябре 2013 г. для кандидатов был проведен

---

<sup>1</sup> См. протокол Сто тридцать четвертой сессии Исполнительного комитета, четырнадцатое заседание, раздел 5 (документ EB134/2014/REC/2).

первоначальный курс подготовки. Доработана политика режима ожидания, и по состоянию на март 2014 г. подписаны соглашения с Программами информационного управления и разминирования, Норвежским советом по делам беженцев, RedR Австралии и CANADEM. Этот дополнительный потенциал на случай пиковой нагрузки дополняется соглашением, поддерживаемым Главным управлением Европейской комиссии по вопросам гуманитарной помощи и гражданской защиты (ЕЧНО), Международным медицинским корпусом, Мерлином и Фондом помощи детям. Резервные или неправительственные организации-партнеры были задействованы в операциях ВОЗ в Демократической Республике Конго, Иордании, Мали, Филиппинах и Сирийской Арабской Республике.

118. Функционирование партнерства Глобального кластера здравоохранения на международном и национальном уровнях рассматривается в контексте Программы преобразований. В 2013 г. ВОЗ провела глобальное обследование партнерских возможностей и полевых операций и проанализировала деятельность Глобального кластера здравоохранения для информационного обеспечения планирования на следующий двухгодичный период. В июне 2013 г. было проведено совещание с участием 24 из 29 координаторов страновых кластеров здравоохранения, с тем чтобы проанализировать деятельность на страновом уровне и получить информацию на такие темы, как Программа преобразований. В 2013 г. была проведена официальная оценка восьми страновых кластеров здравоохранения с помощью новой стандартизированной методики Межучрежденческого постоянного комитета и были определены области дальнейшего усовершенствования. Начиная с 2014 г. запланированы ежегодные оценки всех страновых кластеров здравоохранения. Для усиления роли ВОЗ в качестве ведущего учреждения Кластера здравоохранения в Департаменте управления рисками и гуманитарной помощи при чрезвычайных ситуациях создается Группа глобального кластера здравоохранения. На двухгодичный период 2014-2015 гг. ВОЗ и партнеры по Глобальному кластеру здравоохранения обязались значительно расширить поддержку и повысить эффективность кластера здравоохранения/сектора здравоохранения в 10 приоритетных странах: Афганистане, Центральноафриканской Республике, Демократической Республике Конго, Гаити, Мали, Мьянме, Сомали, Южном Судане, Сирийской Арабской Республике и Йемене.

119. Продолжающиеся реформы деятельности ВОЗ в гуманитарных чрезвычайных ситуациях содействовали повышению эффективности на страновом уровне. Из острых чрезвычайных ситуаций, которые были классифицированы в соответствии с Механизмом реагирования на чрезвычайные ситуации в 2012-2013 гг., самыми сложными были те ситуации, которые были также объявлены кризисами Уровня 3 в соответствии с новыми Протоколами Межучрежденческого постоянного комитета в отношении ответных мер на чрезвычайные ситуации Уровня 3, а именно на ситуации в Центральноафриканской Республике, Филиппинах, Южном Судане и Сирийской Арабской Республике.

120. Кризис в Сирийской Арабской Республике обусловил задействование общеорганизационной помощи через страновые бюро ВОЗ в Египте, Ираке, Иордании, Ливане, Сирийской Арабской Республике и Турции. Использование Механизма реагирования на чрезвычайные ситуации в Сирийской Арабской Республике привело к

более предсказуемым и эффективным действиям ВОЗ в таких областях, как быстрые оценки, координация, медико-санитарное обслуживание, отчетность, эпиднадзор за болезнями и ответные меры, а также регулярное обновление планов действий в области здравоохранения.

121. В связи с тайфуном Хайян были предприняты огромные усилия в масштабах всей Организации в поддержку деятельности по оказанию помощи в Филиппинах, при этом из штаб-квартиры, всех шести региональных бюро и партнерских учреждений ВОЗ было мобилизовано более 130 экспертов по чрезвычайным ситуациям, 84 из которых прибыли на место в течение 12 дней после того, как на страну обрушился тайфун. С этим дополнительным потенциалом страновое бюро ВОЗ смогло быстро организовать чрезвычайные операции в Маниле и восьми субнациональных центрах для содействия Министерству здравоохранения в координации работы 152 иностранных медицинских бригад и 148 национальных медицинских бригад, для координации более чем 100 партнеров по Кластеру здравоохранения и для осуществления собственных многоплановых ответных мер ВОЗ.

122. В Центральноафриканскую Республику ВОЗ направила 20 международных сотрудников для поддержки операций в Банги и за его пределами. Благодаря быстрой оценке потребностей, проведенной с партнерами по Кластеру здравоохранения, была получена информация для обеспечения ответных мер сектора здравоохранения, проведения информационно-разъяснительной работы в отношении оказания бесплатной медицинской помощи в целях расширения доступа, создания системы раннего предупреждения о болезнях и ответных мер, проведения кампаний вакцинации против кори и полиомиелита и планирования на случай возникновения вспышек болезней.

123. В Южном Судане ВОЗ незамедлительно перепрофилировала 47 сотрудников в области общественного здравоохранения и ликвидации полиомиелита, обеспечив непрерывность операций в 9 из 10 штатов, и направила дополнительно 10 экспертов по чрезвычайным ситуациям для выполнения функций национального и субнационального кластера здравоохранения и общественного здравоохранения. Своевременная готовность к чрезвычайной ситуации, включая заблаговременное размещение средств и материалов, позволила ВОЗ быстро доставить необходимые для спасения жизни лекарства, средства и материалы высокоприоритетным медицинским учреждениям и партнерам, особенно для оказания травматологической и неотложной акушерской помощи. Благодаря массовой вакцинации уменьшилось число случаев заболевания корью, а 22 февраля стартовала кампания массовой вакцинации против холеры с охватом 130 000 внутренне перемещенных лиц в лагерях.

124. Препятствия для ответных мер ВОЗ и партнеров из сектора здравоохранения на чрезвычайную ситуацию на страновом уровне в 2012-2013 гг. включали отсутствие безопасности, недостаточное финансирование, ограниченные национальные возможности, грабеж и нападения на медицинские учреждения и персонал, возрастающие расходы, материально-технические трудности и, в некоторых обстоятельствах, сложные процессы согласования.

125. ВОЗ разработала проект методики систематического сбора и распространения данных о нападениях на медицинские учреждения, работников здравоохранения, медико-санитарный транспорт и пациентов в гуманитарных ситуациях. Партнерская контактная группа предоставляет рекомендации по этому процессу, а в 2013 г. была начата серия технических консультаций с широким кругом организаций по разработке соответствующей методологии и инструментов. Координации с глобальным защитным кластером и заинтересованными сторонами в соответствующих странах будет усилена в целях создания потенциала для сбора таких данных, в то время как ВОЗ будет укреплять свою разъяснительную деятельность относительно нейтралитета работников здравоохранения, медицинских учреждений и служб в соответствии с заявлением по этому вопросу, которое было подписано более чем 50 странами с пяти континентов, подтвердившими обязательство всех сторон в конфликтах соблюдать нормы международного гуманитарного права<sup>1</sup>.

126. Чтобы ускорить реформу потенциала ВОЗ для удовлетворения растущих потребностей в гуманитарных чрезвычайных ситуациях, требуется заполнить хроническую нехватку людских и финансовых ресурсов для основной деятельности, острых чрезвычайных ситуаций и затяжных кризисов. Использование Механизма реагирования на чрезвычайные ситуации в 2013 г. подчеркнуло необходимость набирать и удерживать ключевой персонал ВОЗ и обеспечивать устойчивое базовое финансирование для этой цели, прежде всего в крайне уязвимых регионах и странах. Например, лишь в трех из 29 стран кластера здравоохранения в настоящее время есть работающий полное время Координатор кластера здравоохранения и лишь в немногих странах есть специальный сотрудник по управлению информацией. Из базового бюджета ВОЗ в сумме 106,7 млн. долл. США на гуманитарную деятельность в двухгодичном периоде 2012-2013 гг. было получено лишь 44,6 млн. долл. США (или 42%). Полное финансирование базового бюджета ВОЗ в сумме 87,9 млн. долл. США на ее гуманитарную деятельность в 2014-2015 гг. абсолютно необходимо для выполнения обязательств Организации в этой области и для дальнейшего закрепления недавних реформ и успехов. В 2013 г. относительный дефицит финансирования сектора здравоохранения в чрезвычайных ситуациях на страновом уровне сохранялся; из 1331 млн. долл. США, запрошенного в рамках Процессов совместных призывов, было получено лишь 54% по сравнению с общими 62% для всех секторов<sup>2</sup>. Сектор здравоохранения по-прежнему не получает достаточного финансирования во многих серьезных чрезвычайных ситуациях: в 2013 г. для Центральноафриканской Республики было получено 49,1% финансирования кластера здравоохранения, а для Плана оказания гуманитарной помощи Сирии - 71,4%. По состоянию на 10 марта 2014 г. финансирование ВОЗ на удовлетворение потребностей в Центральноафриканской Республике и Южном Судане в соответствии с призывами Уровня 3 составило лишь 11% и 23%, соответственно.

---

<sup>1</sup> Общее заявление по доступу к медицинскому обслуживанию в Сирии.

<sup>2</sup> Источник: Отдел координации гуманитарных вопросов, Служба финансового контроля, 16 февраля 2014 года.

127. Для дальнейшего совершенствования своей деятельности в качестве ведущего учреждения Глобального кластера здравоохранения в 2014-2015 гг. Секретариат: создаст Группу глобального кластера здравоохранения; по линии Группы по глобальной политике обеспечит анализ роли, функций и результатов деятельности ВОЗ в качестве ведущего учреждения Глобального кластера здравоохранения; расширит поддержку и будет служить опорой для координаторов Кластера здравоохранения, особенно в странах, которые считаются приоритетными; будет стремиться к полному кадровому обеспечению ключевых кластерных функций в приоритетных странах; продолжит укреплять свой внутренний потенциал на случай пиковых нагрузок и расширять использование своих резервных и неправительственных организаций-партнеров; а также укрепит оценку и мониторинг потенциала и результатов деятельности каждого кластера здравоохранения на страновом уровне.

### **Корпоративные услуги/вспомогательные функции**

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

128. Исполнительный комитет на своей Сто тридцать четвертой сессии принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада о ходе работы<sup>1</sup>. В нижеследующем докладе обновлены статистические данные.

129. Продолжались усилия по расширению многоязычного контента на веб-сайте ВОЗ. Многоязычная группа веб-редакторов, работая совместно со службой переводов Секретариата, сократила разрыв в доступе технического контента на английском и на остальных пяти официальных языках. Группа также обеспечила наличие всего корпоративного веб-контента на шести официальных языках. За двухгодичный период 2012-2013 гг. было добавлено 1541 веб-страница на арабском, 1852 – на китайском, 8234 – на английском, 2237 – на французском, 1955 – на русском и 1472 – на испанском языках.

130. По состоянию на февраль 2014 г. Институциональное хранилище ВОЗ для обмена информацией (IRIS)<sup>2</sup> включало более 71 000 единиц хранения на официальных языках, включая информационные продукты ВОЗ и документацию руководящих органов (в том числе документацию Ассамблеи здравоохранения и Исполнительного комитета начиная с 1998 г. и документацию Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака). В системе IRIS ежемесячно фиксируется в среднем два миллиона скачиваний. До конца 2014 г. в IRIS войдет вся историческая подборка документации руководящих органов с 1948 по 1997 год.

131. В 2012 г. Российская Федерация выделила средства для поддержки двухгодичного проекта по повышению качества и количества технических и научных информационных продуктов ВОЗ на русском языке, а также для совершенствования их

---

<sup>1</sup> См. документ EB134/53, раздел N, и документ EB134/2014/REC/2, протокол четырнадцатого заседания, раздел 5.

<sup>2</sup> Доступно на <http://www.who.int/iris> (по состоянию на 25 февраля 2014 г.).

распространения среди русскоговорящих аудиторий. По состоянию на февраль 2014 г. переведено на русский язык и опубликовано в штаб-квартире и в Европейском региональном бюро ВОЗ 26 основных изданий, а сети распространения публикаций на русском языке расширились. Оцифровано и хранится в IRIS в общей сложности 568 существующих печатных изданий на русском языке. Опубликовано три специальных выпуска «Бюллетеня Всемирной организации здравоохранения» на русском языке. На главном веб-сайте ВОЗ создано или обновлено более 20 новых технических веб-сайтов на русском языке, а на веб-сайте Европейского регионального бюро размещены ключевые характеристики по 12 странам на русском языке.

132. Продолжалась работа по обеспечению наличия информационной продукции ВОЗ на официальных и неофициальных языках. За двухгодичный период 2012-2013 гг. Отдел печати ВОЗ поручил внешним партнерам и региональным бюро осуществить 391 перевод 247 продуктов штаб-квартиры на 54 языка (пять официальных и 49 неофициальных).

133. Сотрудникам персонала по-прежнему предлагается языковая подготовка на бесплатной основе. В ходе двухгодичного периода 2012–2013 гг. на очные языковые курсы в штаб-квартире записались 1358 человек: 75 – на арабский, 35 – на китайский, 128 – на английский, 726 – на французский, 35 – на русский и 359 – на испанский языки. С сентября 2012 г. ВОЗ предлагает заочную программу изучения языков на официальных языках Организации, а также на немецком и португальском языках. Первоочередное внимание в этой программе уделяется сотрудникам региональных и страновых бюро. В течение двухгодичного периода 2012–2013 гг. в этой программе участвовали 1788 сотрудников из всех регионов ВОЗ.

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

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

136. ВОЗ продолжает работать с другими организациями в системе Организации Объединенных Наций и институтами Европейского союза по укреплению многоязычия. Секретариат выполняет функции председателя в двух целевых группах Международного ежегодного совещания по вопросам лингвистического обеспечения, документации и изданий, прилагающих усилия для оптимизации структур и методик служб письменного и синхронного перевода.

= = =